

**Inställningen till vårdprogram bland
personal inom barn- och
ungdomspsykiatri i Östergötland –
en kompletterande intervjustudie**

Peter Garpenby

CMT Rapport 2007:1

Omslag och layout: Sussanne A. Larsson 2002.
Tryckeri: LiU-Tryck, Linköpings universitet

LIU CMT RA/0701
ISSN 0283-1228
EISSN 1653-7556

Adress:

CMT
Institutionen för hälsa och samhälle
Linköpings universitet
581 83 LINKÖPING

Besöksadress:

CMT
Hälsans hus, ing 15, pl 13
Vid Universitetssjukhuset
Linköping

Tel vxl: 013-22 2000

Hemsida: <http://www.cmt.liu.se/>

FÖRORD

Utvärderingen av introduktionen av vårdprogram inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland (BUP i Östergötland) har pågått i omgångar sedan 1998. Det var då som den dåvarande ledningen tog kontakt med CMT för att initiera en utvärdering av ett utvecklingsarbete som just skulle påbörjas. Det går att hitta flera ovanliga inslag i de nu genomförda utvärderingsstudierna. För det första, att utvärderingen initierades i ett tidigt skede och utvärderarna inbjöds att följa arbetet från starten (vilket tyvärr inte alltid är fallet). För det andra att medlemmar i organisationen engagerat sig i arbetet och på olika sätt positivt underlättat detta (förekommer inte heller alltid). För det tredje, att enkätundersökningarna lades upp som totalundersökningar där all personal deltog (vanligtvis gör man olika slags urval). För det fjärde, att kvantitativa och kvalitativa metoder har kunnat kombineras i tre olika studier (trots diskussioner om ”metodtriangulering” under drygt 10 års tid är det fortfarande inte helt vanligt). Författaren riktar ett tack till de medarbetare vid BUP i Östergötland som ställt sin tid till förfogande för intervjuer. Ett särskilt tack riktas till referensgruppen för den aktuella studien: Marianne Helgesson, Per Gustafsson, Maria Varenhorst, och Birgitta Widén-Arana.

Linköping 2006-12-11
Peter Garpenby

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	1
ABSTRACT	3
1. INLEDNING	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Syfte	6
2. VÅRDPROGRAMMEN.....	7
2.1 Vårdprogramprocessen	7
2.2 Organisation för BUP i Östergötland.....	10
2.3 Vårdprogram – en internationell trend	10
3. METOD OCH MATERIAL.....	12
3.1 Metod.....	12
3.2 Urval	12
3.3 Genomförande	13
3.4 Analys av datamaterial	13
4. RESULTAT	14
4.1 Synen på kunskap	14
4.1.1 Kunskapens ursprung	14
4.1.2 Uppfattningar om allmängiltig kunskap.....	15
4.1.3 Uppfattningar om gemensamt kunskapsunderlag	15
4.2 Utvecklingen av vårdprogram	16
4.2.1 Relevanta kriterier vid utvecklingen av program	16
4.2.2 Synen på utvecklingsprocessen	17
4.2.3 Betydelsen av lokal utveckling.....	18
4.2.4 Vad saknas vid utveckling av program?.....	18
4.3 Innehållet i vårdprogrammen	19
4.3.1 En bedömning av vårdprogrammets innehåll.....	19
4.3.2 Betydelsen av den vetenskapliga förankringen	20

4.4 Vårdprogram och det egna arbetet	21
4.4.1 Stöd i det egna arbetet	21
4.4.2 I linje med egen utbildning	23
4.5 Vårdprogram i den egna organisationen	23
4.5.1 Kan vårdprogrammen realiseras i organisationen?	23
4.5.2 Stöd för vårdprogrammen i organisationen	24
4.5.3 Vårdprogram och förändringar	25
4.6 Implementering av programmen	26
4.6.1 Uppmuntran till användning av programmen	26
4.6.2 Introduktion av programmen	26
4.6.3 Initiativ för att påverka kompetensen	27
4.6.4 Att uppmuntra till användning	27
4.7 Vilken nytta genererar programmen?	29
4.7.1 Väg till bättre vård för patienterna?	29
4.7.2 Resursinsatser i förhållande till nytta	30
5. SLUTSATSER	32
6. DISKUSSION	35
REFERENSER	39
BILAGA 1	41

SAMMANFATTNING

Barn- och ungdomspsykiatri inom Landstinget i Östergötland (BUP i Östergötland) är en föregångare med avseende på att - med ett brett deltagande bland personalen - utveckla vårdprogram som ska fungera som stöd för verksamheten.

Syftet med studien är att öka förståelsen för hur personalen inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland uppfattar de vårdprogram som utvecklats inom organisationen sedan 1998. Avsikten är att genom en kompletterande intervjustudie fördjupa kunskapen kring frågor som väcktes med anledning av resultaten från två tidigare genomförda personalenkäter.

Totalt har 17 personer intervjuats från yrkesgrupperna läkare, psykolog och kurator. Det har skett genom individuella intervjuer. Frågeformuläret som använts har utformats i samråd med referensgruppen och behandlar ett antal områden: synen på kunskap, utvecklingen av vårdprogram, om programmen stödjer det egna arbetet, hur programmen kan effektueras i den egna organisationen och nyttan med programmen.

Intervjuerna visar att det finns många uppfattningar om vårdprogrammen bland medarbetarna inom BUP i Östergötland. Bland de intervjuade finns en betydande spännvidd i inställningen till programmen, alltifrån uppfattningen att de stakar ut den väg organisationen bör anträda till åsikten att de inte är särskilt väsentlig alls då de bara täcker in en del av dagens barn- och ungdomspsykiatri.

De åsikter som intervjupersonerna ger uttryck för visar att programmen kan uppfattas på olika sätt. En fråga som väcks gäller om programmen ska uppfattas rent instrumentellt, som ett dokument som varje medarbetare bör använda kontinuerligt eller om de har varit och fortsättningsvis ska vara inslag i en mycket större process för kunskapsutveckling i organisationen. Ser man på programmen rent instrumentellt uppdagas en del problem. De används inte dagligdags - inte heller bland de medarbetare som ansluter sig helhjärtat till arbetsformen och känner samhörighet med innehållet.

Flera av de intervjuade hyser betänkligheter mot att programmen ska tjäna syftet att likrikta verksamheten. De ser det som en styrka att ha olika perspektiv och kompetenser i verksamheten. Men många av de intervjuade är inne på att verksamheten självklart måste kvalitetssäkras för patienternas vidkommande. De måste kunna erbjudas en likvärdig vård.

Av intervjuerna framgår dock att mottagningar och team i länet kan fungera olika med avseende på om och hur vårdprogrammen används som utgångspunkt

för diskussioner. Det finns dock mycket som förenar, framför allt att det hänger mycket på de enskilda medarbetarna huruvida programmen leder till en kunskapsbildningsprocess. Detta är i och för sig ingen märkligt – det är snarast typiskt för en organisation där verksamheten bygger på egenansvar hos professioner. Frågan gäller snarast avvägningen mellan egenansvar och gemensamma aktiviteter, och hur vårdprogrammen kommer in i detta.

En ofta förekommande reflexion bland de verksamma inom BUP – oavsett om de känner nära samhörighet med innehållet eller ej – är att programmen borde utgöra en grund för en process för kunskapsutveckling. Resonemangen hos BUP-medarbetarna pekar snarast i riktning mot en kontinuerligt lärande organisation, där ansvaret för kunskapsutvecklingen i högre grad är gemensamt och inte bara individuellt.

ABSTRACT

Background

In 1998 the child and adolescent psychiatry service in the County Council of Östergötland initiated the process of developing their own evidence-based clinical guidelines. By 2006 seven guidelines had been formulated and were published. In 1999 (just before the first guideline was published) and again in 2003, the Center for Medical Technology Assessment (CMT) at Linköping University conducted surveys of the views of members of staff working in the child and adolescent psychiatry service on the process of guideline development and the usefulness of the guidelines. The two surveys indicated differences between professional groups in their evaluation of the usefulness. In order to provide further understanding of the results of the quantitative studies, a qualitative follow-up study was initiated.

Methods

In 2006 interviews were carried out with different categories of professionals working in child and adolescent psychiatry in clinical outpatient teams. A purposive sample of 17 professionals (5 psychiatrists, 6 psychologists and 6 social workers) were interviewed regarding their view of the local clinical guidelines (vårdprogram). The interviews addressed the issues of the application of knowledge in general in child and adolescent psychiatry, the criteria used in developing the clinical guidelines, personal experience of using the guidelines in clinical work, and the implementation of the guidelines in the local organisation.

Results

The views of the staff on the development and use of the clinical guidelines vary from those who regard evidence-based practice as the primary method the organisation should follow, to those who consider the guidelines of limited value as they only cover a minor part of the methods in use in child and adolescent psychiatry today. Few of the participants in the study used the guidelines as a “recipe book” in their daily clinical work. Some of those interviewed felt uneasy about the implementation of guidelines as a type of standardised clinical practice. Irrespective of the participants’ view of the usefulness in their daily work, many acknowledged the potential of the guidelines as part of a larger process to enhance the development of knowledge in the local organisation. Obstacles to implementing such a process in the organisation were also recognised, mainly the lack of time for group discussions.

Conclusions

The findings highlight a situation in which the implementation of the guidelines depends to a large extent on the individual members of staff. Among the

different professionals there are many who would like to see the guidelines become an integral part of a collective process of continuous learning.

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund

Barn- och ungdomspsykiatri inom Landstinget i Östergötland (BUP i Östergötland) är en föregångare med avseende på att - med ett brett deltagande bland personalen - utveckla vårdprogram som ska fungera som stöd för verksamheten. Under 1998 fick CMT en förfrågan från BUP i Östergötland om möjligheten att genomföra en utvärdering av införandet av vårdprogram i organisationen. Parterna enades om att utvärderingen - i form av en enkätundersökning i två delar - skulle fokusera på personalens situation — på vilket sätt arbetsformer och attityder påverkas — samt hur vårdprogram kommer att användas och vilka faktorer som påverkar användbarheten.

Den första delen av studien genomfördes 1998/99, d.v.s. vid en tidpunkt då vårdprogrammen ännu inte fanns tillgängliga inom BUP i Östergötland. Den första delen av studien rapporterades 1999 (Garpenby och Larsson 1999).

Den andra delen av utvärderingen, som belyser situationen när vårdprogrammen tillämpats rutinmässigt under en tid, genomfördes under våren 2003 och finns redovisad i Garpenby, Götherström och Larsson (2003).

Den del av utvärderingen som baserades på personalenkäter måste betraktas som ovanlig eftersom den omfattade samtliga yrkesgrupper inom en och samma organisation av svensk hälso- och sjukvård. Vanligtvis studeras användningen av riktlinjer och vårdprogram inom professioner eller yrkesgrupper separat.

Av undersökningen från 2003 framgick bland annat:

- Att stödet för att vårdprogramarbetet ska resultera i ”en tydligare vetenskaplig förankring av verksamheten” är fortsatt starkt inom alla geografiska enheter och har, vad gäller två av tre enheter, ökat markant mellan 1999 och 2003 – alltså den period då vårdprogramarbetet initierades och tog fart.
- Det finns inget övertygande stöd för att deltagande i utvecklingen och påverkan i detta sammanhang skulle vara avgörande för hur man senare uppfattar användbarheten.
- En tendens att kopplingen mellan karaktäristiska i vårdprogrammen och professionskaraktäristika är stark. Vilken yrkesgrupp man tillhör, vilken

typ av kunskap man utgår från i sin yrkesutövning avgör i stor utsträckning hur man uppfattar vårdprogrammen. Det måste finnas en ”passform” mellan programmen och yrkesrollen.

En enkätundersökning av det slag som genomfördes kan belysa skillnader mellan grupper och förändringar över tid, vilket kan redovisas i kvantitativa termer. En kvantitativ studie lämpar sig dock inte om man vill tränga bakom siffrorna för att få veta något om de svarandes bevekelsegrunder. Därför väcktes tanken på att göra en intervjuundersökning som ett komplement till och en fördjupning av de tidigare undersökningarna från 1999 och 2003. Den skulle syfta till att närmare belysa samband mellan den typ av kunskap som vårdprogrammen bygger på, yrkesroll och organisatoriska förhållanden. Under 2005 gav verksamhetsledningarna inom BUP i Östergötland sitt stöd till en sådan undersökning och Landstinget i Östergötland beslutade om finansiering.

En referensgrupp om fem personer från olika delar av BUP i Östergötland knöts till projektet. Gruppen har varit behjälplig med att lägga fast kriterier för urval av intervjupersoner, lämna synpunkter på genomförandet och utformningen av frågeformuläret.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att öka förståelsen för hur personalen inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland uppfattar kunskapsdokument som de aktuella vårdprogrammen. Avsikten är att genom en kompletterande intervjustudie fördjupa kunskapen kring frågor som väcktes med anledning av resultaten från personalenkäterna. Studien tar sin utgångspunkt i resultatet från de tidigare enkäterna och intervjuerna har därför strukturerats i teman (kunskap, utveckling, innehåll, användning, stöd i eget arbete, nytta).

2. VÅRDPROGRAMMEN

Inom BUP i Östergötland påbörjades under 1998 arbetet med att (a) ta fram en modell för utveckling av vårdprogram och (b) utvecklingen av de första programmen, som avsåg ångest, depression, neuropsykiatriska störningar, ”bråkiga barn” (conduct disorder), barnmisshandel och sexuella övergrepp. I april 1998 arrangerades ett upptaktsmöte för all personal inom BUP i Östergötland kring vårdprogramarbetet. En samordnare och huvudredaktör för vårdprogramarbetet utsågs och till varje vårdprogram knöts en huvudförfattare som ansvarar för underlaget, samt referenspersoner.

År 2006 fanns följande vårdprogram publicerade:

- Barn och ungdomar med ADHD och/eller DAMP, 2001
- Barn och ungdomar med depression, 2002
- Barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom och/eller dissociativa tillstånd, 2002
- Barn och ungdomar med utagerande och/eller antisocialt beteende, 2002
- Barn och ungdomar med ångestsyndrom inkl selektiv mutism och ångestrelaterad skolvägran, (2000), reviderat 2004
- Barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar, 2004
- Vårdprogram vid barnmisshandel, 2004

Vårdprogrammen följer i stort samma uppläggning för att läsaren lättare ska känna igen sig: (a) Barn med psykiska problem i ett sammanhang, (b) allmän beskrivning och historik, (c) utredning, (d) behandling, (e) prevention, (f) samarbete/samverkan med andra, (g) kollegor att rådfråga/diskutera med, (h) information till patienter och anhöriga, (i) konsekvenser av vårdprogrammet samt (j) forsknings- och utvecklingsprojekt. Vårdprogrammen anses klara vid det datum som står i förordet till respektive program

2.1 Vårdprogramprocessen

Arbetet med att utveckla vårdprogrammen (vårdprogramprocessen) var likformig och innehöll samma moment för varje vårdprogram (Figur1).

Medarbetare i vårdprogrammen var en huvudredaktör, en huvudförfattare samt en referensgrupp. I något fall förekom två medförfattare. Översiktligt gick processen till enligt följande. Ett seminarium med inbjudan till all BUP-personal i Östergötland genomfördes först. Senare genomfördes ytterligare ett seminarium för all personal, där man presenterade och diskuterade en preliminär version av det aktuella programmet. Syftet med seminarierna var att förankra arbetet och lämna information om vårdprogrammet samt att samla in idéer.

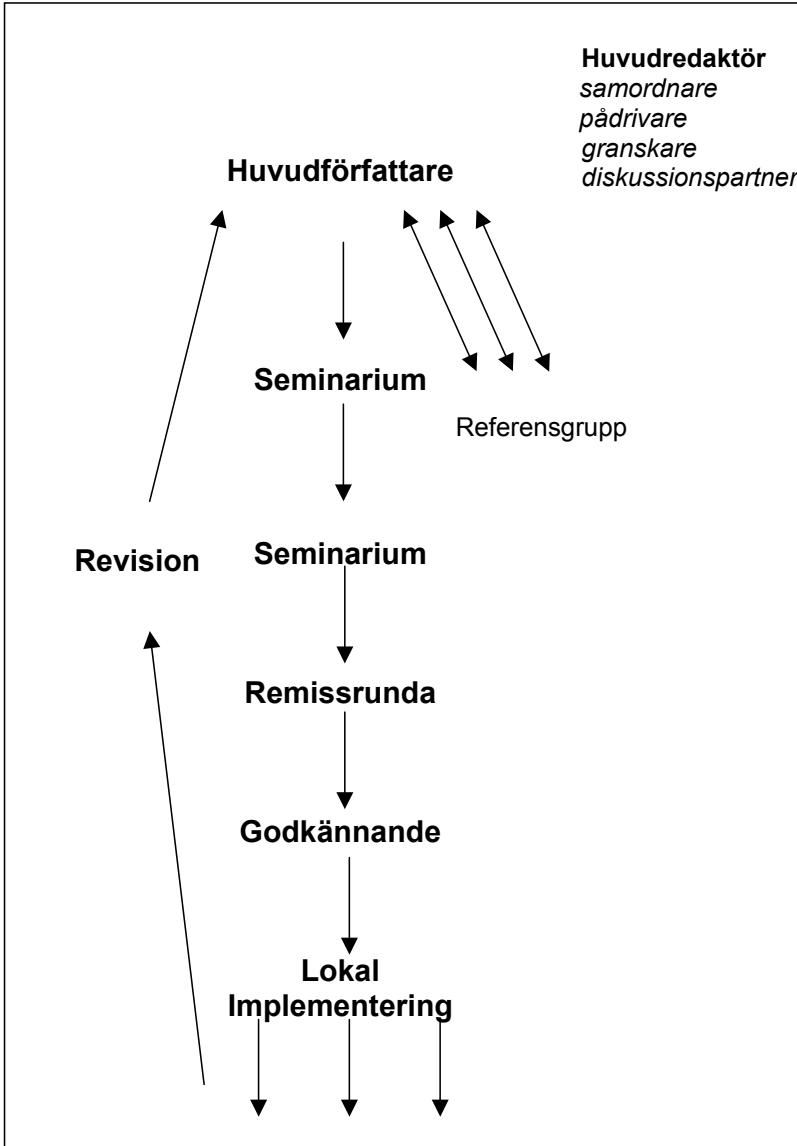
Varje enhet valde ut personer till referensgrupperna för respektive vårdprogram. Under processens gång genomfördes ett antal möten med referensgrupperna. Författaren till respektive vårdprogram mötte också referensgruppen vid ett antal tillfällen. Referensgrupperna användes på olika sätt, dels skedde en avstämning av innehållet i vårdprogrammet och dels bidrog personerna i referensgrupperna med material. Vårdprogrammet skickades slutligen på remiss till samtliga BUP-mottagningar i länet.

Alla moment i Figur 1 före ”Lokal implementering” bedrevs på länsövergripande nivå. Vid lokal implementering fick all personal på US-kliniken ett exemplar av vårdprogrammen. Alla övriga enheter fick ett tryckt exemplar samt ett enkelsidigt exemplar för kopiering. Distribution skedde även elektroniskt. Det var chefen vid varje enhet som avgjorde hur man skulle handskas med implementeringen av vårdprogrammen. I vissa fall har huvudförfattaren deltagit i ett halvdagsseminarium på enheterna.

Huvudförfattaren följer kunskapsutvecklingen inom fältet och ombesörjer uppdatering av vårdprogram vid behov. Samtliga vårdprogram har givets ett datum angivet då en första allmän revidering ska vara genomförd.

Tiden från planeringsmöte (för fastställande av tidsplan och arbetsgång) till det att vårdprogrammet efter justering skickades till verksamhetscheferna för slutgiltigt godkännande, sträckte sig från knappt två år till drygt fyra och ett halvt år för de olika programmen.

Figur 1. Vårdprogramprocessen



Källa: Marianne Helgesson, BUP, US.

2.2 Organisation för BUP i Östergötland

När studien genomfördes bestod barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland (BUP i Östergötland) av barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping (öppen- och slutenvård), barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Norrköping (öppenvård) samt BUP-mottagningen i Mjölby (öppenvård). Dessutom hade landstinget vårdavtal med Motala BUP AB och personalkooperativet Barn- och Familjpsykologiskt Centrum i Åtvidaberg. Verksamheten omfattade drygt 160 anställda i hela länet.

2.3 Vårdprogram – en internationell trend

Utvecklingen av vårdprogram inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland är en del av en större internationell trend, som innebär betoning på en mer evidensbaserad hälso- och sjukvård.

Den moderna hälso- och sjukvården använder olika typer av kunskap. Utmärkande för hälso- och sjukvården är att den är klientorienterad, d.v.s. kunskap ska användas för att hjälpa enskilda individer med varierande problem. För att göra detta möjligt samverkar ett antal yrkesgrupper i en organisation. Det förutsätter olika kunskapsformer: dokumenterad vetenskaplig kunskap (resultat från grundforskning och klinisk forskning), praktisk kunskap ("hurkunskap") som möjligen kan övas upp, men också "tyst" kunskap i form av människokännedom (vilket förutsätter erfarenhet). Dessutom är den moderna sjukvården ett lagarbete vilket innebär att "system av kunskaper" kommer att utvecklas, där den enskilda kunskapen ingår i en större organisation, där olika delar är tänkta att komplettera varandra.

Sedan början av 1990-talet har betydelsen av en bättre grund för beslutsfattande inom hälso- och sjukvården kommit att betonas. Inledningsvis fokuserades på det kliniska beslutsfattandet och vikten av att i varje situation använda bästa möjliga tillgängliga beslutsunderlag (evidens). Företrädarna för detta synsätt – som lanserade begreppet evidensbaserad medicin ("evidence based medicine", EBM) – betonar samspelet mellan individuell klinisk expertis och extern klinisk evidens som integreras i det kliniska beslutsfattandet. Det externa underlag för beslutsfattande som i detta sammanhang brukar framhållas som särskilt tillförlitligt är resultat från randomiserade kliniska studier och systematiska sammanställningar av sådana studier. I de fall randomiserade studier inte finns tillgängliga eller inte kan användas för att belysa en frågeställning, används evidens av annat slag (Sackett, Rosenberg, Muir Gray et al. 1996).

Under det gångna decenniet har intresset för att utveckla sammanställningar av kunskap som vägledning för kliniskt beslutsfattande varit starkt ökande i många länder. Hos såväl kliniska företrädare som andra beslutsfattare liksom hos vårdens finansiärer har funnits en önskan om att riktlinjer ska vara ett verktyg för att göra vården mer likformig och effektiv och bidra till att minska gapet mellan klinisk praktik och vetenskaplig kunskap. Hälso- och sjukvården har alltid varit kunskapsbaserad, men tillämpningen av kunskap har bl.a. resulterat i avsevärda variationer i klinisk praxis.

I många länder förekommer sammanställningar av kunskapsunderlag i förening med rekommendationer, ofta under benämningen kliniska riktlinjer (clinical practice guidelines). Involverade i sådant arbete kan vara t.ex. nationella myndigheter, lokala vårdgivare och professionella organisationer. Definitionen av kliniska riktlinjer varierar emellertid liksom synen på vad dessa ska användas till. De kan förekomma som nationella rekommendationer men också i form av lokala varianter och vara mer eller mindre specifika till sin natur. I Sverige används också begreppet vårdprogram för denna typ av sammanställningar. Processen för att utarbeta riktlinjer/vårdprogram kan också variera: alltifrån systematiska studier av vetenskapliga underlag till mer konsensusorienterade processer inom organisationer.

I Sverige har på nationell nivå ansträngningarna ökat för att förstärka kunskapsbasen inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är socialstyrelsens arbete med s.k. nationella riktlinjer. Sedan 1997 har staten och sjukvårdshuvudmännen i olika överenskommelser framhållit vikten av att skapa förutsättningar för en ”kunskapsbaserad hälso- och sjukvård” (Överenskommelse 2002-12-13).

Man kan således påstå att det finns en stark önskan i Sverige att driva hälso- och sjukvården i riktning mot en tydligare evidensbaserad. I detta sammanhang spelar såväl nationellt som lokalt utvecklade riktlinjer och vårdprogram en viktig roll.

3. METOD OCH MATERIAL

3.1 Metod

Totalt har 17 personer intervjuats från yrkesgrupperna läkare, psykolog och kurator. Det har skett genom individuella intervjuer. I samtliga fall har intervjupersonen medgivit att samtalet spelas in elektroniskt (mp3-spelare).

Frågeformuläret som använts har utformats i samråd med referensgruppen och behandlar ett antal områden: synen på kunskap, utvecklingen av vårdprogram, om programmen stödjer det egna arbetet, hur programmen kan effektueras i den egna organisationen och nyttan med programmen. Intervjun är semistrukturerad, d.v.s. den följer en i förväg uppgjord mall som används för alla intervjuade, men som också ger visst utrymme för egna reflektioner och synpunkter.

3.2 Urval

I samråd med referensgruppen beslutades att de tre kliniskt verksamma yrkesgrupperna (läkare, psykolog, socionom) skulle ingå i studien – det är dessa som främst kan nyttiggöra innehållet i vårdprogrammen. Inga chefer (verksamhetschefer) ingår i studien då vissa frågor berör ledning och organisation. Inga specialenheter, med länsövergripande ansvar, ingår i studien. Personer som har varit inblandade i produktionen av vårdprogrammen i roller såsom huvudredaktör och huvudförfattare har också exkluderats.

För att hålla studien inom rimliga gränser beslutades att sex personer per yrkesgrupp skulle intervjuas (totalt 18 personer), samt att dessa skulle väljas ut med jämn fördelning över länet, d.v.s. sex från vardera länsdelen (östra, centrala och västra). En ambition har också varit att få med personer inte bara från stora utan även från små mottagningar. En anställningstid om minst fem år eftersträvades då det förmodades att dessa personer kunde bedöma hela tillkomstprocessen för vårdprogrammen.

Listor med namn på alla anställda vid berörda mottagningar samlades in varefter en urvalsprocedur företogs. I de fall flera personer som uppfyllde kriterierna fanns inom en yrkesgrupp företogs lottnings (först av en intervjuperson och därefter av två reserver). De utvalda intervjupersonerna kontaktades därefter via e-post och fick information om studiens syfte och genomförande samt en fråga om deltagande. I de fall den först utvalda intervjupersonen bestämde sig för att inte medverka kontaktades den första reserven osv. I några fall fick ytterligare

reserver dras med lottens hjälp. Totalt kontaktades 26 personer varav slutligen 17 intervjuades. Det var alltså nio som av olika skäl tackade nej (av dessa var 1 läkare, 2 kuratorer och 6 psykologer). Att endast 17 intervjuades berodde på att det inom läkargruppen totalt sett var så få personer. Om någon i någon del av länet tackade nej fanns helt enkelt inga reserver att tillgå.

En studie som den aktuella bygger inte på representativt urval av intervju personer (det låter sig inte göras med ett sådant litet material och det är inte heller syftet). Genom att personer har valts från olika yrkesgrupper och olika delar av länet och genom att lottnings använts finns en hygglig möjlighet att varierande åsikter om vårdprogrammen kommer till uttryck. Därmed inte sagt att alla förekommande åsikter inom organisationen finns representerade.

3.3 Genomförande

Tid avtalades via e-post eller i några fall telefon med de personer som lämnat sitt medgivande till att låta sig intervjuas. De fick också möjlighet att välja plats där intervjun skulle ske – alternativen var på den egna arbetsplatsen, annan lokal i närheten av arbetsplatsen eller lokal som CMT tillhandahöll. I de flesta fall ville man att intervjun skulle ske på den egna arbetsplatsen. Intervjuerna genomfördes under perioden mars till augusti 2006.

3.4 Analys av datamaterial

Materialet har analyserats av PG genom en enkel tematisk analys som utgår från i förväg definierade frågor (Rice och Ezzy 1999). I detta arbete har programmet QSR NVivo använts. Intervju personerna har garanterats anonymitet, varför uppgifter som har framkommit i intervjuerna som gör det möjligt att identifiera personer (anställningstid, arbetsuppgifter, hänvisning till särskilda förhållanden i arbetet etc.) har utelämnats.

4. RESULTAT

I detta kapitel redovisas resultaten från de 17 intervjuerna. Vid utformningen av studien bestämdes att resultaten endast skulle redovisas med skillnader på yrkesgrupp om detta skulle vara motiverat. Inga resultat redovisas efter organisation (även om sådana skillnader skulle framträda). I de flesta fall går det inte att se några markanta skillnader som kan hänföras till yrkesgrupp. I de fall sådana skillnader är tydliga redovisas de.

4.1 Synen på kunskap

Vårdprogrammen är kodifierad kunskap, sammanställd efter vissa normer och mallar, men arbetet har också präglats av enskilda personer (huvudförfattare) liksom återföring av andra individer (referenspersoner) samt diskussioner i andra grupperingar. Intervjupersonernas syn på kunskapsanvändning, individuellt och inom arbetsorganisationen, kan vara en viktig bakgrund till uppfattningar om vårdprogrammen. Frågorna avser ursprunget till den kunskap som intervjupersonen använder för att lösa sina arbetsuppgifter, om det finns allmängiltig kunskap som passar in på alla patienter och i vilken utsträckning utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri kan baseras på ett gemensamt kunskapsunderlag.

4.1.1 Kunskapens ursprung

Inom alla yrkesgrupper framhålls betydelsen av grund- och vidareutbildning, även om anknytningen till grundutbildningen varierar på så vis att vissa personer säger sig hålla fast vid det perspektiv de än gång tillägnat sig medan andra tillmäter den grundläggande utbildningen mindre betydelse. Likaså nämns inom samtliga yrkesgrupper den betydelse som erfarenhet spelar, som tillägnats dels genom kliniskt arbete och dels genom medverkan i en arbetsorganisation. Bland läkarna nämns betydelsen av att läsa vetenskapliga artiklar, också via Internet. Bland psykologer betonas betydelsen av handledning mer än inom andra yrkesgrupper. Även om inslag av eget läsande nämns i alla grupper finns knappast någon som refererar till läsandet av böcker (detta framstår som förbehållet grundutbildningen och återspeglar den snabba omsättningen av kunskap idag). Inom alla yrkesgrupper betonas betydelsen av kontakter med kollegor och diskussioner inom teamet. Kuratorerna är den grupp som i något större utsträckning refererar till utbytet av diskussioner och erfarenheter inom teamet.

4.1.2 Uppfattningar om allmängiltig kunskap

Ingen av de intervjuade hävdar att det skulle finnas en allmängiltig barnpsykiatrisk kunskap. Vissa personer inom olika yrkesgrupper framhåller dock att viss generell kunskap avseende bemötandet av patienter kan förekomma och kan tillämpas. Bland läkarna framhålls att det finns en allmän medicinsk kunskap som de bär med sig. Men samtidigt finns en uppfattning att verkligheten är komplicerad och att patienterna skiljer sig åt.

Det finns inte en speciell kunskap som alla psykologer erkänner sig till. Däremot kan enskilda psykologer omfatta ett förhållningssätt som de söker tillämpa generellt, oberoende av om de arbetar med patienter som individer eller i ett socialt sammanhang, t. ex. familjen. En psykolog hävdar:

”Jag använder min teori oavsett symtom.” (Psykolog)

En annan psykolog menar att:

”Man kan utgå ifrån sanningar på gruppnivå men det är inte alltid det stämmer på dom enskilda individerna.” (Psykolog)

4.1.3 Uppfattningar om gemensamt kunskapsunderlag

Generellt bland de intervjuade finns inget uttalat stöd för en långtgående likriktning av verksamheten inom barn- och ungdomspsykiatri. Även bland dem som framhåller vikten av kvalitetssäkring och betydelsen av att patienterna får en likvärdig kvalitet förekommer uppfattningar om att patienterna, både som individer och deras problem, uppvisar sådan variationsrikedom att de är bäst betjänta av att det finns olika inriktningar av verksamheten. Även om det bland läkarna finns förespråkare för standarder, tydliga definitioner och riktlinjer inom det egna kunskapsområdet, förespråkas variation inom verksamheten som helhet. Bland psykologer och kuratorer uttrycks ofta tveksamhet om det är vare sig möjligt eller lämpligt att likrikta verksamheten inom barn- och ungdomspsykiatri.

Men om det ska finnas en variation hur ska patienterna tillförsäkras det bästa i det individuella fallet? Några av de intervjuade anknyter till frågan om vilken evidens verksamheten ska vila på och patienternas valmöjligheter. Om det finns en uppsättning behandlingsmetoder ska samtliga vara evidensbaserade och ska patienterna själva kunna välja? Variation kan finnas också inom en liten mottagning men sannolikheten ökar att en stor mottagning har en större bredd.

En psykolog menar:

”Ur ett patientperspektiv är valmöjligheten viktig så därför är det ändå bra att ha ett dokument som kan visa på olika behandlingar och vad dom kan ha för effekt.” (Psykolog)

En kurator tar upp samma tema men ser på det lite annorlunda:

”Så egentligen ska vi erbjuda patienter, patientfamiljer, hela smörgåsbordet och sedan tala om vad som finns. Men det är ju en ganska teoretisk historia. Men det är klart att någonstans ska man sträva efter att alltså matcha metod och familj.” (Kurator)

4.2 Utvecklingen av vårdprogram

Att utveckla en serie egenproducerade vårdprogram har varit en utmaning för barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland med början i slutet av 1990-talet. Programmen är influerade av tänkesätt med olika ursprung, hämtade dels från barn- och ungdomspsykiatri själv, såsom uppdelning på utredning och behandling och diagnosgrupper och dels från evidensbaserad medicin (EBM) med dess tyngdpunkt på publicerade vetenskapliga studier där resultat från randomiserade kliniska studier (RCTs) tillmäts särskilt stor trovärdighet. Men vårdprogramarbetet har också präglats av en intern process som byggts upp inom BUP i Östergötland med huvudförfattare, referenspersoner och remissbehandling av texter. Frågorna avser de kriterier som har styrt arbetet, den process som använts inklusive den lokala förankringen.

4.2.1 Relevanta kriterier vid utvecklingen av program

Flera av de intervjuade säger sig känna till för lite av arbetet kring vårdprogrammen för att kunna uttala sig om de kriterier som påverkat utvecklingsarbetet, men bland dem som vill uttala sig är alla i grunden positiva. De accepterar uppställningen av programmen med anknytningen till diagnoser. En psykolog säger så här om innehållet:

”Ja alltså, jag tycker att dom är väldigt ambitiösa och när jag har tittat i dom så har jag tänkt att det är ju nästan så man kan använda dom i utbildning, alltså dom känns väldigt heltäckande och ambitiösa tycker jag för dom täcker in i stort sett allt.” (Psykolog)

En annan psykolog menar:

”Ibland kan jag tycka att dom känns lite för...det blir så övergripande så att det säger inte så där jättemycket. Det blir ...mest ord liksom och väldigt övergripande.” (Psykolog)

Bland läkarna finns spridda synpunkter om att programmen innehåller för lite om behandlingar. Flera intervjuade framhåller dock att programmen är mycket ambitiösa, men inte alltid helt verklighetsanknutna. De utgår i så hög grad från forskning, men de behandlar inte den faktiska och komplicerade verkligheten där man inte finner rena diagnoser, utan patienternas problem är mer komplexa.

Två former av kritik framförs. För det första, att programmen trots att ambitionsnivån varit så hög inte ger något tydligt stöd för hur prioritering av patienter ska genomföras (prioritering p.g.a. resursbrist framhålls som en realitet av många). För det andra, framförs att vissa åtgärder som nämns i programmen ligger på en nivå som inte praktiskt kan genomföras i den nuvarande organisationen.

En psykolog menar apropå ambitionsnivån i programmen:

”Man måste skriva ner och skriva om lite grann utifrån vad som är rimligt att göra.” (Psykolog)

4.2.2 Synen på utvecklingsprocessen

Det är det tydligt att det bland intervjupersonerna finns dels de som aldrig har känt sig involverade i processen och som därmed har svårt att lämna synpunkter, och dels de som har följt processen – närmast processen finns de som haft uppdrag som referenspersoner. En återkommande uppfattning bland dem som säger sig känna till processen är att de upplevde den som intensiv under en period som ligger ett antal år tillbaka i tiden, men att den nu är mindre framträdande eller rent av avstannat.

”Jag tyckte det var väldigt demokratiska arbetsformer och alla företrädare i Östergötland från olika enheter var ju representerade så det är väldigt tilltalande.” (Läkare)

Flera intervjupersoner påpekar att de tycker att arbetet med vårdprogram kunde ha satt större avtryck i organisationen. De som har varit referenspersoner har varit engagerade, ibland över en lång period, men har ibland haft svårt att hålla engagemanget uppe så att de kunnat bidra i tillräcklig utsträckning. Flera av de intervjuade nämner att vårdprogramarbetet gjort att det i länet finns väl pålästa personer i organisationen, men att denna resurs inte har använts i tillräcklig grad.

Man saknar systematik i återkopplingen till teamen. Denna uppfattning är inte att hänföra till någon viss yrkesgrupp. En psykolog förklarar:

”Det är rena slumpen att jag råkar ha flera kollegor i mitt team som skrivit vårdprogram och som är i min närhet ____. Då kom jag ju nära den processen men det är mera slumpen. Så förankringsarbetet, det här med referensgrupper, referenspersoner som skulle gå tillbaka till sina team, och det här är inne just nu och har ni några synpunkter, det lyser med sin frånvaro uppfattar jag det som.” (Psykolog)

Några av de intervjuade antyder att arbetet har blivit färgat av vem som varit huvudförfattare. Att andra inriktningar än de som omfattas av huvudförfattaren har blivit bispår i redovisningen. En kurator resonerar kring detta:

”Alltså ____ vilken riktning man säger att den författaren tillhör så tenderar det ju att bli så att den personens inriktning blir det som liksom blir huvudspåret då. Sedan är det ju vettigt detta alltså att man har haft referenspersoner och bemödat sig om att få med olika inriktningar.” (Kurator)

4.2.3 Betydelsen av lokal utveckling

Intervjuerna visar på en stor variation i åsikterna om betydelsen av den regionala/lokala utvecklingen av vårdprogrammen. Skillnaderna i uppfattning går inte att relatera till yrkesgrupp. En uppfattning är att vårdprogrammen, trots att de representerar generell kunskap, ändå är skrivna så att de är anpassade till lokala förhållanden och att detta är önskvärt. En annan uppfattning är att det är en fördel att programmen har skrivits av personer som är kända i länet eftersom man då kan kontakta dessa vid behov av fördjupning av kunskaper. En del intervjuade hävdar att den lokala förankringen ger programmen en högre grad av legitimitet, något som en produkt från Socialstyrelsen inte skulle ha. Men det finns också personer som anser att den lokala anknytningen inte alls spelar någon roll, utan programmen kunde lika gärna vara utvecklande någon annan stans i landet - det som spelar roll är enbart kvaliteten på produkten och användbarheten.

4.2.4 Vad saknas vid utveckling av program?

Olika synpunkter på vad som har saknats vid utvecklingen av programmen har lämnats av intervjupersonerna. Någon önskar att programmen ska ge en större utblick mot det som förekommer inom barn- och ungdomspsykiatri i andra delar av landet eftersom patienterna – främst tonåringar – är väl informerade om metoder via Internet. Andra intervjuade menar dock att programmen redan idag

är väl omfattande och inte bör svälla ut för mycket. En uppfattning är att programmen måste omarbetas mer frekvent eftersom kunskapsutvecklingen går så snabbt. De som har verkat som referenspersoner efterlyser mer tid och ett mandat att arbeta med att ta fram mer genomarbetade egna underlag. En annan uppfattning är att utvecklingsprocessen borde innehålla mer av dialog och förankring i verksamheten. En kurator framhåller:

”Det måste ju fungera så att man har utvalda representanter eller så, för alla kan inte vara involverade. ...[D]om här representanterna som är involverade i utvecklingen av vårdprogrammen representerar ju inte sig själva utan de representerar även den arbetsplats eller mottagning dom kommer ifrån. Så det är väl viktigt att dom tar med sig kollegornas synpunkter och åsikter också.”
(Kurator)

4.3 Innehållet i vårdprogrammen

I detta avsnitt behandlas innehållet i vårdprogrammen. Intervjupersonerna ombads att bedöma kvaliteten på innehållet och även lämna sin syn på betydelsen av den vetenskapliga förankringen.

4.3.1 En bedömning av vårdprogrammets innehåll

Bland läkarna framhålls att vårdprogrammen är gedigna produkter, men några personer tycker att de är på gränsen till för omfattande, medan andra anser att de har lagom längd. En intervjuperson anser att programmen kunde vara mer precisa, de är ju inga riktlinjer med klara anvisningar, men detta återspeglar att organisationen inte har kommit längre i processen. Uppdateringen omnämns som ett problem, då det händer väldigt mycket inom området och programmen har i detta avseende olika aktualitet – men luckor kan också visa att det saknas forskningsrön. Medan somliga anser att programmen kanske är för omfattande tycker andra att de inte räcker till för att ge nya medarbetare en ordentlig introduktion om hur BUP i Östergötland arbetar.

Bland några psykologer finns mycket varierande uppfattningar om innehållet i vårdprogrammen. Några menar att de är väldigt ambitiösa och bra som uppslagsverk, där problemet närmast är att försöka leva upp till innehållet. Andra har uppfattningen att programmen visserligen är bra upplagda men att de har en slagsida mot sådant som har stöd i evidensbaserade studier, där andra metoder visserligen omnämns, men programmen visar inte hur man faktiskt arbetar i Östergötland.

”Jag är själv psykodynamiker och barn och ungdomsterapeut inom det. Det arbetar jag med för det är mina instrument men om man går efter vårdprogrammen så finns ju inte dom med för att det inte har evidens. Alltså det finns med i en del vårdprogram men inte så mycket så att det kanske ger en bild av hur man egentligen arbetar inom barn och ungdomspsykiatri i Östergötland.” (Psykolog)

En psykolog menar att de kan vara bra som orientering men att de generellt känns väldigt övergripande, inte alltid tydliga avseende både utredning eller behandling, utan de blir kataloger över vad som finns, därmed vad som borde kunna erbjudas i länet.

Bland kuratorerna, särskilt bland de som inte har arbetat så många år inom barn- och ungdomspsykiatri, uttrycker man sig mycket positivt och uppfattar dokumenten genomgående som bra att titta i och att ha som underlag för diskussioner i teamet.

4.3.2 Betydelsen av den vetenskapliga förankringen

Ingen av de intervjuade inom de tre yrkesgrupperna hävdar att vetenskaplig anknytning är oviktig eller att inte författarna har gjort ansträngningar att söka efter studier och redovisa dessa. Bland läkarna framhålls genomgående att den vetenskapliga förankringen måste vara explicit. Detta är en självklarhet och utan tydliga referenser finns inget förtroende. Man tycker att författarna av programmen har vinnlagt sig om god vetenskaplig förankring men att forskningen i vissa fall är begränsad, vilket innebär att de evidensbaserade programmen inte täcker allt inom barn- och ungdomspsykiatri. Det är inte säkert, menar en läkare, att man strikt kan ta forskningsresultat rakt av, utan att det krävs en anpassning till förhållanden i Östergötland.

Inom psykologgruppen finns en spännvidd i åsikter om vilka slutsatser man ska dra av de vetenskapliga resultat som lyfts fram i vårdprogrammen. Så menar till exempel en psykolog att programmen säkert är vetenskapligt förankrade men att detta inte medför att de passar in i det egna arbetet. En annan psykolog däremot anser att om den forskning som finns samlad i programmen pekar i en viss riktning kan det krävas förändringar i det egna arbetssättet. Problemet är snarast att ny kunskap inte automatiskt leder till nya färdigheter, för att göra detta möjligt krävs t.ex. handledningsinsatser.

”Ja så som evidensen värderas i de flesta vårdprogrammen ligger det nära mina egna värderingar. _ _ _ [M]en det ökar bara min kunskapsnivå. Det ökar inte min färdighet att som terapeut verkligen jobba enligt den kunskapen. För till det behöver man också koppla en handledningsinsats.” (Psykolog)

Ytterligare en psykolog anser att i avsnittet om utredningar har programmen en hel del att ge, de innebär en uppdatering av goda metoder, medan det för behandlingar finns en slagsida som gör dem minde användbara.

”Ja alltså när det gäller behandlingsdelen så kan jag väl tycka att det blir lite slagsida då. Jag tycker när det gäller utredning och diagnostik så tycker jag att det är ett bra dokument för man får ju upp det som är aktuellt och det som är så att säga utredningsmetoder och sådant som man får lite uppdatering på och som är beprövade och så.” (Psykolog)

Vårdprogrammen framhålls som väl kategoriska, medan det finns erfarenhetsbaserade behandlingsmetoder som måste finnas med i arsenalen. En kurator sammanfattar sin syn:

”Det är ju också så att man letar efter andra exempel än de som står i vårdprogrammen därför att det är ju ganska så betonat strikt det som går att visa i studier och så eller har gått att visa i studier. Det är klart att det finns andra sätt att jobba också.” (Kurator)

4.4 Vårdprogram och det egna arbetet

I detta avsnitt riktas intresset mot frågan om vårdprogrammen utgör ett stöd i den egna arbetssituationen. Kan programmen användas för att lösa sådana problem som uppkommer för den enskilda BUP-medarbetaren vid möte med patienter? En fråga som anknyter till detta är om innehållet i programmen kan sägas ligga i linje med den kunskapsbas som man tillägnat sig genom grundutbildningen.

4.4.1 Stöd i det egna arbetet

Några läkare menar att programmen kan vara till hjälp konkret och handgripligen när det gäller metoder för utredning av patienter – i det fallet kan programmen tjäna som kunskapsbank och fungera som en ”checklista”. I övrigt indikerar inte intervjuerna att de spelar någon egentlig roll i vardagen på arbetet. Man möter ofta komplexa problem som inte beskrivs i programmen, menar en läkare. I mötet med människor handlar det så mycket om annan kunskap och erfarenhet som byggs upp över tid. Apropå sådan kunskap noterar en läkare:

”Den blir ju underskattad i vårdprogrammen för den kan man inte dokumentera, men den måste man ha med sig hela tiden.” (Läkare)

Psykologerna upplever programmens användbarhet ganska olika. En psykolog påstår uppriktigt:

"Jag använder dom aldrig." (Psykolog)

Andra psykologer, som betonar att programmen kanske inte ligger helt rätt i förhållande till den egna inriktningen, menar att de ändå kan ge bra infallsvinklar och idéer för utredningar. De kan ge en uppfattning om olika insatser kring ett barn med ett speciellt symtom. Men även om programmen ger tips är de inte alltid tillräckligt konkreta - ger ingen uppfattning om hur man kan omsätta kunskapen i praktiken.

Programmen är breda och täcker in många aspekter, anser en psykolog. Om man känner ett tryck att hjälpa patienterna och letar efter något och om det står i vårdprogrammen kan man utgå från att det är seriöst.

En annan psykolog framhåller beträffande terapiavsnittet att det måste till ett eget arbete i teamet. Om de ska vara meningsfulla måste programmen stätta igång en process lokalt.

Sammantaget visar intervjuerna att programmen kan används på olika sätt av medarbetarna inom BUP i Östergötland.

- De kan ge direkta tips för det egna arbetet, särskilt beträffande utredningar
- De kan användas för att stämma av det egna arbetet
- De kan användas som underlag för externa presentationer och föreläsningar

En kurator som själv är medveten om att programmen har en potential för att användas i större utsträckning säger:

"Det är korkat att inte använda när en massa gediget arbete är nedlagt." (Kurator)

En psykolog reflekterar över varför programmen trots allt spelar en underordnad roll i arbetet:

"Ja vi är väldiga individualister och vi får lov att vara det också i väldigt stor utsträckning. Vårdprogrammen däremot säger ju till oss att vi inte får vara individualister. Det är ingen här som botar folk med torra löv på huvudet, så är det ju inte, men det betyder ju inte att alla följer exakt det som står i vårdprogrammen heller. Man följer snarare sin ideologi än evidensen på sin kammare." (Psykolog)

4.4.2 I linje med egen utbildning

Många av de intervjuade har svårt att anknyta till den egna grundutbildningen då den ligger långt tillbaka i tiden. Andra finner inte denna anknytning särskilt relevant. Det går av svaren att urskilja tre olika synsätt på frågan om vårdprogram och grundutbildning.

1. Att vårdprogrammen bara täcker en lite del av den kunskapsmassa som man måste ha med sig för att kunna fungera i yrket. Det är så mycket mera än utbildning, stor betydelse spelar också erfarenhet.
2. Att det man tillägnat sig och tror på inte finns med i programmen och att detta är en brist, men att det kommer att bli annorlunda med ny forskning.
3. Att det är ganska ointressant vad som tillägnats genom tidig utbildning, utan vad som gäller nu är vad som visat sig fungera – vad som är evidensbaserat. Teoretiska kunskaper måste dock praktiskt förankras i organisationen.

4.5 Vårdprogram i den egna organisationen

Vårdprogrammen ska realiseras i en organisation. BUP i Östergötland som helhet står bakom programmen, men verksamheten bedrivs inom olika organisationer (mottagningar, team) runt om i länet. Avsikten med detta avsnitt är att se hur de intervjuade upplever den organisatoriska anknytningen. På vilket sätt möjligheten att omsätta innehållet i programmen är avhängigt förhållanden i den egna organisationen. Däremot är inte avsikten att på något sätt jämföra svar från olika delar av BUP i Östergötland.

4.5.1 Kan vårdprogrammen realiseras i organisationen?

Uppfattningarna varierar i frågan om innehållet i vårdprogrammen passar ihop med de förutsättningar som gäller inom den egna organisationen. Flera intervjupersoner hävdar att vårdprogrammen inte helt kan realiseras i den egna organisationen, eftersom det inte finns en sådan bredd på kompetensen. Inte ens de större mottagningarna i länet kan leva upp till allt det som redovisas i programmen.

Ingen hävdar att hela innehållet i programmen kan realiseras rakt av i alla sina detaljer inom BUP i Östergötland. Det finns inte tillräcklig kompetens för vissa behandlingsformer, men programmen har gjort att detta har uppmärksammats och även medfört att behovet av nya kompetenser uppmärksammats. Men det finns en tröghet, man vill gå samma utbildningar som andra har gått tidigare. I

en del fall förespråkar vårdprogrammen samarbete med socialtjänst och skola och då ställs krav också på andra organisationer. En läkare resonerar om differentierade ambitioner i programmen:

”Möjligen skulle varje vårdprogram ha någon slags nivågruppering: att det här ska man kolla hos alla, det är ett slags minimum, och så klättrar man uppåt i ambitionsnivå.” (Läkare)

Ska man verkligen kunna erbjuda allt? Det är bra med många metoder men alla dom som finns beskrivna passar väl inte in hos oss, menar en psykolog.

”Det blir mera ett papper där man ser vad som kan finnas fast man inte tycker det är relevant att allt finns här.” (Psykolog)

Om man inte har allt det som nämns i programmen tillgängligt och kan tillhandahålla det till patienterna, skulle det krävas en annan organisationsmodell, spekulerar en medarbetare. Det borde egentligen ge möjlighet för patienterna att välja från ett större ”smörgåsbord”. En läkare reser emellertid frågan om det är klokt att lyfta fram metoder som inte kan tillhandahållas på alla platser i länet. Vad får det för effekter på patienterna om medarbetarna varken praktiskt kan eller vill tillhandahålla vissa metoder?

Man ska absolut inte sänka ambitionsnivån, menar en psykolog. Författarna ska skriva om det som är det bästa just nu. Sedan får detta leda till att en intern process påbörjas för att förändra så att nya synsätt och metoder kan komma in i verksamheten.

En kurator anser att man inom den egna organisationen faktiskt klarar det mesta. Det finns en hög ambition, och även om det inte alltid är möjligt att leva upp till alla delar i programmen bör man ändå ha dessa som grund. I vissa avseenden får man tänka lite annorlunda när man är ett litet team, men de är utformade så att de passar både en stor och en liten enhet.

4.5.2 Stöd för vårdprogrammen i organisationen

Frågan om vårdprogrammen har stöd i den egna organisationen kan uppfattas på olika sätt – om stödet gäller bland medarbetarna i allmänhet eller i ledningen. Den allmänna uppfattningen är att ledningen har en positiv inställning till programmen och lämnar sitt stöd för dessa. Om de används och i så fall hur är emellertid en annan sak.

Om man med stöd avser att programmen aktivt används som underlag vid diskussioner och möten inom teamen finns inte många intervjupersoner som

hävdar att så är fallet. Snarast är det flera bland de intervjuade som menar att programmen inte är aktiva underlag för diskussioner. Särskilt tydligt blir detta om man jämför med situationen när processen för att utveckla programmen var som mest intensiv. Det finns emellertid uppfattningar om att programmen borde vara föremål för diskussioner och därmed fungera som inslag i en utvecklingsprocess.

”Alltså, jag tror dom är för grunda...det ligger väl lite bakom det här att vi har pratat om det här, att vi behöver gå igenom dom igen.” (Psykolog)

4.5.3 Vårdprogram och förändringar

Med förändringar avses i detta fall främst organisationsförändringar inom BUP i Östergötland men också andra förhållanden i samhället som påverkar organisationen. En del medarbetare hävdar att organisationsförändringar egentligen inte har påverkat möjligheten att realisera vårdprogrammen. När ny kunskap har kommit in i organisationen genom nya medarbetare har denna förändrats inifrån.

Andra medarbetare pekar på två faktorer som har förändrats och som kan ha anknytning till utvecklingen och användningen av vårdprogram. För det första, tillhör BUP numera närsjukvården inom landstinget, tillsammans med primärvården, vilken kan väcka frågor om vem som ska göra vad. Alla vårdprogram försöker inte hantera detta spørsmål. Ett undantag som hänvisas till är programmet om ADHD¹ som är skrivet så att det kan användas också utanför BUP, inom andra delar av hälso- och sjukvården. Att BUP organisatoriskt har separerats från barnmedicin skapar nya gränser, påpekar en annan medarbetare. Konstlade gränser uppstår som inte alls gynnar de arbetssätt som förs fram i programmen.

Det finns också en önskan om snabbare och effektivare behandlingsmetoder inom landstinget, anser en medarbetare, vilket kan leda fel om det skulle vara så att vissa metoder uppfattas som önskvärda eftersom de förväntas ge resultat snabbare. Verkligheten behöver emellertid inte vara så entydig.

En annan åsikt som framkommer är att ett ökat tryck på resurserna inom BUP gör att organisationen måste anpassa sig och genomföra prioriteringar. Då kan det vara bra att ha programmen för att gå tillbaka och se vad som ingår i barn- och ungdomspsykiatri. Vad organisationen ska hålla på med och vad som eventuellt kan lämnas över till vårdgrannar.

¹ Det officiella namnet är Vårdprogram för barn och ungdomar med ADHD och/eller DAMP

4.6 Implementering av programmen

Detta avsnitt handlar om olika typer av åtgärder inom intervjupersonernas egen organisation (klinik/mottagning/team) för att stimulera till användning av programmen. Som tidigare redovisats kan programmen användas på olika sätt, t.ex. som ett direkt stöd (uppslagsbok) vid patientarbete eller som underlag för en kunskapsutveckling i organisationen på längre sikt. Frågorna avser förekomsten av särskilda åtgärder inom den egna organisationen, former av introduktion och utbildning och initiativ för att påverka den svarandes kompetens så att denna bättre svarar mot intentionerna i vårdprogrammen.

4.6.1 Uppmuntran till användning av programmen

Intervjuerna ger inga direkta indikationer på att några aktiviteter för att uppmuntra till användning har förekommit under senare tid. Däremot nämner flera intervjupersoner att möten förekom när programmen var nya. En psykolog uttrycker det så här:

”När dom har reviderats och när det kommit ut nya då har vi tittat på dom och vid något tillfälle har vi gått igenom dom mera samlat och sett hur vi tillämpar dom här och hur dom finns med i vårt arbete. Det har gjorts fast det är nog ett eller två år sedan.” (Psykolog)

Den bild som tecknas är att det i stor utsträckning saknas gemensamma aktiviteter kring programmen och om dessa uppmärksammas beror det mycket på den enskilda medarbetaren. Det illustreras av följande uttalande från en kurator:

”Vi har läst dom, tittat igenom dom och sedan har vi haft en punkt på dagordningen i teamet så att säga __men till syvende och sist har det hamnat i hur var och en vill använda det.” (Kurator)

4.6.2 Introduktion av programmen

Flera personer svarar att de inte kan minnas någon form av introduktion alls. Andra hävdar att de varit med om en introduktion där huvudförfattaren har medverkat, och det program som nämns och som bitit sig fast i minnet hos de svarande gäller ångestprogrammet.² Några läkare noterar att en introduktion där författare deltagit har varit bra, men sedan har det inte blivit något ytterligare.

² Vårdprogram för Barn och ungdomar med ångestsyndrom inkl selektiv mutism och ångestrelaterad skolvägran.

Några av de svarande nämner att man internt inom team har tagit upp programmen för att diskutera dem. Ibland har det skett som en del i ett remissförfarande. Några berättar att programmen lyfts fram vid introduktion av nyanställda och praktikanter.

4.6.3 Initiativ för att påverka kompetensen

Det finns en hög medvetenhet hos medarbetarna inom BUP om att de behöver utvecklas i sitt yrke och kan behöva kompletterande utbildningar. Men av intervjuerna att döma finns ingen stark anknytning till vårdprogrammen i valet av kompletterande utbildning. Det förekommer att medarbetarna med anledning av innehållet i programmen reflekterar över sin egen kunskapsnivå och hur den kan höjas. Endast ett fåtal av de intervjuade anger att vårdprogrammen spelar roll vid valet av kompletterande utbildningar. Detta bygger främst på egna drivkrafter. En psykolog menar att:

”Nej, inte så att man har tänkt att det ska uppfylla vårdprogrammet tror jag. Nu får vi ju handledning som kompetens men jag vet inte hur mycket det går hand i hand med vårdprogrammen. Det är ju mera utifrån ett behov som jag tycker att jag har.” (Psykolog)

Men det förekommer också mer samlade initiativ vid sidan av individuella sådana. En kurator ger sin syn på hur man inom teamet resonerar kring behovet av kompletterande utbildningar:

”Då tänker man inte utifrån vårdprogrammen utan då tänker man: den här problemgruppen den har vi för lite kunskaper om och vi behöver skaffa mer.” (Kurator)

Det framgår dock av intervjuerna att det finns exempel i länet där man inom ett team på ett systematiskt sätt har gått igenom olika diagnosgrupper för att fastställa hur kunskapsläget ser ut och där har vårdprogrammen funnits med som referenspunkter. Huruvida detta har resulterat i önskemål om utbildning för att komplettera kompetens hänger dock slutligen i hög grad på initiativ från de enskilda medarbetarna och organisationens förutsättningar – patienter som väntar – påverkar om ambitionerna kan realiseras.

4.6.4 Att uppmuntra till användning

Av de intervjuade är det många som påpekar att vårdprogrammen borde användas mer aktivt som diskussionsunderlag än vad som är fallet, och det gäller även bland medarbetare som anser att innehållet i programmen inte

tillräckligt speglar den bredd som finns och bör finnas i organisationen. Det vore önskvärt, menar de, att man i den lilla gruppen – teamet - med jämna mellanrum tittade igenom vårdprogram och utgick från dessa i interna diskussioner.

”Jag tycker att de för vår del har bidragit till en ökad diskussion kring vad vi gör, och varför och hur det är, vad som är baserat på vetenskap. Det kanske vi hade kunnat göras ännu mera, men att det har i alla fall bidragit till det på ett vettigt sätt. ___ Det här är ju sådant som ligger mycket i tiden överhuvudtaget, att det är tryck på det här med evidensbaserad vård och så, och vad som just hänger ihop med vårdprogrammet och vad som är andra sådana input det är lite svårt och veta.” (Läkare)

Om vårdprogrammen ska syfta till en mer likvärdig vård måste de in i mer rutinmässiga diskussioner som ändå i grunden mycket handlar om just det vårdprogrammen beskriver, menar en psykolog.

”___ [D]et är en annan sak att sätta sig ner och bestämma att nu ska vi jobba med dom här dokumenten för sedan så jobbar vi ändå med dom här frågorna när vi sitter och diskuterar patienter. När vi har patientdragningar eller handledningar så diskuterar vi olika aspekter och synpunkter, så att det sker ju ändå, men vi har inte gjort det specifikt utifrån ett vårdprogram som alla har läst. Jag tror att det skulle kunna hjälpa till och det skulle nog höja tankeförmågan också. Att analysera och ställa frågor och diskutera vad som står i vårdprogrammet för det är ju inte vad som står i vårdprogrammen utan det är idéerna som står där. Olika infallsvinklar, vad beror problem på? Vad har vi för olika syn på det, för så är det, att vi utgår från olika teorier och bakgrundsfaktorer och jag tror att det skulle vara en form av vidareutveckling ___ i egen regi som vårdprogrammen skulle kunna hjälpa till med i en sån här grupp.” (Psykolog)

En kurator reflekterar över frågan om programmen som underlag för diskussioner:

”Jag tycker liksom att alla som jobbar inom alla områden här ska ju känna till att dom finns och ha möjlighet att på det sättet läsa dom och diskutera dom och ta ställning till vad man tycker. Det tycker jag är en viktig del, utifrån att dom finns, och är officiella och så någon slags övergripande antagna program och sedan står dom för en bas i kunnandet kring våra barn och grupper.” (Kurator)

Flera personer inom olika yrkesgrupper anser att introduktionen av programmen skulle kunna ha gjorts bättre. De framhåller värdet av ordentliga introduktioner, även efter uppdateringar av programmen. Apropå introduktion säger en kurator så här:

”Det skulle jag kanske kunna tänka, tycka att jag kanske skulle ha haft lite bättre introduktion i dom här programmen än vad jag har fått. Det är mer, dom här har vi, varsågod och läs.” (Kurator)

4.7 Vilken nytta genererar programmen?

I detta avsnitt redovisas intervjupersonernas inställning till frågan om nyttan med de hittills publicerade vårdprogrammen. För det första, uppfattningen om programmen leder till en bättre vård för patienterna. För det andra, om den svarande bedömer att de insatser som gjorts inom BUP i Östergötland för att utveckla programmen står i rimlig relation till nyttan med dessa.

4.7.1 Väg till bättre vård för patienterna?

Några av de intervjuade framhåller att programmen tvingar barn- och ungdomspsykiatrin att se över sin verksamhet i riktning mot en samsyn och därmed en mer rättvis behandling. Den processen är viktig, menar flera medarbetare. Programmen har en del brister och innehållet må vara svårt att förverkliga men det är ändå bra att ha innehållet som en övergripande målsättning.

”Det ger en grund och ett gemensamt språk att prata om det här. Vilka patienter ska vi prioritera? Det är en ständig fråga.” (Psykolog)

Programmen kan spela en roll som katalysator för kunskapsutveckling, och även om den processen ibland är svår att hålla levande, så är det ändå en process som behövs för att väcka intresse bland medarbetarna och lust att skaffa sig mer kunskap.

”Jag tycker att det är en hjälp att samla ihop information. Inte tappa bort viktiga saker som man kanske annars gör om man bara ostrukturerat griper sig an någonting”. (Läkare)

En läkare framhåller att det är viktigt med vårdprogram idag, men att en nackdel är att de i så hög grad är utvecklade enbart för personalen inom BUP. Med den mängd problem som finns i samhället idag kan inte BUP hantera allt, utan en del ansvar faller på vårdgrannar. Det är viktigt att programmen också tar hänsyn till denna verklighet. Dessutom är programmen inte utvecklade för patienter och anhöriga, men det kunde vara rimligt att dessa fanns i åtanke.

”Om jag skulle önska så skulle man skriva andra dokument som man kunde ge patienten och något som man kunde ge till primärvården och så och som bygger på det här vårdprogrammet som vi ska jobba med.” (Läkare)

Flera av de intervjuade menar att det är önskvärt med en övergripande, gemensam målsättning för BUP, och att det är bra att brukarna/klienterna/patienterna kan se vad som kan erbjudas. Men det finns en del tveksamheter mot inslag av styrande ambitioner i programmen. En psykolog framhåller:

”Sedan är jag emot det här att man ska liksom styra för mycket och att det ... är ett sätt som gäller eller att styra upp precis i ett spår, för jag tror att man kan nå samma mål på olika sätt. Det är bra om det finns en bredd och en flexibilitet. Då tror jag att vi möter våra patienter bäst faktiskt.” (Psykolog)

En annan psykolog menar att programmen kanske inte alls är avgörande för patientarbetet:

”[O]m man ska tro på en forskning som visar att den viktigaste faktorn för framgång är relationen mellan klient och terapeut, då spelar det ingen roll vilka vårdprogram man har, för då är ju relationen den bärande delen i processen.” (Psykolog)

Flera medarbetare är inne på att patienterna har rätt att kräva en likvärdig och rättvis vård men då krävs mycket mera än bara ett dokument. De ser programmen som en del i en mer omfattande process som inte organisationen orkar med fullt ut. Andra medarbetare anser att programmen spelar en roll i att förbättra vården bara genom egen läsning och reflektion, som en kurator uttrycker det:

”Eftersom jag har läst dom här och tagit del av dom här vårdprogrammen så innebär det i sin tur att jag är bättre rustad att möta patienten och på det sättet så tänker jag väl att det kommer till nytta.” (Kurator)

4.7.2 Resursinsatser i förhållande till nytta

Många av de intervjuade har svårt att värdera nyttan i relation till de resurser som BUP har satsat på att utveckla programmen. Framför allt därför att de är osäkra på hur mycket tid som har lagts ned på arbetet med vårdprogrammen. Några intervjupersoner svarar obetingat ja på frågan om programmen kan motiveras utifrån nytta, medan andra avstår för att de har svårt att bedöma värdet.

Flera intervjupersoner menar att det måste få kosta att utveckla programmen, men att det arbete som har satts igång då också måste leda till mera än vad som faktiskt har kommit ut hittills. Programmen måste användas mer aktivt om resursinsatsen ska vara motiverad. Som det är idag kan vissa team ha nytta av den kunskap som personer byggde upp under arbetet med vårdprogrammen, men det kommer inte alla i länet till del.

”Att de inte bara blir bokstäver och siffror, att man håller igång processen, att de kan ligga till grund för seminarier.” (Psykolog)

”Ja, jag tror att en sådan här organisation som bygger på att ständigt skaffa ny kunskap, ny erfarenhet att dom behöver ha sådana här processer igång så jag tycker att det behöver finnas ett sånt arbete.” (Kurator)

En psykolog ställer sig tveksam till att utveckla program om det tar bort för mycket tid från patientarbetet:

”Men det är viktigt att mycket tid läggs på patientarbete så om det är så att det har tagit väldigt mycket tid från patientarbete då är det verkligen en relevant fråga hur mycket tid man ska lägga ner på annat.” (Psykolog)

Flera intervjupersoner från olika yrkesgrupper frågar sig om allt det arbete som lagts ned måste göras lokalt från början. En process kan ju utgå från kunskaper som andra tagit fram i andra delar av landet. Det framstår som svårt att göra om det arbete som utförts i länet, och fortsättningsvis krävs mer av nationellt samarbete, så att det blir möjligt att dra nytta av vad andra gör. Ett sådant samarbete skulle också kunna utgöra en ingång för nya tankar och nya personer i organisationen, och vara ett sätt att skapa kontakter och nya nätverk.

5. SLUTSATSER

Intervjuerna visar att det finns många uppfattningar om vårdprogrammen bland medarbetarna inom BUP i Östergötland. Bland de intervjuade finns en betydande spännvidd i inställningen till programmen, alltifrån uppfattningen att de stakar ut den väg organisationen bör anträda till åsikten att de inte är särskilt väsentlig alls då de bara täcker in en del av dagens barn- och ungdomspsykiatri. Intervjustudien nyanserar resultaten från de tidigare enkätstudierna (Garpenby och Larsson 1999, Garpenby, Götherström och Larsson 2003), genom att visa hur personalen förhåller sig till vårdprogrammen, men också till kunskapsutveckling i stort.

De åsikter som intervjupersonerna ger uttryck för visar att programmen kan uppfattas på olika sätt. En fråga som väcks gäller om programmen ska uppfattas rent instrumentellt, som ett dokument som varje medarbetare bör använda kontinuerligt eller om de har varit och fortsättningsvis ska vara inslag i en mycket större process för kunskapsutveckling i organisationen. Ser man på programmen rent instrumentellt uppdagas en del problem. De används inte dagligdags - inte heller bland de medarbetare som ansluter sig helhjärtat till arbetsformen och känner samhörighet med innehållet. Det framgår dock av intervjuerna att medarbetare i skilda yrkesgrupper använder dem för individuell läsning – inte dagligdags – men för att kontrollera att de inte negligerat något moment i mötet med patienter eller för att få nya idéer. Många av de intervjuade, oavsett om de finner innehållet helt relevant för dem personligen, betonar dock att arbetet med programmen ska uppfattas som en del i en process för kunskapssökande, som är viktig att hålla levande i en professionell organisation.

Utvecklingen av programmen engagerade många medarbetare och medförde i sig att ny kunskap tillfördes organisationen. Genom att programmen finns tillgängliga och - tillsammans med andra underlag – kan tjäna som material i en nödvändig diskussion inom organisationen fyller de en viktig roll. Problemet som många av de intervjuade pekar på har dock varit att organisationen inte riktigt har orkat med att ta tillvara potentialen i utvecklingsarbetet och i de befintliga programmen. Även om det finns medarbetare som inte känner någon stark anknytning till innehållet i programmen är det knappast så att de ligger glömda i en låda. De används dock inte på det sätt som många medarbetare önskar.

En annan fråga som intervjusvaren aktualiserar gäller hur dokumenten ska byggas upp – ytterst gäller frågan vad de egentligen ska vara. Har de ambitionen att visa ”forskningsfronten” såsom den framträder i studier rangordnade efter den evidensbaserade medicinens koncept, eller ska dokumenten ta sin utgångspunkt i verksamheten – hur barn- och ungdomspsykiatrin faktiskt

bedrivs av medarbetare i dag. I det senare fallet blir dokumenten snarast ett inslag i "kontinuerligt förbättringsarbete". Det framgår av intervjuerna att en del medarbetare hyser betänkligheter om det strikta sättet att samla kunskap som EBM-konceptet föreskriver – där viss kunskap inte kvalificerar sig. Många av de intervjuade vill ha en bredd i verksamheten, med olika inriktningar, och de betonar också den roll erfarenhetsbaserad kunskap spelar i arbetet. Om man går på den strikt evidensbaserade linjen finns dock indikationer på att dokumenten inte anses helt och fullt kunna leva upp till kraven - trots höga ambitioner kan de inte p.g.a. den snabba kunskapsutvecklingen täcka in de senaste rönen. Å andra sidan, hävdar en del medarbetare, tar de inte i tillräcklig grad hänsyn till hur man de facto arbetar i länet, eller borde arbeta, därför att en del metoder och arbetssätt inte kvalificerar sig. Samarbetet med andra organisationer, en nödvändig del för barn- och ungdomspsykiatri, kommer inte med i tillräcklig grad.

Hur långt ska man gå i ambitionen? En del av de intervjuade tycker att vårdprogrammen är för omfattande, att det räcker med att hänvisa till källor för fördjupning. Andra röster talar för att programmen ska kunna vara till hjälp också för patienter att välja behandlingar och för vårdgrannar som samverkar med BUP. I så fall kanske dokumenten måste klyvas upp i olika delar med olika ambitioner.³

Flera av de intervjuade uttalar sig mot tanken att programmen ska spela en roll för att likrikta verksamheten. De ser det som en styrka att ha olika perspektiv och kompetenser i verksamheten. Men samtidigt är många av de intervjuade inne på att verksamheten självklart måste kvalitetssäkras för patienternas vidkommande. De måste kunna erbjudas en likvärdig vård. Eftersom de problem som patienterna bär på är så varierade och ibland sammansatta, behöver inte god och likvärdig vård innebära att alla ska arbeta på samma sätt, med samma metoder. En medarbetare som citeras i resultatdelen, noterar med hänvisning till vårdprogrammen: "Det är klart att det finns andra sätt att jobba också." Den möjligheten finns även fortsättningsvis i organisationen.⁴ En annan medarbetare, som också citeras, pekar dock på relationen mellan personlig övertygelse och synen på evidens. "Vårdprogrammen däremot säger ju till oss att vi inte får vara individualister." Kärnfrågan blir i så fall inte om olika metoder ska finnas parallellt (detta är självklart i någon mening) utan hur sammansättningen ska

³ En insikt som också funnits hos Socialstyrelsen vid utvecklingen av s.k. Nationella riktlinjer, där man från tid till annan gjort försök med olika versioner för profession, politiker och patienter. Men detta kräver mycket av utvecklingsprocessen.

⁴ Lagstiftningen som reglerar yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område anger inte hur avvägningen mellan olika kunskaper ska se ut i det enskilda fallet (vilket vore en omöjlighet). "Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt." SFS 1998:531, kap 2, §1.

avgöras – individuellt eller i organisationen tillsammans. Noteras bör att många medarbetare talar om behovet av en kollektiv process, men utan inslag av tvingande beslut.

En fråga som framkommer är i vilken grad patienterna själva ska kunna välja sin behandling och vilken roll vårdprogrammen då kan spela. Är de till enbart för personalen eller ska de kunna användas av patienter och anhöriga för att efterfråga vård?⁵

Avsikten med intervjustudien är inte att på något sätt fånga skillnader mellan olika delar av BUP i Östergötland. Av intervjuerna framgår dock att mottagningar och team i länet kan fungera olika med avseende på om och hur vårdprogrammen används som utgångspunkt för diskussioner. Det finns dock mycket som förenar, framför allt att det hänger mycket på de enskilda medarbetarna huruvida programmen leder till en kunskapsbildningsprocess. Detta är i och för sig inget märkligt – det är snarast typiskt för en organisation där verksamheten bygger på egenansvar hos professioner. Frågan gäller snarast avvägningen mellan egenansvar och gemensamma aktiviteter, och hur vårdprogrammen kommer in i detta.

⁵ Hälso- och sjukvårdslagen ger patienterna rätt till val: ”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget skall ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.” SFS 1982:763, §3a.

6. DISKUSSION

Hälso- och sjukvården är i hög grad en kunskapsorganisation, men också en professionell organisation. Utmärkande för en professionell organisation – dit hälso- och sjukvården kan räknas – är att de verksamma (i större eller mindre utsträckning) förväntas ta ett eget ansvar för fortbildning och måste i praktiken vara inställda på ett livslångt lärande (en grundläggande formell utbildning måste fortlöpande kompletteras med både formell och informell kunskapsinhämtning) (Garpenby och Carlsson 1999). Sedan ganska lång tid tillbaka är dock hälso- och sjukvården ett lagarbete och olika yrkesgrupper förutsätts kunna bidra med sin kompetens i olika kombinationer. Barn- och ungdomspsykiatri som den bedrivs idag är i stor utsträckning en kombination av olika kompetenser där olika professioner samverkar. Samtidigt har de olika medarbetarna – vilket intervjuerna också visar – en stor självständighet att under eget ansvar applicera sina kunskaper i patientarbetet. Hur stor självständigheten bör vara är dock en öppen fråga. Det är helt klart att tendensen i många länder är att – genom att uppmuntra utvecklingen av och tillämpandet av EBM-baserade kunskapsdokument – söka påverka variationer i praxis. Inte genom tvingande regler utan genom att förstärka resurserna för egenkontroll inom professioner och inom vårdens organisation.

Vårdprogramarbetet inom BUP i Östergötland är ett sätt att försöka ringa in en gemensam kunskapsbas. Eftersom insamlingen av underlaget till programmen följer vissa kriterier, där vetenskapliga studier med viss design väger särskilt tungt, kommer inte alla former av kunskaper som används i organisation idag att uppmärksammas, vilket också många BUP-medarbetare påpekat. Detta problem är knappast unikt för BUP utan visar sig i mindre eller högre grad i alla delar av hälso- och sjukvården när underlag som följer den evidensbaserade traditionen utvecklas (vissa färdigheter, kunskaper och erfarenheter som alla verksamma i vården är väl medvetna om) kommer inte att inkluderas.

Kunskapssammanställningar i form av vårdprogram och kliniska riktlinjer börjar bli vanliga inom hälso- och sjukvården. Det finns två idealmodeller för hur de verksamma i vården ska kunna tillgodogöra sig sådana dokument (Garpenby och Carlsson 1999). En ”linjär” modell som bygger på antaganden om att hinder kan förekomma i den lokala miljön som måste forceras innan informationen når fram till mottagaren. Företrädarna för denna modell vill motverka en passiv informationsspridning och förespråkar istället en aktiv strategi för implementering, som innebär att den specifika informationen skall understödjas av ett antal åtgärder, främst utbildningsinsatser. Som en reaktion på svagheter i den linjära modellen – t.ex. att bakgrundsfaktorer både avseende informationen och den mottagande miljön inte beaktas i tillräckligt hög grad – har mera komplexa modeller för implementering av information i hälso- och sjukvården

presenterats. De bygger på antagandet att framgångsrik implementering är beroende av ett flertal faktorer, vilka är relaterade till såväl informationen, den mottagande miljön som särskilda aktiviteter/stöd i den lokala miljön i anslutning till överförandet av information (för att t.ex. förändra attityder och beteenden). Bland faktorer relaterade till informationen återfinns t.ex. styrkan i evidensen (om denna grundas på lösryckta beskrivningar av enstaka patientfall eller randomiserade studier, och systematiska sammanställningar) och graden av konsensus bland inflytelserika experter. Miljöfaktorer avser t.ex. huruvida den mottagande organisationen har inslag av kontinuerlig utbildning, ett tydligt ledarskap och ett medvetet kvalitetsarbete. Det är mera oklart vad som avses med aktiviteter/stöd ("facilitation"), men grundtanken är att en lokal organisation kan ha bättre eller sämre förutsättningar att reagera på information, vilka kan påverkas genom särskilda insatser. Den komplexa modellens styrka är att den betonar förutsättningarna hos den mottagande organisationen – det räcker inte med att överföra information. Det innebär också att den som vill påverka måste ägna uppmärksamhet åt förhållanden hos mottagaren. Det kan t.o.m. innebära att dessa förhållanden först måste bearbetas (t.ex. genom indirekt verkande åtgärder) innan det finns anledning att överföra information.

Det kan vara intressant att anknyta uppfattningarna hos BUP-medarbetarna till dessa två idealmodeller – den linjära och den komplexa. Visserligen efterlyses introduktion i anslutning till publiceringen av vårdprogrammen (i enlighet med den linjära modellen) men den genomgående kommentaren bland de verksamma inom BUP – oavsett om dessa känner nära samhörighet med innehållet eller ej – är att programmen borde utgöra en grund för en process för kunskapsutveckling. De betonar snarast faktorer i organisationen, i enlighet med den mer komplexa modellen.

Resonemangen hos BUP-medarbetarna pekar snarast i riktning mot den kontinuerligt lärande organisationen, där ansvaret för kunskapsutvecklingen i högre grad är gemensamt och inte bara individuellt (Batalden och Stoltz 1993). Det är vårdprogrammen som underlag för diskussion, omprövning och förbättring i teamen som efterfrågas.

Några av de intervjuade väcker frågan om vårdprogrammen kan spela en roll som underlag för patienter att välja bland det som kan erbjudas inom BUP. Ett problem, vilket framskymtar i intervjuerna, är dock att allt det som avhandlas i programmen inte de facto kan erbjudas inom någon av mottagningarna i länet. Hur hanterar man då situationen? En av fördelarna med ett utvecklat evidensbaserat synsätt inom hälso- och sjukvården har sagts vara möjligheten att skapa ett bättre informerat val bland patienter (Edwards och Elwyn 2001). Två invändningar har dock rests mot detta synsätt (Rogers 2002). För det första, att processen att ställa samman evidens är reserverad för professioner och ett

självständigt val från patienternas sida skulle kräva att dessa involverades mer i processen för att utveckla kunskapsunderlag. För det andra, att patienters val utan restriktioner kan medföra att vårdens resurser styrs till andra ändamål än vad som är motiverat utifrån ett befolknings- och behovsperspektiv.

Slutligen finns anledning att återknyta till en av de tidigare rapporterna om introduktionen av vårdprogram inom BUP i Östergötland (Garpenby, Götherström och Larsson 2003). I denna presenteras data från enkätstudien och avslutningsvis gjordes vissa antaganden om vilka faktorer som kan påverka användbarheten för vårdprogram. De faktorer som omnämndes var:

- Professionskaraktäristika (kunskapsgrund, arbetsuppgifter & patient-sammansättning)
- Utveckling (deltagande och påverkan i utvecklingsprocessen)
- Karaktäristiska för dokument (vetenskapliga förankring och typ av kunskap)
- Tidsfaktorn (betydelse för genomslag)
- Organisatoriska faktorer (kultur, introduktion & utbildning)

I det kvantitativa materialet (enkätresultatet) hittades inget samband mellan deltagande i *utvecklingen av vårdprogrammen* och uppfattning om användbarhet för programmen. Intervjuerna tyder snarast på att fokuseringen på individuell deltagande i detta sammanhang är felaktig. Det är snarast så – vilket en del intervjupersoner påpekar – att organisationen lokalt skulle kunna dra nytta av att någon i närmiljön har deltagit i utvecklingsarbetet – vilket dock inte alltid sker. Det finns en potential här som inte till fullo kan utnyttjas vilket också beklagas av intervjupersoner.

Tidsfaktorn lyftes fram i den tidigare rapporten som en tänkbar faktor som inverkar på användningen av programmen. Ofta visar implementeringsstudier att det tar mer tid än man förväntar sig att förändra i organisationer. Men det är knappast så att förutsättningarna för användning hos den enskilde ökar med tiden –risken är att vårdprogrammen, även om de inte direkt faller i glömska, riskerar att graderas ned i intresse bland medarbetarna. Intervjustudien visar istället på betydelsen av att organisationen erbjuder möjlighet att hålla innehållet i vårdprogrammen vid liv genom diskussioner. Tidsfaktorn verkar genom organisationens förutsättningar att ge medarbetarna tid att diskutera vårdprogrammen som en del av en större diskussion om kunskapsanvändning inom barn- och ungdomspsykiatri.

Andra faktorer som diskuterades i den tidigare rapporten i anslutning till användbarheten var *professionskaraktäristika* och *karaktäristika i dokumentet* (vårdprogrammet). Det är helt klart att intervjustudien visar att det finns en

relation mellan medarbetarens egen kunskapsgrund och den typ av kunskap som vårdprogrammet representerar, som påverkar uppfattningen om användbarhet. Aggregerade data visade att det finns skillnader mellan yrkesgrupper när det gäller synen på hur användbara man finner olika vårdprogram. Men det finns anledning att något modifiera synen på användbarhet. Statistiska analyser tenderar att förenkla vissa samband, och presentera dem som absoluta (t.ex. sambandet mellan yrkesgrupp och synen på användbarhet). Så absolut och kategorisk är inte synen på programmen.

Intervjustudien visar att det inte finns bara en form av användning. Även om vissa medarbetare kan känna att innehållet i programmen inte hjälper dem i mötet med patienter (därför att programmen har en tyngdpunkt på metoder som de inte använder) kan de ändå finna vårdprogrammen värdefulla och inte mist processen att utveckla program. De kan också se att programmen som kunskapsdokument har en outnyttjad potential för organisationen.

Den samlade undersökningen av introduktionen av vårdprogram inom BUP i Östergötland illustrerar betydelsen av att kombinera olika metoder för att studera samma fenomen (Morgan 1998). Aggregerade kvantitativa data ger svar på vissa frågor, men sambandet mellan två variabler är statistiskt så länge vi inte har en förklarande mekanism till varför y påverkar x (Hedström och Svedberg 1998). För att kasta ljus över detta behövs också andra metoder. En intervjubaserad kvalitativ kompletterande studie kan bidra till ökad förståelse av tidigare resultat.

REFERENSER

Batalden PB, Stoltz PK. 1993. A Framework for the Continual Improvement of Health Care. Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *Journal on Quality Improvement* (19): 424-445.

Edwards A, Elwyn G (eds) 2001. *Evidence-based Patient Choice*. Oxford: Oxford University Press.

Garpenby, P, Carlsson, P. 1999. Mot bättre vetande. Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. I: *God vård på lika villkor? - underlag till slutbetänkande. Bilaga 2-6. Bilagor till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation - HSU 2000. SOU 1999:66*. Stockholm: Socialdepartementet.

Garpenby, P, Larsson SA. 1999. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri - en lägesrapport från Östergötland. *CMT-Rapport 1999:3*.

Garpenby P, Götherström U-C, Larsson SA. 2003. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland – en uppföljande studie. *CMT-Rapport 2003:7*.

Hedström, P och Svedberg, R. 1998. *Social mechanisms: An introductory essay. Social Mechanisms: An analytical approach to social theory*. Cambridge University Press: 1-31

Morgan DL. 1998. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research* 8 (3): 362-76.

Rice P, Ezzy D. 1999. *Qualitative research methods: A health focus*. Melbourne: OUP.

Rogers WA. 2002. Evidence-based medicine in practice: limiting or facilitating patient choice? *Health Expectations* (5): 95-103.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* (312): 71-72.

SFS 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Överenskommelse 2002-12-13. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2003. Stockholm: Socialdepartementet & Landstingsförbundet.

BILAGA 1

Missiv bilaga 1

Bakgrund och genomförande av intervjustudie om vårdprogram inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland

När utvecklingen av vårdprogram blev aktuell i slutet av 1990-talet kontaktades CMT av BUP i Östergötland om en utvärdering. Landstinget ställde upp med finansiering och den genomfördes 1999 respektive 2003 då all personal fick besvara enkäter. Vad vi såg då var bl.a. att det fanns en del skillnader i uppfattning mellan yrkesgrupper.

För att förstå mer om varför inställningen till vårdprogram varierar väcktes tanken om en uppföljande intervjuundersökning. Under 2005 tillstyrkte både verksamhetsledningarna inom BUP och Landstinget detta.

Undersökningen ser enligt följande principer:

- Endast öppenvårdsmottagningarna deltar (inga specialenheter) och denna gång endast kliniskt arbetande yrkesgrupper (kuratorer, psykologer och läkare).
- Inga personer i chefsbefattningar deltar och inte heller de som varit involverade i utvecklingen av vårdprogram.
- För att intervjupersonerna ska ha perspektiv på vårdprogramarbetet ska de helst varit anställda i minst 5 år. Personer med olika längd på anställning ska ingå.
- Sammanlagt väljs 2 personer per yrkesgrupp och per 3 länsdelar ut, d.v.s. 18 personer.

Utgångspunkten är att alla länsdelar och yrkesgrupper ska vara representerade. För att klara detta kan personer med kortare anställningstid än 5 år inkluderas. Finns flera personer i yrkesgruppen sker lottdragning.

Exakt hur urvalsgrupperna är sammansatta kan jag inte gå in på eftersom det också finns ett krav på att bevaka intervjupersonernas anonymitet.

I intervjun är frågorna semistrukturerade, d.v.s. de är uppbyggda kring fördefinierade teman, men ger intervjupersonen stort utrymme för egna tankar och åsikter. Frågorna avser följande teman:

- Generella frågor om användning av kunskap inom ditt yrkesområde.
- Utvecklingen av vårdprogram inom BUP i Östergötland
- Innehållet i vårdprogram
- Hur vårdprogrammen har introducerats
- Användningen av vårdprogram

CMT RAPPORTSERIE/CMT DISCUSSION PAPERS

(Reports with titles in English in brackets are only available in Swedish)

- 1986:1 P Carlsson, B Jönsson: Makroekonomisk utvärdering av medicinsk teknologi - En studie av introduktionen av cimetidin för behandling av magsår (Medical technology assessment in a macroeconomic perspective - A study of the introduction of cimetidine for treatment of ulcers)
- 1986:2 L-Å Levin: Betablockerare som profylaktisk behandling efter akut hjärtinfarkt - en samhällsekonomisk analys (Beta-blockers as prophylaxis after acute myocardial infarction - a cost-effectiveness study)
- 1986:3 B Jönsson: Prevention som medicinsk teknologi - hälsoekonomiska aspekter (Prevention as a medical technology - economic aspects)
- 1986:4 B Jönsson: Economic aspects of health care provision - is there a current crisis?
- 1986:5 B Jönsson: The economics of drug regulation
- 1986:6 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av alternativa teknologier för behandling av urinvägskonkrement - uppläggning av studien (Evaluation of alternative technologies for treatment of upper urinary tract calculi - study design)
- 1986:7 S Björk, A Bonair: Att mäta livskvalitet (Quality of life measurements)
- 1986:8 G Karlsson: Samhällsekonomisk utvärdering av käkbensförankrade broar - en förstudie (Economic evaluation of jaw-bone anchored bridges - a pilot study)
- 1986:9 Verksamhetsberättelse 1985/86 och plan för 1986/87
- 1986:10 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av stötvågsbehandling av njursten - Redovisning av ett års verksamhet (Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy treatment for upper urinary tract calculi - The first year experiences)
- 1986:11 B Jönsson: Health Economics in the Nordic Countries: Prospects for the Future
- 1986:12 B Jönsson: Cost Benefit Analysis of Hepatitis-B Vaccination
- 1987:1 P Carlsson, B Jönsson: Assessment of Extracorporeal Lithotripsy in Sweden
- 1987:2 P Carlsson, H Hjertberg, B Jönsson, E Varenhorst: The cost of prostatic cancer in a defined population
- 1987:3 B Jönsson, S Björk, S Hofvendahl, J-E Levin: Quality of Life in Angina Pectoris. A Swedish Randomized Cross-Over Comparison between Transiderm-Nitro and Long-acting Oral Nitrates
- 1987:4 Verksamhetsredovisning 1986/87 och plan för 1987/88
- 1987:5 B Jönsson: Ekonomiska konsekvenser av de nya behandlingsriktlinjerna för hypertoni (Economic consequences of new guidelines of hypertension)
- 1987:6 B Jönsson, G Karlsson: Cost-Benefit of Anesthesia and Intensive Care
- 1987:7 J Persson, L Borgquist & C Debourg: Medicinsk teknik i primärvården. En enkätstudie riktad till vårdcentraler och medicintekniska avdelningar (Medical devices in primary health care)
- 1988:1 J Persson (ed.): Innovation assessment in rehabilitation. Workshop proceedings

- 1988:2 C Debourg, L Borgquist & J Persson: Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp (Aids for disabled and costs related to groups of diagnoses)
- 1988:3 BJönsson, G Karlsson & R Maller: Ekonomisk utvärdering av antibiotika (Economic evaluation of antibiotics)
- 1988:4 Carlsson, P: Stötvågsbehandling av gallsten (ESVL-G) En konsekvensanalys av att införa ESVL-G i den sydöstra sjukvårdsregionen (Extracorporeal shock Wave lithotripsy treatment of biliary stones - A consequence analysis of an introduction of the technology in the south-east health care region)
- 1988:5 Carlsson, P: Extrakorporal stötvågslitotripsi vid behandling av njursten och gallsten (Extracorporeal shock wave lithotripsy in treatment of renal and biliary stones)
- 1988:6 Andersson, F & Gerdtham, U: En studie av sjukvårds- utgifternas bestämningsfaktorer i ett internationellt och nationellt perspektiv (A Study of the Determinants of Health Expenditures in a National and International Perspective)
- 1988:7 Bonair, A: Spridning av medicinsk teknologi - en internationell jämförelse (Diffusion of medical technology - an international comparison)
- 1988:8 Andersson, F, Brodin, H & Stafelt A-M: Kostnader för behandling av akut myeloisk leukemi - En analys av kostnadsvariationer över tiden (The Cost of Treating Acute Myeloid Leukemia - An Intertemporal Cost Analysis)
- 1988:9 Gerdtham, U, Andersson, F, Sögaard, J & Jönsson, B: Econometric analysis of health care expenditures A cross-section study of the OECD-countries
- 1989:1 Persson J: Ethical codes in biomedical and clinical engineering - an international comparison
- 1989:2 Gerdtham U: Läkemedelsförsörjningen i Sverige (The Provision of Pharmaceuticals in Sweden)
- 1989:3 Andersson, F: Effektiv patenntid för nya läkemedelssubstanser registrerade i Sverige 1965-1987 (Effective Patent Life of New Chemical Entities Approved in Sweden between 1965 and 1987)
- 1989:4 Rehnberg, C, Westerberg, I & Carlsson, P: Hälso- och sjukvård i Kanada. En analys av organisation, styrning och finansiering (Health care in Canada - Organisation, Management and Financing)
- 1989:5 Carlsson, P, Pedersen, K, Varenhorst, E: Ekonomisk utvärdering av prostatacancerscreening med dubbelpalpatation - En pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping (Economic evaluation of screening for prostate cancer with digital palpation)
- 1989:6 Falk, J, Haglund, J, Hultberg, T & Persson, J: Blodtrycksmätning i primärvården (Indirect measurement of blood pressure in primary health care)
- 1989:7 Jönsson, B & Karlsson, G: Neonatal intensivvård av barn med mycket låg födelsevikt (Economic aspects of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants)
- 1989:8 Jönsson, B, Horisberger B, Bruguera, M & Matter:L: Cost-benefit analysis of hepatit-B vaccination. A Computerised decision model for Spain
- 1989:9 Jönsson, B: Medicinsk teknologi - utveckling, utnyttjande och utvärdering (Medical technology - development, utilization and assessment)

- 1990:1 Johannesson, M, Borgquist, L, Elenstål, A, Jönsson, B, Tilling, B: Läkemedels- och konsultationskostnad för hypertoni vid en vårdcentral (Hypertension treatment in an out-patient setting: the costs of drugs and physician visits)
- 1990:2 Johannesson, M, Jönsson, B, & Gerdtham, U-G: Kostnads-effektanalys av behandling mot högt blodtryck - en metodstudie (Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues)
- 1990:3 Gerdtham, U-G: Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna (Implications of the changing age structure on the health care costs)
- 1990:4 Jönsson, B: The cost of diabetes and the cost-effectiveness of interventions
- 1990:5 Johannesson, M & Jönsson, B: Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues
- 1990:6 Persson, J, Fagnani, F, Hutton, J, Jorgensen, T & Saranummi, N: Survey of Health Care Systems and Potential of Information Technology
- 1990:7 Johannesson, M, Borgquist, L, Jönsson, B & Råstam, L: Kostnaderna för behandling av hypertoni i Sverige - en analys av olika interventionsgränser och behandlingsmix (The costs of hypertension treatment in Sweden - an analysis of various intervention strategies and mix of treatment)
- 1990:8 Jönsson, B, Brorsson, B, Carlsson, P & Karlsson, G: Assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet. Hälsoekonomiska aspekter. (Artificial fertilization in case of unwanted childlessness - economic aspects)
- 1991:1 Ekberg, K, Lindén, M & Persson, J: Medicinsk teknik och arbetsmiljö. Del I: Effekter på hälsa, vårdkvalitet och säkerhet. Del II: Klinikvis redovisning. (Medical technique and working environment Part I: Effect on health, quality of care and security. Part II: A record of performance on clinic level)
- 1991:2 Garpenby, P: Ny organisation för psykiatrin i Östergötland - en studie av implementering inom ett landsting. (A new organization of psychiatric care in Östergötland - a study of implementation in a County Council)
- 1991:3 Johannesson, M, Hedbrant, J & Jönsson, B: A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention
- 1991:4 Nordenfelt, L: Quality of Life and Health Promotion. Two Essays in the Theory of Health Care
- 1991:5 Carlsson, P, Garpenby, P, Bonair, A: Kan sjukvården styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. (Is control of health care possible? A report on the diffusion and control of medical technology.)
- 1991:6 Brodin, H: Köer till vård - Myt och verklighet. (Queues in health care - myth and reality)
- 1991:7 Carlsson, P, Tiselius, H-G, Borch, K: Some aspects of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal and biliary stone treatment
- 1991:8 Rehnberg, C: Primärvård i privat entreprenad - En sammanfattning av ett års verksamhet i Norrköping. (Primary Care on contract - a summary of the first year in Norrköping)

- 1992:1 Carlsson, P, Jönsson, B, Ahlstrand, C: Prevalence and costs of benign prostatic hyperplasia in Sweden
- 1992:2 Persson, J (ed.): Advancing the role of biomedical engineering in health care technology assessment. Proceedings of a joint session organized by IFMBE (International Federation for Medical and Biological Engineering) and ISTAHC (International Society of Technology Assessment in Health Care), at the ISTAHC Eighth Annual Meeting, Vancouver, June 14-20, 1992
- 1992:3 Jonsson, D, Zethraeus, N, Mansfield, M, Wålinder, J: Hälsoekonomisk analys av klostapinbehandling vid farmakoterapifraktär scizofreni - en pilotstudie
- 1992:4 Bonair, A, Persson J: Innovation and technology transfer in health care. COMETT-ASSESS General Overview
- 1992:5 Carlsson, P, Varenhorst, E, Pedersen, K: Assessment of screening for carcinoma of the prostate - An introduction
- 1992:6 Carlsson, P, Ahlstrand, C, Jönsson, B. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia - Manifestations, complications and costs
- 1992:7 Chowdhury, S, Persson, J. Videophones for Surgeon - Pathologist Consultations: A Pre-implementation Study
- 1993:1 Johannesson M, Jönsson B. Ekonomisk utvärdering av osteoporos prevention
- 1993:2 Carlsson P, Hedbrant J, Pedersen K, Varenhorst E, Gray D. An evaluation of prostate cancer screening using a decision analytic model
- 1993:3 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier - effekter och kostnader. En utvärdering initierad av REDAH-projektet
- 1993:4 Karlsson G. Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYE. Arbetsrapport
- 1994:1 Garpenby P. Introduktion av metoder inom psykiatri i Blekinge, Västmanland och Östergötland - en jämförande studie
- 1994:2 Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården
- 1994:3 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. En jämförelse av två behandlingsstrategier - kiropraktik och sjukgymnastik - vid rygg/nackbesvär
- 1994:4 Lindvall P, Karlsson G. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. En första bild av försöksverksamheten i Katrineholms kommun
- 1994:5 Rahmqvist M, Carlsson P. Ålder och andra faktorerens betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande
- 1994:6 Karlsson G, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande 1990-1992
- 1995:1 Lundh U. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1995:2 Hass U, Karlsson G. Sambandet mellan kostnader för hjälpmedel och andra insatser för personer med funktionsnedsättningar

- 1995:3 Lindvall P, Karlsson G, Rosén I. Primärvårdsförsöket i Katrineholm. En lägesbild av verksamheten utifrån ett personalperspektiv
- 1995:4 Andersson A, Brodin H. Rehabilitering/habilitering av döva och dövblinda med ytterligare funktionsnedsättningar - en ekonomisk pilotstudie
- 1995:5 Karlsson G, Andersson A. Hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning - en hälsoekonomisk analys
- 1995:6 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Brukarinflytande och hjälpmedelsval - betydelse för hjälpmedelsförskrivning, livskvalitet och kostnader
- 1995:7 Karlsson G, Lindvall P, Rosen I. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa utifrån ett befolkningsperspektiv
- 1995:8 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för personer sjukskrivna mer än 30 dagar. En jämförande studie i Östergötland
- 1995:9 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom
- 1995:10 Holmberg H, Carlsson P. Primärvård i privat och offentlig regi - En uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping
- 1995:11 Bäckman K, Jonsson D. Utvärdering av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården (Dagmar 485) i Östergötland åren 1991-1994
- 1995:12 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. Kostnads- och effektanalys av behandling med kiropraktik eller sjukgymnastik vid rygg-/nackbesvär - Uppföljning efter 6 månader
- 1996:1 Varenhorst E, Carlsson P, Hagström I, Holmberg H, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H, Pedersen K, Wägermark J. Sex års erfarenhet med screening för prostatacancer - en pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping
- 1996:2 Ardeby O, Persson J, Borgquist L. Medicinsk teknik i primärvården - utveckling 1986-1995
- 1996:3 Rahmqvist M, Bäckman K. Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenheter av primärvård, sjukhusvård och tandvård
- 1996:4 Garpenby P. Att omsätta psykiatrireformen i handling - en första redovisning från Östergötland
- 1996:5 Konsensusuttalande. God strokevård i Östergötland. Landstinget i Östergötland i samarbete med Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi
- 1996:6 Hass U, Jonsson D. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1994 (LSS 1992/93)
- 1996:7 Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården - en uppföljande studie
- 1996:8 Lindvall P. Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990
- 1996:9 Bäckman K, Brodin H. Äldres färdtjänstutnyttjande - bakgrundsfaktorer med exempel från Norrköping
- 1996:10 Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelsförbrukning

- 1996:11 Ardeby O, Ausmeel H, Persson J. Internet som verktyg för hälso- och sjukvården - handledning och exempel
- 1996:12 Persson J, Brodin H. Prototype tool for assistive technology cost and utility evaluation
- 1996:13 Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya medicinska metoder i vården av prostatacancer. - En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdperioden
- 1997:1 Jonsson D, Husberg M. Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland - Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet
- 1997:2 Jonsson D, Husberg M. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1995 (LSS 1992/93)
- 1997:3 Rahmqvist M, Garpenby P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa - en jämförelse mellan 1993 och 1996
- 1997:4 Larsson SA, Garpenby P, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Perspektiv på utveckling och samverkan
- 1997:5 Garpenby P, Lindvall P. Primärvård under kommunalt huvudmannskap. CMTs analys av försöket i Katrineholm
- 1997:6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland
- 1997:7 Lindvall P. Interna budgetöverenskommelser vid Lasarettet i Motala - Rationell styrning eller mode?
- 1997:8 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på användning av neuroleptika
- 1997:9 Rahmqvist M, Jonsson D. Psykisk ohälsa och vårdutnyttjande i Östergötland 1991 - 1995
- 1998:1 Lundh U, Sandberg J. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1998:2 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier. En utvärdering initierad av REDAH-projektet. Slutrapport mars 1998
- 1998:3 Byrsjö J, Persson J. Information för hälso- och sjukvården vid Internet och CD-ROM - en annoterad förteckning
- 1998:4 Andersson A, Levin L-Å. Sjukvård i hemmet - en litteraturgenomgång
- 1998:5 Sennfält K. Kostnadsnyttoanalys av behandlingar vid kronisk njursvikt. En pilotstudie
- 1998:6 Vimarlund V, Timpka T, Ferraz Nunez J, Jonsson, D. Utvärdering av yrkesrehabilitering
- 1998:7 Jonsson D, Husberg M, Foldemo A. Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatrireformen i Östergötland
- 1998:8 Garpenby P, Larsson SA. Att genomföra psykiatrireformen i vardagen - en uppföljande studie från Östergötland
- 1998:9 Garpenby P, Byrsjö J. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen - en utvärdering

- 1998:10 Ceder M, Garpenby P. Patientinformation avseende bröstcancer och diabetes - en utvärdering
- 1998:11 Öberg B, Funkesson K. En beskrivning av rehabiliteringskedjan mellan kommun och landsting i Östergötland. Patienters, anhörigas och personalens perspektiv
- 1998:12 Lofström L. Riskfaktorer och Resultat inom Hjärtkirurgin - från data till information och åtgärder. En introduktion till litteratur och metoder
- 1999:1 Rahmqvist M, Johansson G. Patienttillfredsställelse i öppen och slutna sjukhusvård i Östergötland 1997
- 1999:2 Hass U, Persson J. Utvärdering av ortoser och ortopedteknisk verksamhet
- 1999:3 Garpenby P, Larsson SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrien – en lägesrapport från Östergötland
- 1999:4 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3
- 1999:5 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 1999:6 Garpenby P, Larsson SA. Hälsoinformation via Internet, bibliotek och patientinformationscentraler – en systematisk litteraturgranskning
- 1999:7 Sennfält K, Carlsson P, Magnusson M. Kostnadsnyttoanalys vid behandling av kronisk njursvikt, med fokus på hemodialys och peritonealdialys
- 1999:8 Rahmqvist M, Lindgren I, Larsson S. Hörselstudien 1998: Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland
- 2000:1 Larsson SA, Schmidt A, Persson J. Dövblindas upplevelser och erfarenheter av projektet ”Nya möjligheter i arbetslivet”. Delprojekt för dövblinda inom EU-projektet Horizon
- 2000:2 Bäckman K, Schmidt A, Carlsson P, Karlsson E. Hjärtsjukdomars samhällskostnader
- 2000:3 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor
- 2000:4 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit och fibromyalgi
- 2000:5 Larsson SA, Jonsson D. Utvärdering av Dagmarmedel i Östergötland 1995-1999
- 2001:1 Lundh U. Äldres hälsa. En studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län
- 2001:2 Hellbom G, Samuelsson K, Jonsson D, Persson J. Instrument för resultatmätning vid hjälpmedelsbaserad rehabilitering
- 2001:3 Bäckman K, Carlsson P, Karlsson E, Schmidt A. Cost of heart disease in Sweden
- 2002:1 Henriksson M, Carlsson P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D
- 2002:2 Götherström U-C, Persson J, Jonsson D. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning
- 2002:3 Rahmqvist M. Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

- 2002:4 Husberg M, Larsson SA, Jonsson D, Persson J. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping
- 2003:1 Roback K, Persson J, Hass U. Spridning och implementering av medicintekniska produkter. Bakgrundsrapport
- 2003:2 Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt
- 2003:3 Götherström U-C, Persson J. Instrumentet IPPA för resultatmätning vid arbetslivsinriktad rehabilitering
- 2003:4 Bernfort L, Nordfeldt S. AD/HD och relaterade tillstånd hos barn och ungdomar. Epidemiologi, behandling och hälsoeffekter i Sverige, Norge och Danmark samt situationen i Östergötland
- 2003:5 Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 2003:6 Henriksson M, Carlsson P. Att läsa och kvalitetsgranska hälsoekonomiska modellstudier
- 2003:7 Garpenby P, Götherström U-C, Larsson, SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland
- 2004:1 Andersson A, Carlsson P, Lundborg M, Gunnarson A. Ohälsans kostnader. Kartläggning av vårdutnyttjande för olika sjukdomsgrupper i Östergötland
- 2004:2 Bernfort L, Persson J. Bredbandstjänster för funktionshindrade - utvärdering av brukarnyttan
- 2004:3 Rahmqvist M. Kvalitet i vården ur patientens perspektiv: Variationer i betyg mellan olika patientgrupper och vårdenheter
- 2004:4 Henriksson M, Lundgren F. Screening för pulsåderbräck i buken - en hälsoekonomisk utvärdering
- 2005:1 Bernfort L, Persson J. Mobil videokommunikation för döva. Utvärdering av brukarnyttan
- 2005:2 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation i vår tid. Östgötarnas användning av nya och gamla informationskällor
- 2005:3 Bernfort L, Nordfeldt S. AD / HD i ett samhällsekonomiskt perspektiv
- 2005:4 Bernfort L, Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar
- 2006:1 Bartha E, Kalman S, Carlsson P. Postoperativ smärtlindring - till vilket pris? En hälsoekonomisk modellanalys av två smärtlindringsmetoder
- 2006:2 Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter. En intervjustudie
- 2006:3 Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården
- 2006:4 Garpenby P. Procedurrättvisa och praktisk prioritering - tre fall från svensk hälso- och sjukvård
- 2006:5 Davidson T, Levin L-Å. Kostnaden för förmaksflimmer i Östergötland

2006:6 Bistoletti P, Sennfalt K. En hälsoekonomisk modellstudie av primärscreening mot livmoderhalscancer med cellprov- och HPV DNA test

2007:1 Garpenby P. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland - en kompletterande intervjustudie

Rapporterna kan beställas från CMT till en kostnad av 150 kronor exklusive moms. Kontakta vår administratör på tel: 013-22 49 90. Vid beställningar av mer än 10 ex ges rabatt.