

Kandidat-speciale
Folkesundhedsvidenskab
Aalborg Universitet



***Samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis
om forebyggelse af alkoholproblemer***

Gruppe 10305:

Camilla Bader Breer

Helene W. Holst-Stensborg

Pernille Paaske Autzen

Vejleder:

Anna Marie Balling Høstgaard

Antal anslag: 251.251

Afleveret den: 01.06.2016

Resumé

Titel: *Samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer.*

Problemfelt: Alkohol er en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Alkoholoverforbrug, der defineres som et forbrug over Sundhedsstyrelsens højriskgrænse, har både menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger og udgør derved et folkesundhedsproblem, der er relevant at forebygge. Ansvaret for forebyggelse er i Danmark delt mellem kommuner og regioner, og forebyggelse af alkoholoverforbrug er således en delt opgave mellem to sektorer i sundhedsvæsenet, der fordrer koordinering af indsatserne i kommuner og almen praksis. Imidlertid er denne koordinering mangelfuld på alkoholområdet, hvorfor der er brug for at optimere samarbejdet, så det sikres, at borgerne tilbydes sammenhængende forebyggelsesforløb med god kvalitet.

Formål: At undersøge, hvordan det tværsektorielle samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer fungerer med henblik på at kunne opstille forandringsforslag, som kan optimere samarbejdet.

Metoder: Med inspiration i virkningsevaluering, udarbejdes en programteori med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for samarbejdet om forebyggelsesforløb. Programteorien bruges som et dynamisk redskab, der medvirker til at udvælge fokuspunkter, der belyser både processen i og effekten af samarbejdet om et forebyggelsesforløb relateret til alkoholproblemer i Aalborg Kommune. Effekten beskrives via en kvantitativ analyse af data registreret af Aalborg Kommunes alkoholrådgiver ved alkoholsamtaler. Processen undersøges via to semistrukturerede interviews med fokus på koordinering af samarbejdet på henholdsvis operationelt og administrativt niveau. Til diskussion af undersøgelsesresultater inddrages Alter og Hages teori om interorganisatoriske netværk, suppleret af forskning af den danske professor, Janne Seemann.

Resultater: På baggrund af kvantitativ analyse og semistrukturerede interviews afdækkes følgende forandringspotentialer:

- Den operationelle koordinering mellem kommunens alkoholrådgiver og praktiserende læger skal styrkes.
- Der skal skabes sammenhæng mellem administrativ og operationel koordinering.
- Det operationelle niveau skal inddrages i dialogmøderne og evaluering af møderne bør foretages.
- Der skal sikres en fyldestgørende dataindsamling ifm. kommunens tilbud om alkoholsamtaler.

Konklusion:

Ud fra de opstillede forandringspotentialer konkluderes det, at følgende forandringsforslag vil kunne optimere samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis:

- Den operationelle koordinering skal styrkes gennem øget informationsudveksling mellem kommunens alkoholrådgiver og praktiserende læger vha. mulighed for elektronisk henvisning til alkoholsamtaler og systematisk brug af tilbagemeldinger fra alkoholrådgiveren til almen praksis om borgernes samtaleforløb
- Afholdelse af dialogmøde omkring alkohol, hvor både det operationelle og administrative niveau inviteres mhp. at øge fokus på alkoholforebyggelse, styrke den operationelle koordinering og skabe sammenhæng mellem administrativ og operationel koordinering.
- Systematisk indsamling af data omkring borgerne, der henvender sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler.

Nøgleord: alkoholoverforbrug, forebyggelsesforløb, tværsektorielt samarbejde, interorganisatoriske netværk

Abstract

Title: *Collaboration between 'Aalborg Kommune' and general practitioners in preventing alcohol-related problems.*

Background: Alcohol is one of the individual factors, which has the greatest influence on public health in Denmark. A high consumption of alcohol has both human and economic costs and prevention of this public health problem is therefore appropriate. In Denmark preventing alcohol-related problems is a shared task between municipalities and regions, thus a cross-sectoral task. Coordination between services in municipalities and regions is therefore necessary. The coordination of services related to alcohol is however today inadequate and optimizing the cooperation between the municipality and the general practitioners is needed in accordance to providing the citizens integrated alcohol prevention services.

Aim: To investigate how the cross-sectoral collaboration between the municipality of Aalborg and general practice in preventing alcohol problems works, in order to establish proposals in order to optimize the collaboration.

Methods: The quantitative analysis of data recorded by the alcohol counselor at the municipality health center describes the effect of the collaboration. The qualitative analysis includes two semistructured interviews focusing on coordination of the collaboration in the municipal sector. The discussion of the results includes Alter and Hage's theory of inter-organizational networks, supplemented by research by the Danish professor Janne Seemann.

Results: Based on the results of the quantitative analysis and the two semistructured interviews the following potential changes are identified:

- The operational coordination between the municipal alcohol counselor and practitioners should be strengthened.
- Coherence between administrative and operational coordination in the municipality is needed.
- The operational level must be involved in dialogue meetings, and the meetings should be evaluated.
- An adequate collection of data concerning the prevention services in the municipality must be ensured.

Conclusion: On basis of the potential changes identified, following proposals to optimize the collaboration between the municipality of Aalborg and general practice are presented:

- The operational coordination must be strengthened through increased exchange of information, between the municipal alcohol counselor and general practitioners should be strengthened. This could be done through the introduction of an electronic reference solution, and a systematic use of feedback to general practice from the municipal alcohol counselor.
- Organisation of a dialogue meeting about alcohol, where both the operational and administrative level are invited in order to raise attention to preventing alcohol-overconsumption, strengthening til operational coordination and creating coherence between the administrative and operational coordination.
- A systematic collection of data about the citizens participating in the alcohol-prevention service in the municipality of Aalborg.

Key words: alcohol overconsumption, prevention services, intersectoral collaboration, interorganisational network

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden 1. februar til 1. juni 2016 på 4. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.

Rammen for specialet har fokus på forandring af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Ud fra denne ramme beskæftiger dette speciale sig med samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer, og udmunder i forandringsforslag, der skal styrke dette samarbejde.

Der rettes en særlig tak til specialets vejleder, Anna Marie Balling Høstgaard, for godt samarbejde samt kyndig og engageret vejledning gennem hele specialeperioden samt til bibliotekar, Mette Buje Grundsøe, for inspirerende vejledning omkring litteratursøgningsprocessen.

Desuden rettes der en tak til informanterne fra Aalborg Kommune for velvilligt at stille op til specialets interviews.

Aalborg, 1.juni 2016

Helene W. Holst-Stensborg

Pernille Paaske Autzen

Camilla Bader Breer

Indholdsfortegnelse

1	Initierende problem	5
2	Problemanalyse	7
2.1	Alkoholoverforbrug - et folkesundhedsproblem.....	7
2.1.1	Samfundsøkonomiske konsekvenser	8
2.2	Forebyggelse af alkoholoverforbrug	9
2.3	Det danske sundhedsvæsen	10
2.4	Organisering af forebyggelse af alkoholproblemer.....	11
2.5	Koordinering mellem almen praksis og kommuner	12
2.5.1	Kommunale praksiskonsulenter	14
2.5.2	Kommunalt lægeligt udvalg (KLU)	15
2.6	Sundhedsstyrelsens oplæg til samarbejde på forebyggelsesområdet.....	16
2.7	Sundhedsstyrelsens model for samarbejde	17
2.7.1	Afdækning af forebyggelsesbehov	17
2.7.2	Hvem skal have et forebyggelsestilbud.....	18
2.7.3	Hvilke forebyggelsestilbud er der	19
2.7.4	Sundheds- og forebyggelsesportalen (SOFT) på Sundhed.dk.....	20
2.7.5	Henvi sning til kommunalt tilbud	21
2.7.6	Afslutning af forebyggelsesforløbet	22
3	Problemafgrænsning	23
4	Præsentation af Aalborg Kommune som case	25
4.1	Aalborg Kommune.....	25
4.2	Sundhedsaftalerne	26
4.3	Kommunalt Lægeligt Udvalg og praksiskonsulent.....	26
4.4	Almen praksis i Aalborg Kommune.....	27
4.5	Organisering af forebyggelsesindsatsen i Aalborg Kommune.....	27
4.5.1	Tilbud om alkoholsamtaler	28
5	Problemformulering	30
6	Videnskabsteori	31
6.1	Forforståelse	32
7	Teori	34
7.1	C. Alter og J. Hage: interorganisatoriske netværk.....	34

7.1.1	Typologi af interorganisatoriske netværksformer	35
7.1.2	Koordinering	38
7.2	Janne Seemann: interorganisatoriske perspektiver i det danske sundhedsvæsen	39
7.2.1	Centrale elementer i et godt og konstruktivt samarbejde	40
7.2.2	Tillid	41
8	Specialets metode	43
8.1	Virkningsevaluering	43
8.1.1	Programteori	44
8.1.2	Køreplan for virkningsevaluering.....	45
8.2	Litteratursøgning	50
8.2.1	Indledende søgninger til problemanalysen	50
8.2.2	Systematisk søgning efter litteratur til specialets problemfelt	51
8.2.3	Opbygning af den systematiske søgning	52
8.2.4	Resultat af søgning	54
8.2.5	Vurdering af artikler	56
8.3	Kvantitativ metode	58
8.3.1	Kvalitetskrav ved den kvantitative metode	59
8.3.2	Data	59
8.3.3	Klargøring af data	60
8.3.4	Fremgangsmåde for analyse af variabler	61
8.4	Kvalitativ metode.....	63
8.4.1	Kvalitetskrav ved den kvalitative metode	64
8.4.2	Det kvalitative forskningsinterview	65
8.4.3	Det semistrukturerede interview	66
8.4.4	Opbygning af interviewguiden	68
8.4.5	Udførelse af interviews.....	70
8.4.6	Transskribering	71
8.4.7	Analyse og fortolkning	71
8.4.8	Etiske overvejelser	74
9	Analyse og resultater	76
9.1	Kvantitativ analyse.....	76
9.1.1	Resultater	77
9.1.2	Opsummering	81

9.1.3	Forandringspotentialer	82
9.2	Kvalitativ analyse	83
9.2.1	Analyse af interview 1 - Aalborg Kommunes alkoholrådgiver.....	84
9.2.2	Opsummering	91
9.2.3	Forandringspotentialer	91
9.2.4	Analyse og resultater af interview 2 - konsulenter ved Sundhedsstrategisk Team, Aalborg Kommune	92
9.2.5	Opsummering	97
9.2.6	Forandringspotentialer	99
9.3	Samling af de afdækkede forandringspotentialer	100
10	Diskussion	101
10.1	Diskussion af specialets anvendte metoder	101
10.1.1	Virkningsevaluering	101
10.1.2	Litteratursøgning	102
10.1.3	Kvantitativ metode	104
10.1.4	Kvalitativ metode.....	105
10.1.5	Hermeneutisk tilgang	107
10.1.6	Teori.....	108
10.2	Diskussion af specialets resultater	109
10.2.1	Styrke den operationelle koordinering mellem alkoholrådgiveren og de praktiserende læger .	110
10.2.2	Dialogmøder som forum for administrativ og operationel koordinering	116
10.2.3	Optimere indsamling af data om alkoholsamtaler	120
10.3	Implementering og evaluering af specialets forandringsforslag	122
10.3.1	Forandringsforslag 1	122
10.3.2	Forandringsforslag 2	123
10.3.3	Forandringsforslag 3	127
11	Konklusion	130
12	Referenceliste.....	132

1 Initierende problem

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark (1). *Den Nationale Sundhedsprofil 2013* viser, at 10,3% af mænd og 6,8% af kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse¹ og dermed har en høj risiko for at blive syge af deres alkoholforbrug (3). Et højt alkoholforbrug er relateret til over 60 forskellige sygdomme, og årligt dør ca. 3000 danskere som følge af alkoholforbrug, hvilket svarer til 5% af alle dødsfald (1,4). Samfundsøkonomisk estimeres de samlede omkostninger af alkoholoverforbrug i Danmark at beløbe sig til ca. 13 mia. kr. på årsbasis (5).

Alkoholoverforbrug, der defineres som et forbrug over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, har således både menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger. Det udgør derved et folkesundhedsproblem, som er relevant at forebygge.

Med kommunalreformen i 2007 blev ansvaret for forebyggelse delt mellem kommuner og regioner, og forebyggelse af alkoholoverforbrug er derfor i dag en delt opgave mellem to sektorer. På sundhedsområdet var hovedtanken med reformen at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen, og det blev derfor et lovkrav, at kommuner og regioner indgår fælles sundhedsaftaler mhp. at styrke koordineringen mellem de to sektorer. Forebyggelse indgår som et obligatorisk punkt i disse sundhedsaftaler, hvilket skal sikre, at borgerne tilbydes sammenhængende forebyggelsesforløb med god kvalitet (6).

Med hensyn til forebyggelse af alkoholoverforbrug anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne bl.a. tilbyder rådgivende samtaler til borgere med alkoholoverforbrug, og opbygger differentierede alkoholbehandlingstilbud. Almen praksis anbefales at screene patienter systematisk for alkoholoverforbrug mhp. at kunne tilbyde rådgivning eller henvisning til kommunale tilbud til de, der har et overforbrug (2,7). I rapporten *"Samarbejde om forebyggelse – anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner"* giver Sundhedsstyrelsen desuden konkrete retningslinier for, hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne omkring forebyggelse kan varetages (8).

En evaluering af kommunalreformen viser imidlertid, at der til trods for sundhedsaftalerne fortsat er behov for at styrke koordinationen af forebyggelsesforløb mellem de to sektorer – særligt mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen (6), s. 23). Et studieprojekt, indeholdende fokusgruppeinterview med alment praktiserende læger omkring opsporing af alkoholoverforbrug, viser desuden, at de interviewede læger giver udtryk for, at de savner henvisningsmuligheder for de patienter, der opspores, og at de af den grund kan være

¹ Højest 14 genstande pr/uge for kvinder og højest 21 genstande pr/uge for mænd (2)

tilbageholdende med at opspore alkoholoverforbrug (9). Dette indikerer, at der enten ikke er opbygget de nødvendige tilbud i kommunerne, eller at lægerne ikke har et tilstrækkeligt kendskab til de kommunale forebyggelsestilbud. Sidstnævnte understøttes af en undersøgelse fra 2014, som viser, at praktiserende læger mangler viden generelt om de kommunale sundhedstilbud, og derfor ikke henviser deres patienter dertil (10). Til trods for klare retningslinier fra Sundhedsstyrelsen omkring samarbejdet mellem kommuner og almen praksis på forebyggelsesområdet er der således stadig et mangelfuldt samarbejde mellem de to sektorer, hvilket hindrer sammenhængende forebyggelsesforløb og dermed i sidste ende kan bevirke, at alkoholoverforbrug ikke forebygges i nødvendig grad. Det er derfor relevant at undersøge nærmere, hvordan det tværsektorielle samarbejde omkring forebyggelse fungerer, og hvordan det kan forandres, så forebyggelse af alkoholoverforbrug optimeres.

2 Problemanalyse

Problemanalysen er en indledende undersøgelse og afgrænsning af problemstillingen omhandlende det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse af alkoholoverforbrug, og indeholder beskrivelser og analyser af relevante aspekter heraf.

På baggrund af problemanalysen udledes problemformuleringen, som danner ramme for den efterfølgende problembearbejdning.

2.1 Alkoholoverforbrug - et folkesundhedsproblem

Danskernes alkoholforbrug betegnes generelt som højt og lå i 2012 i gennemsnit på ca. 10 liter ren alkohol pr. indbygger (11), s. 13). Alkoholturen i Danmark beskrives ofte som liberal, og en dansk kvalitativ undersøgelse, omhandlende kulturelle normer for alkoholforbrug i Danmark, viser, at forbrug af alkohol både er accepteret, men også forventet i mange sociale sammenhænge. Alkoholindtag forbindes med det "at være dansk", dvs. som en normal adfærd, hvorimod det, at man ikke drikker alkohol, betragtes som unormalt (12). Alkohol er ofte en del af sociale situationer, og det at dele alkohol er med til at skabe tilhørsforhold til sociale grupper, ligesom det kan virke ekskluderende at takke nej til alkohol i sociale sammenhænge. Der er således et kulturelt pres i Danmark for at drikke alkohol i sociale sammenhænge, hvilket kan være en medvirkende faktor til danskernes høje alkoholforbrug (12).

Den Nationale Sundhedsprofil 2013 viser, at 10,3% af mænd og 6,8% af kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, som lyder på 21 ugentlige genstande for mænd og 14 for kvinder (2). Højrisikogrænsen afspejler Sundhedsstyrelsens (SST) vurdering af, hvornår et forbrug indebærer en høj risiko for at udvikle sygdom, og der er således en betydelig del af den voksne danske befolkning, der har en høj risiko for at blive syge af deres alkoholforbrug (3,13). Alkohol vurderes til at være en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark, og i en publikation af Statens Institut for Folkesundhed, "Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark", fremhæves, at danskere, der drikker over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, i gennemsnit dør 4-5 år tidligere end de, der drikker under højrisikogrænsen(1).

Alkohol har en kausal sammenhæng med mere end 60 forskellige medicinske tilstande, og der er en dosis-respons-sammenhæng, hvor en stigende mængde af indtaget alkohol medfører en øget risiko for sygdomme, herunder visse former for kræft, epilepsi, alkoholafhængighed, forhøjet blodtryk, hjerneblødning og levercirrose (4,14). Sammenhængen mellem alkohol og sygdom er dog kompleks, og der har i mange år i

litteraturen været konsensus om, at et moderat forbrug af alkohol har en beskyttende effekt i forhold til koronare hjertelidelser (4,15,16). Imidlertid er der inden for de senere år sat spørgsmålstegn ved dette, fordi studier har påvist, at den fundne effekt er opstået på baggrund af systematisk fejl i klassificeringen af afholdende fra alkohol (16-18). SST skriver derfor i anbefalingerne for alkoholforbrug, at intet alkoholforbrug er risikofrit for helbredet (13,19).

Et alkoholoverforbrug er imidlertid ikke kun en risikofaktor for den enkeltes sundhed, men har også konsekvenser for dennes familie og samfundet, hvorfor alkoholoverforbrug kan betegnes som et folkesundhedsproblem.

2.1.1 Samfundsøkonomiske konsekvenser

En rapport fra 2014, udarbejdet af KORA² og TrygFonden, belyser, hvordan alkoholoverforbrug er forbundet med store samfundsmæssige omkostninger. Disse omfatter blandt andet udgifter til sundhedsydelse, færdselsulykker, kriminalitet, social bistand, information og forebyggelse samt produktionst (5).

Alkoholoverforbrug deles traditionelt op i 3 faser (2):

1. **alkoholstorforbrug**, der defineres som et forbrug over SST's højrisikogrænse, som endnu ikke har medført helbredsskader eller afhængighed
2. **skadeligt alkoholforbrug**, som er kendetegnet ved et forbrug, der har medført helbredsskade
3. **alkoholafhængighed**, som er et forbrug, der indtager en dominerende plads i hverdagen

I 2008 estimeredes det, at 860.000 danskere havde et storforbrug af alkohol, mens 585.000 havde et skadeligt alkoholforbrug, og 140.000 var afhængige af alkohol (1,20).

I KORA's rapport estimeres det, at samfundsomkostningerne ved overforbrug beløber sig til 13 mia. kr. på årsbasis, hvilket KORA selv formoder er en under-estimering af de reelle samfundsøkonomiske omkostninger, da analysen kun tager udgangspunkt i de 50.000 mennesker i Danmark, som enten har haft en alkoholrelateret indlæggelse eller har været i behandling for et overforbrug af alkohol. Dermed tager analysen kun udgangspunkt i de personer, som det offentlige har kendskab til, selv om det, som nævnt, skønnes, at der reelt er omkring 140.000 danskere, som er alkoholafhængige (5).

KORAs rapport indregner således heller ikke de personer, der har et storforbrug eller et skadeligt forbrug uden at søge behandling for dette. Rapporten: "*Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark*" (1) viser, at personer

² KORA: Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

med et alkoholoverforbrug samlet set har mere end 150.000 ekstra kontakter til deres alment praktiserende læge samt 32.500 ekstra sygefraværsdage årligt. Da disse kontakter til lægen og sygefraværsdage ikke nødvendigvis registreres som alkoholrelaterede, indgår de heller ikke i KORAS beregninger af de samlede samfundsomkostninger. De samlede samfundsøkonomiske omkostninger vedrørende alkoholoverforbrug formodes derfor at være væsentligt større (1),s. 107) (5).

Alkoholoverforbrug er således en af de enkeltfaktorer, der har størst betydning for folkesundheden i Danmark og er forbundet med store samfundsøkonomiske omkostninger, hvorfor der er grund til at lave forebyggelsesindsatser på alkoholområdet. I det følgende belyses derfor forebyggelse af alkoholoverforbrug i en dansk kontekst.

2.2 Forebyggelse af alkoholoverforbrug

Alkohol betegnes som en af de såkaldte KRAM-faktorer, som står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Disse faktorer benævnes ofte også livsstilsfaktorer som følge af, at de er faktorer i et almindeligt hverdagsliv og en del af den livsstil, den enkelte person fører (21).

Forebyggelse på alkoholområdet har dog ikke haft den samme bevågenhed i hverken kommuner eller almen praksis som de øvrige KRAM-faktorer på trods af, at alkohol, som tidligere nævnt er en af de enkeltfaktorer, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark. Ifølge SST er alkohol historisk set den KRAM-faktor, som kommunerne har fokuseret mindst på, lige som det fremgår af den kliniske rapport: "*Spørg til alkoholvaner*", at alkohol har en lille plads i det diagnostiske arbejde i almen praksis (2,21). Af *Den nationale sundhedsprofil 2013* fremgår det da også, at kun 17% af mænd og 7% af kvinder med et alkoholoverforbrug er blevet rådgivet af egen læge om at nedsætte forbruget, mens det på rygeområdet er 38% af mandlige rygere og 33% af kvindelige rygere, der er blevet rådgivet om at stoppe med at ryge (3). Alkoholforebyggelse har således været underprioriteret ift. de øvrige KRAM-faktorer, hvorfor dette er endnu et argument for at belyse alkoholforebyggelse i specialet.

Som tidligere nævnt inddeles alkoholoverforbrug i *alkoholstorforbrug*, *skadeligt alkoholforbrug* og *alkoholafhængighed*. De 3 faser afspejler en graduering i sværhedsgraden af forbruget ud fra, hvor alvorligt overforbruget er, og hvor stor en indsats der kræves for at nedsætte det. Det er dermed lettest at nedsætte forbruget i den fase, som kaldes *alkoholstorforbrug* (2). Med 860.000 danskere, der har et alkoholstorforbrug, rummer denne fase et stort forebyggelsespotentiale især set i lyset af, at det i denne fase er lettest at påvirke

forbruget. Fokus i specialet afgrænses derfor til forebyggelse i form af opsporing af og indsatser mod alkoholstorforbrug.

Forebyggelse opdeles almindeligvis i primær, sekundær og tertiær forebyggelse:

- **Primær forebyggelse:** handler om at hindre, at sygdom opstår
- **Sekundær forebyggelse:** handler om at hindre, at sygdom udvikler sig
- **Tertiær forebyggelse:** handler om at hindre, at sygdom får alvorlige følger

(22) s.19).

I relation til alkohol kan opsporing af og indsats mod alkoholstorforbrug således betragtes som primær forebyggelse af alkoholskader og afhængighed. Alkoholskader og afhængighed omtales i litteraturen ofte også som *alkoholproblemer*, og fremadrettet i specialet vil primær forebyggelse af alkoholskader og afhængighed derfor benævnes: **forebyggelse af alkoholproblemer** (2).

I Danmark er forebyggelse af alkoholproblemer en delt opgave mellem kommuner og regioner. Med henblik på at kunne belyse implikationen af dette, præsenteres opbygningen af det danske sundhedsvæsen og opgavefordelingen mellem de sektorer, der er relevante for forebyggelse af alkoholproblemer, i det følgende afsnit.

2.3 Det danske sundhedsvæsen

Danmark er administrativt og politisk inddelt i tre sektorer: Staten, regionerne og kommunerne (23). Det danske sundhedsvæsen betegnes som et Beveridge-system³, og er overordnet set delt i 3 aktører, som administrativt er organiseret i forskellige sektorer (22,26) s. 145-46):

- **Sygehusene**, der ejes og styres af regionerne og finansieres af staten og kommunerne.
- **Praksissektoren**, der finansieres med skattemidler, og omfatter en række privatpraktiserende ydere, hvoraf **almen praksis** er den relevante aktør i relation til forebyggelse af alkohol. Praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, som honoreres gennem en kombination af per capita betaling⁴ og ydelseshonorering (24), s. 248-9). Honoreringen er fastlagt gennem

³ Primært offentlige systemer baseret på den generelle beskatning, og præget af universel adgang og temmelig stærk stats regulerende indflydelse (24,25), s. 135)

⁴ Per capita er aflønning af almen praktiserende læger med et fast årligt beløb pr tilmeldt borger (24), s. 35).

overenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og regionerne, og finansieres af staten og kommunerne, men administreres af regionerne.

- **Kommunernes** sundhedsindsatser, der varetages af offentligt ansatte. Indsatserne styres og finansieres af kommunerne.

Denne fragmenterede struktur indebærer udfordringer i forhold til at koordinere sundhedsindsatserne på tværs af sektorerne, så fx forebyggelsesforløb bliver sammenhængende for borgeren og af høj kvalitet (6,27). Ifølge et dansk studie, der sammenligner det danske og det svenske sundhedsvæsen i forhold til, hvordan indsatser koordineres på tværs af sektorer, kan det danske sundhedsvæsen beskrives som et komplekst system, der fordrer en høj grad af koordination mellem aktørerne (24,25), s. 135)

I relation til forebyggelse af alkoholproblemer er det derfor relevant at belyse, hvorledes opgaven lovgivningsmæssigt er organiseret i sundhedsvæsenet med henblik på at kunne forstå kompleksiteten i den koordination, der er nødvendig for at skabe sammenhængende forebyggelsesforløb.

2.4 Organisering af forebyggelse af alkoholproblemer

Forebyggelse af alkoholproblemer er i dag både en opgave for kommunerne og for regionerne – herunder sygehuse og almen praksis. Lovgivningsmæssigt er forebyggelsesopgaven bekendtgjort i Sundhedsloven, §119 (28):

§ 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne (28,29)

Via Sundhedsloven har kommunerne således hovedansvaret for forebyggelse af alkoholproblemer. Det er dog ikke ekspliciteret i Sundhedsloven, hvad forebyggelsen skal bestå i, og opgaven varetages derfor forskelligt fra kommune til kommune. Med sundhedsloven indførtes en ny skelnen mellem forskellige former for forebyggelse: borgerrettet og patientrettet forebyggelse, hvor den borgerrettede forebyggelse er et kommunalt ansvar, mens den patientrettede forebyggelse er et delt ansvarsområde mellem kommuner og regioner (26), s. 186) (28). Ifølge Vallgård og Krasnik er borgerrettet forebyggelse det samme som primær forebyggelse, mens den patientrettede oftest er sekundær eller tertiær forebyggelse, men begreberne er ikke

konsistente, og det er uklart, hvorvidt de primært dækker over målgruppen eller indsatsens karakter. Begge slags forebyggelse foregår da også både i kommunalt og regionalt regi (26), s. 186-87). I relation til forebyggelse af alkoholproblemer er der således ikke en helt klar rollefordeling mellem kommuner og regioner, men kommunerne har hovedansvaret for at etablere forebyggende tilbud.

Almen praksis spiller dog stadig en betydelig rolle i den primære forebyggelse af alkoholproblemer, da almen praksis ofte betragtes som indgangen til et sammenhængende sundhedsvæsen, fordi alle danskere har fri adgang til en privatpraktiserende læge. Almen praksis har derfor en nøgleposition i forhold til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen ved at kunne henvise til sundhedsydelse på sygehuse eller i kommuner (25,27,30). I forbindelse med forebyggelse af alkoholproblemer spiller almen praksis derfor også en central rolle i en styrket indsats over for alkoholproblemer, da 85 % af befolkningen årligt er i kontakt med deres praktiserende læge (2,30). De praktiserende læger har derfor en unik position i forhold til at kunne opspore alkoholoverforbrug blandt deres patienter og eventuelt henvise videre til et kommunalt forebyggelsestilbud.

Med kommunernes ansvar for etablering af forebyggende tilbud på alkoholområdet og almen praksis' position som indgang til sundhedsvæsenet og med en kontakt til 85% af befolkningen årligt, er det nødvendigt at disse to aktører samarbejder om forebyggelse af alkoholproblemer, hvis borgerne skal kunne tilbydes sammenhængende forebyggelsesforløb.

Fokus i specialet afgrænses derfor til samarbejdet mellem kommuner og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer.

2.5 Koordinering mellem almen praksis og kommuner

Når forebyggelse af alkoholproblemer er en delt opgave mellem almen praksis og kommunerne, fordrer et sammenhængende forløb koordinering af indsatserne i de to sektorer. Denne koordinering er imidlertid udfordret af en øget arbejdsdeling og en stigende organisatorisk kompleksitet i det danske sundhedsvæsen (31).

Den danske professor Janne Seemann (Seemann)⁵ belyser, at den organisatoriske kompleksitet og det stigende behov for tværgående kommunikation og samarbejde gør det nødvendigt at anlægge et interorganisatorisk perspektiv på sundhedsvæsenet, der sætter fokus på, hvad der foregår mellem eller på tværs af organisationer i det danske sundhedsvæsen. Seemann beskriver det således:

⁵ Janne Seemann er professor ved Institut for Sociologi og Socialt arbejde ved Aalborg Universitet

“Organisationerne skal lære at koordinere i forhold til andre organisationer. Organisationerne kan ikke længere tænke i egen intern logik...[...] interorganisatoriske netværk, der kobler viden på en konstruktiv måde, er derfor blevet uhyre væsentlige, specielt i tilfælde hvor opgaverne er komplicerede som i sundhedsvæsenet” (32), s. 90)

I en rapport fra KORA omhandlende ledelse af samarbejdet på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, pointeres det, at netop netværkstankegangen, som Seemann beskriver i ovenstående citat, i stigende grad anses for at være central i koordineringen og produktionen af offentlige velfærd og services, hvorfor den således også er relevant i belysningen af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis omkring alkoholforebyggelse (31), s.18).

Seemanns perspektiv på interorganisatoriske netværk tager afsæt i Catherine Alter og Jerald Hages (Alter og Hage) teori om interorganisatoriske netværk, *The Interorganisational Network Theory* (33). Denne teori anvendes i flere danske studier til at analysere de lovgivningsmæssige tiltag, der skal koordinere indsatserne i sundhedsvæsenet(25,34) og i teorien skelnes mellem koordinationsprocesser på administrativt og operationelt niveau. Det administrative niveau defineres som tværinstitutionel koordinering, som sker på ledelses- eller administrations-niveau, og operationelt niveau som den koordineringsaktivitet, der sker mellem frontpersonale. Et andet aspekt af teorien, der anvendes til at vurdere koordinerings-mekanismerne er, at kompleksiteten i sundhedsvæsenets opbygning medfører en nødvendighed for koordinerings-mekanismer i sundhedsvæsenet, der giver en høj grad af feedback til de implicerede aktører (25,33,34).

Kompleksiteten i sundhedsvæsenet søges bl.a. imødekommet via Sundhedsloven, som sætter rammen for forskellige koordineringsmekanismer med dét formål at realisere en sammenhæng mellem sundhedsvæsenets aktører og deres ydelser(35)

I Sundhedsloven stilles der krav til, at kommuner og regioner indgår sundhedsaftaler om samarbejde og koordination af opgaver på sundhedsområdet, som går på tværs af sektor- og myndighedsgrænser. Sundhedsaftalerne er politiske og administrative aftaler, som skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatser og patientforløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. De skal som minimum omfatte seks obligatoriske indsatsområder, hvor forebyggelse og sundhedsfremme er et af dem, og aftalerne udgør således det grundlæggende fundament for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer (6).

Sundhedsaftalerne indgås mellem regionsråd (der repræsenterer sygehuse og almen praksis) og kommunalbestyrelser i hver region, og skal udarbejdes minimum én gang for hver kommunale valgperiode. De

forhandles i de såkaldte *Sundhedskoordinationsudvalg*, der er sammensat af repræsentanter fra kommuner, regioner og almen praksis i regionen, og godkendes efterfølgende af SST ((36) (37,38).

Et dansk studie, der undersøger sundhedsaftalerne som et redskab til koordinering af social- og sundhedsydelse, vurderer, at de er velegnede til at formalisere koordinering på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Det vurderes, at de fungerer både som politisk aftale, der sætter rammen for den fælles sundhedsplanlægning mellem de administrative niveauer, og samtidig som struktur for den praktiske koordinering mellem sundhedsudbydere. Til gengæld pointerer det samme studie, at der er en risiko for, at koordineringen på det administrative plan ikke fundamentalt ændrer på, hvordan frontpersonale samarbejder med andre professionelle. (34). I relation til forebyggelse af alkoholproblemer sætter studiet således spørgsmålstejn ved, hvorvidt sundhedsaftalerne skaber koordinering på det operationelle plan mellem alment praktiserende læger og kommunernes alkoholrådgivere. Studiet pointerer, at sundhedsaftalerne i høj grad er udtryk for koordinering på det administrative plan, som har skabt en dialog mellem kommuner og regioner i forhold til, hvordan samarbejdet skal forløbe, men at det er frontpersonalets arbejde og indsats, der skaber den egentlige koordinering, hvorfor netop koordineringen på det operationelle plan er essentiel for sammenhængende forebyggelsesforløb (34). Denne problematik fremgår da også af en evaluering af kommunalreformen, hvori det vurderes, at en af svaghederne ved sundhedsaftalerne er, at det er en udfordring at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led, hvilket på alkoholområdet drejer sig om alment praktiserende læger og kommunale alkoholrådgivere (6). Når sundhedsaftalerne, som beskrevet i ovenstående afsnit, hovedsageligt giver en ramme for den administrative koordinering, er der brug for andre tiltag, der kan bidrage til den operationelle koordinering mellem almen praksis og kommuner med henblik på at skabe sammenhængende forebyggelsesforløb .

Kommunale praksiskonsulenter er et eksempel på en samarbejdsfunktion, som teoretisk set kan bidrage med feedback i forhold til samarbejdet omkring forebyggelse af alkoholproblemer til såvel kommunens alkoholrådgivere som til de praktiserende læger, og derigennem styrke den operationelle koordinering af forebyggelse af alkoholproblemer (25).

2.5.1 Kommunale praksiskonsulenter

I forbindelse med Kommunalreformen blev stillinger som kommunale praksiskonsulenter oprettet i mange kommuner med henblik på at facilitere samarbejdet mellem kommuner og almen praksis(39).

Den kommunale praksiskonsulent er en praktiserende læge, der ansættes i kommunen et antal timer om måneden for at agere bindeled mellem kommunen og de øvrige praktiserende læger på områder, hvor der er et tæt samarbejde og et behov for koordinering og udveksling af information. Praksiskonsulenten beskæftiger

sig med organisatoriske spørgsmål i samarbejdet, og fungerer ofte som sparringspartner for kommunens ansatte. Den kommunale praksiskonsulent kan således varetage alsidige arbejdsopgaver, som fx at medvirke i tilrettelæggelse af kommunale forebyggelsestilbud samt formidle information til almen praksis om ændringer og nyskabelse i forebyggelsestilbuddene (8,39).

Imidlertid er det en begrænsning for funktionen, at der er meget stor variation i, hvor mange timer de enkelte praksiskonsulenter er ansat til at varetage denne funktion, og hvilke opgaver de varetager. Af KL og PLO's⁶ fælles kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning fremgår det, at 76 % af kommunerne i 2011 havde ansat en praksiskonsulent, og at denne typisk arbejdede mellem én time og én dag pr. uge. At hovedparten af praksiskonsulenterne er ansat ganske få timer om ugen sætter, ifølge kortlægningen, begrænsninger for, hvad der kan forventes af ordningen (39).

En anden organisatorisk instans, der skal fungere som bindeled mellem almen praksis og kommunerne er det kommunalt lægelige udvalg.

2.5.2 Kommunalt lægeligt udvalg (KLU)

Ifølge overenskomst om almen praksis skal der i alle kommuner nedsættes et Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU). Udvalget skal bidrage til, at praktiserende læger og kommunerne får en styrket dialog og et mere integreret samarbejde om de opgaver, der i dag er fælles for kommunernes og lægernes indsats på sundhedsområdet. Udvalget består af to lægelige medlemmer samt repræsentanter for den pågældende kommune, og der afholdes møder minimum 2 gange om året. De deltagende praktiserende læger aflønnes af kommunen for deltagelse i møderne (8,40).

KLU kan være et relevant forum for koordinering af almen praksis' og kommunernes indsatser i alkoholforebyggelsen, da udvalget kan udarbejde vejledende retningslinier for den fremtidige procedure inden for relevante samarbejdsområder med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte borger optimeres (8). Disse retningslinier er imidlertid kun vejledende, og da medlemmerne i KLU ikke har formelt mandat til at repræsentere de øvrige praktiserende læger, indebærer KLU den samme svaghed som praksiskonsulenterne – at det er op til den enkelte praktiserende læge, hvorvidt vedkommende følger retningslinierne og i det hele taget er opmærksomme på dem. KLU er således også kun koordinering på administrativt niveau og bidrager dermed heller ikke til den operationelle koordinering af forebyggelsesforløb på alkoholområdet mellem de praktiserende læger og kommunernes alkoholrådgivere.

⁶ KL: Kommunernes Landsforening, PLO: Praktiserende Lægers Organisation

SST udgav i 2014 publikationen: *“Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner”*, hvori der gives konkrete anbefalinger til samarbejdet mellem almen praksis og kommuner om sammenhængende forebyggelsesforløb relateret til livsstilsfaktorer (8). Denne publikation er et eksempel på anbefalinger, der kan understøtte den operationelle koordinering af forebyggelsesforløb, og belyses derfor i det følgende afsnit.

2.6 Sundhedsstyrelsens oplæg til samarbejde på forebyggelsesområdet

Publikationen *“Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner”* er udgivet med henblik på at inspirere og styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om forebyggelsesforløb. Den er skrevet både til det administrative og det operationelle niveau, idet SST angiver, at den er skrevet til kommunale ledere og medarbejdere og til læger og praksispersonalet i almen praksis. Publikationen er således som udgangspunkt anvendelig ift. koordinering på det operationelle plan.

SST anvender i publikationen følgende definition for forebyggelsesforløb:

“Et forebyggelsesforløb omfatter opsporing, information, registrering, motivation samt henvisning til – og deltagelse i – forebyggelsestilbud” (8), s. 5)

Nedenstående figur 1 viser publikationens illustration af samarbejdet om forebyggelsesforløb, og dermed de faser, som ifølge SST bør indgå i et forebyggelsesforløb. For overskuelighedens skyld, er forløbet illustreret som et lineært forløb, selv om der i virkeligheden ofte er tale om mange samtidige, evt. cirkulære forløb (fig. 1).



Figur 1: Illustration af samarbejdet om forebyggelsesforløb (8)

Figurens faser anvendes i publikationen som overskrifter for SST's anbefalinger for samarbejdet mellem almen praksis og kommuner. Da SST's definition af et forebyggelsesforløb indeholder alle faser fra opsporing til endelig deltagelse i et forebyggelsestilbud, og da publikationen er anvendelig til koordinering på det

operationelle plan, vurderes det, at anbefalingerne i publikationen er velegnede som udgangspunkt for belysning af, hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kommuner i dag fungerer. Fremadrettet i specialet benævnes SST's anbefalinger for samarbejdet mellem almen praksis og kommuner; "*SST's model for samarbejde*".

I det følgende gennemgås faserne ift. at afdække, hvordan faserne virker, og hvilke betingelser, der er i henholdsvis almen praksis og kommunerne, for at få de enkelte faser til at virke. Dette med henblik på at kunne vurdere, hvilke forandringer der eventuelt skal igangsættes for at gøre et forebyggelsesforløb på alkoholområdet effektivt og sammenhængende.

2.7 Sundhedsstyrelsens model for samarbejde

2.7.1 Afdækning af forebyggelsesbehov

Ud fra "*SST's model for samarbejde*" starter et forebyggelsesforløb med en afdækning af, hvem der skal have et forebyggelsestilbud. Denne opgave kan varetages både af almen praksis og af kommunen (8). Fokus i specialet vil dog udelukkende være på afdækning i almen praksis med efterfølgende henvisning til kommunalt forebyggelsestilbud for derved at kunne belyse det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og kommuner, som den delte forebyggelsesopgave netop fordrer.

Almen praksis er i en unik position i forhold til afdækning af alkoholoverforbrug, fordi praktiserende læger har en regelmæssig kontakt med store dele af befolkningen, da, som tidligere nævnt, 85 % af befolkningen årligt er i kontakt med deres læge(30). SST har udarbejdet anbefalinger i forhold til opsporing af alkoholoverforbrug, og der foreligger til dette brug et evidensbaseret screeningsværktøj (AUDIT), som lægerne i almen praksis kan gøre brug af i afdækningen af forebyggelsesbehov. Alligevel viser tal fra *Den nationale sundhedsprofil 2013*, at kun 17 % af mænd og 7 % af kvinder, der overskrider SST's højrisikogrænse, er blevet rådgivet om at nedsætte sit alkoholforbrug af egen læge (21). Dette indikerer, at lægerne ikke i udpræget grad opsporer de patienter, der har et alkoholoverforbrug, og at de derved heller ikke får afdækket patienternes behov for et forebyggelsestilbud.

Spørgsmålet er, hvad der ligger til grund for, at danskere med et alkoholforbrug over SST's højrisikogrænse ikke opspores i almen praksis? I en dansk kvalitativ undersøgelse af alment praktiserende lægers oplevelser med at indføre systematisk screening for alkoholoverforbrug, giver lægerne udtryk for, at sundhedsrådgivning –

herunder alkoholrådgivning – er en vigtig del af deres arbejde. Samtidig afdækker studiet dog, at lægerne ikke kan anbefale systematisk screening, og at de mener, at forebyggelse i form af screening vil tage uhensigtsmæssigt meget tid, som vil gå fra deres øvrige opgaver. Lægerne oplever, at screeningen forstyrrer det naturlige flow i en konsultation, og at screening for alkoholproblemer giver dem en følelse af at blande sig for meget i patienternes privatliv (41). Det ser således ud til, at lægerne opfatter primær forebyggelse af alkoholproblemer som en opgave, der tager tid fra de øvrige opgaver, og at de dermed ikke har fokus på, at den primære forebyggelse har til formål at hindre, at sygdom opstår, og derigennem potentielt kan forebygge antallet af konsultationer med alkoholrelateret sygdom fremadrettet.

At lægerne ikke opfatter primær forebyggelse af alkoholproblemer som en vigtig opgave, understøttes af et studieprojekt fra Aalborg Universitet, som omhandler opsporing af alkoholstorforbrug i almen praksis. I projektet viser fokusgruppeinterviews med alment praktiserende læger, at der er divergerende holdninger til, hvorvidt primær forebyggelse er en opgave, der bør varetages i almen praksis. Flere af lægerne giver udtryk for, at primær forebyggelse bør være en samfundsopgave, mens lægerne skal tage sig af de syge og dermed den sekundære og tertiære forebyggelse. (9).

2.7.2 Hvem skal have et forebyggelsestilbud

SST anbefaler, at SST's genstandsgrænser og resultaterne af screening vha. AUDIT anvendes som udgangspunkt for en vurdering af, hvilke personer, der kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Ifølge SST bør personer, der drikker over højrisikogrænsen, have et forebyggelsestilbud, og AUDIT-scoren anvendes til at differentiere mellem storforbrug, skadeligt forbrug og alkoholafhængighed, da disse faser fordrer forskellige indsatser. I dette speciale fokuseres på primær forebyggelse af alkoholproblemer og dermed på de personer, som har et storforbrug, og ifølge SST bør disse tilbydes et rådgivende forebyggelsestilbud (2,7,8).

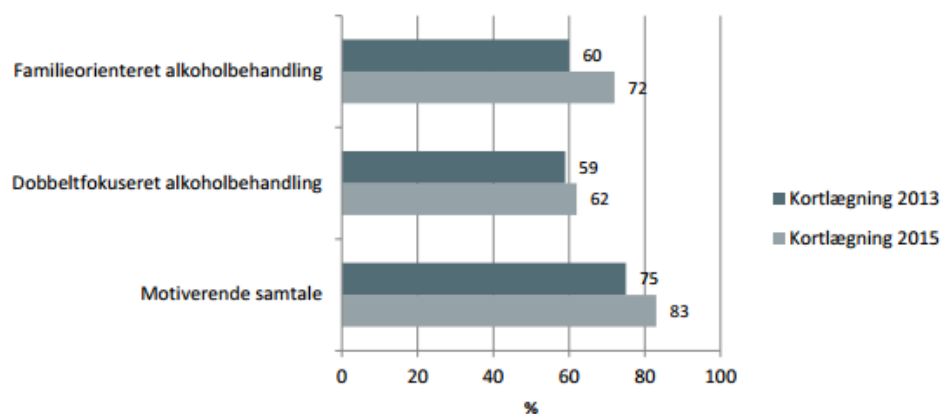
I det tidligere nævnte studieprojekt giver de interviewede læger udtryk for, at de ikke spørger til alkoholvaner hos patienter, der fremstår sunde – fx ved at dyrke motion, være slanke og i god psykisk trivsel – på trods af, at lægerne fagligt ved, at disse patienter også kan have et alkoholoverforbrug (9). Lægerne vurderer derfor et alkoholforbrug ud fra, hvorvidt der er tegn på et problematisk forbrug, hvilket således er en hindring for at foreslå et forebyggelsestilbud til netop de patienter, der har et storforbrug, men endnu ikke har fået skader af det. Samtidig viser studieprojektet, at lægerne betvivler evidensen bag SST's genstandsgrænser, og tager afstand fra dem ved fx at beskrive 21 genstande om ugen som småting (9). Derved betvivler de indirekte, at et storforbrug indebærer en sundhedsrisiko, hvilket igen kan medvirke til, at de ikke henviser patienter med storforbrug til et kommunalt alkohol-forebyggelsestilbud.

2.7.3 Hvilke forebyggelsestilbud er der

Som tidligere nævnt er det, ifølge Sundhedsloven, kommunerne, der har ansvaret for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne (29). I 2012 udgav SST en forebyggelsespakke om alkohol med henblik på at understøtte kommunernes forebyggende arbejde. I relation til primær forebyggelse af alkoholproblemer indeholder Forebyggelsespakken en anbefaling om, at kommunerne opbygger tilbud om korte rådgivende samtaler til borgere med et storforbrug af alkohol, som tilpasses og placeres, så det svarer til målgruppens behov (7).

I en kortlægning af kommunernes arbejde med implementering af SST's forebyggelsespakker fra 2015 fremgår det, at 90 % af kommunerne tilbyder korte rådgivende samtaler til personer med et stort forbrug af alkohol, og at der i løbet af de seneste 3 år har været stort fokus i kommunerne på at etablere disse tilbud. Kommunerne vurderer ifølge kortlægningen desuden, at deres alkoholrådgivere i stor udstrækning har viden og kompetencer til at foretage en motiverende samtale om alkoholforbrug (figur 2) (19). Det er således langt størstedelen af kommunerne, der lever op til SST's anbefalinger for den primære forebyggelse af alkoholproblemer ved at have etableret forebyggelsestilbud til storforbrugere af alkohol.

Figur 78. Viden og kompetencer til forskellige alkoholbehandlingsmetoder
Andel af kommuner, der vurderer, at kommunens alkoholbehandlere i stor udstrækning har viden og kompetencer inden for forskellige metoder til alkoholbehandling. Procent



Figur 2: Kommuners vurdering af alkoholbehandlernes viden og kompetencer (19)

At 83 % af kommunerne selv vurderer, at deres alkoholrådgivere har viden og kompetencer inden for *Den Motiverende Samtale*⁷ (19) siger imidlertid ikke noget om kvaliteten af den enkelte kommunes tilbud ift.

⁷ Den Motiverende Samtale (også kaldet Motivationssamtalen) er en evidensbaseret samtaleteknik, der, ved at hjælpe en person til at blive afklaret omkring sine værdier og livsstil, søger at skabe indre motivation til forandring af en konkret adfærd eller livsstil : (42)

forebyggelse af alkoholproblemer. SST's anbefaling om, at kommunerne bør tilbyde korte rådgivende samtaler til borgere med et storforbrug af alkohol, er kun defineret som en overordnet anbefaling, og den enkelte kommune har mulighed for selv at definere, hvem der skal varetage rådgivningstilbuddet, og hvordan det skal tilrettelægges og udmøntes. Der er derfor forskelle fra kommune til kommune på, hvad tilbuddet indeholder, og hvilke faggrupper, der varetager tilbuddet – og muligvis også, hvilken kvalitet det har - hvorfor det er vigtigt for samarbejdet om forebyggelsesforløb, at alment praktiserende læger ved, hvor de nemt kan hente information om den enkelte kommunes tilbud, hvis lægerne skal kunne henvise deres patienter hertil. Til dette formål anbefales det i "SST's model for samarbejde" at anvende internetportalen Sundhed.dk, med den underliggende Sundheds- og forebyggelsesportal, SOFT, hvorfor dette belyses i det følgende afsnit.

2.7.4 Sundheds- og forebyggelsesportalen (SOFT) på Sundhed.dk

SOFT er et elektronisk redskab, som findes på portalen www.sundhed.dk. Det er tænkt som en fælles indgang til alle kommuner og regioners sundheds- og forebyggelsestilbud, som kan give kommunerne, hospitalerne og almen praksis et samlet overblik over tilbuddene (8).

Sundhed.dk og SOFT kan således understøtte sammenhængende forebyggelsesforløb, idet det fungerer som et bindeled mellem kommunerne og almen praksis i form af information om de tilgængelige forebyggelsestilbud. Kommunerne har ifølge "Samarbejde om forebyggelse" ansvaret for at præsentere og opdatere deres forebyggelsestilbud på portalen, mens almen praksis har ansvaret for at søge information om kommunens forebyggelsestilbud via denne (8).

Der findes dermed et fælles redskab, som kan sikre overblik over forebyggelsestilbuddene på alkoholområdet på tværs af sektorerne, og hvoraf det således bør fremgå, hvis den enkelte kommune har etableret tilbud om rådgivende samtaler til storforbrugere af alkohol. Til trods for dette viser en undersøgelse af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud fra 2014, at lægerne mangler viden om de kommunale sundhedstilbud. Det påvises, at der er stor heterogenitet i lægernes viden om sundhedstilbuddene og deres henvisningsfrekvens, og at der er sammenhæng mellem disse faktorer, således at de læger, der har et godt kendskab typisk også er dem, der oftest henviser. Det konkluderes, at utilstrækkeligt kendskab til de kommunale sundhedstilbud er den vigtigste barriere for lægerne for henvisning af deres patienter, hvilket således er hæmmende for et sammenhængende forebyggelsesforløb (10).

2.7.5 Henvisning til kommunalt tilbud

Ifølge *“SST’s model for samarbejde”* er det almen praksis, der afdækker patienternes forebyggelsesbehov, laver indledende motiverende samtaler og henviser til kommunale sundhedstilbud, og det anbefales, at kommunerne laver én kommunal indgang, så almen praksis kun skal sende henvisninger til ét sted (8).

At selve henvisningsproceduren til kommunens forebyggelsestilbud har betydning for antallet af henvisninger fra almen praksis, fremgår af den tidligere nævnte undersøgelse af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud. Heri fremhæves det, at almen praksis’ tilbøjelighed til at henvise relevante patienter kan fremmes, hvis henvisningsproceduren gøres så fleksibel og enkel som muligt, fx ved hjælp af en digital løsning (10). Til dette formål beskrives det i *“SST’s model for samarbejde”* som fordelagtigt at anvende en digital løsning for henvisninger udarbejdet af MedCom (8).

MedCom er en non-profit organisation, som er ejet og finansieret af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. MedCom fungerer som bindeled mellem kommuner og almen praksis ved at udvikle tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger, og har fx udviklet en løsning til elektroniske henvisninger fra almen praksis til kommunale forebyggelsestilbud. Det er dog foreløbig primært implementeret i forhold til de diagnoserelaterede forebyggelsestilbud⁸, og anvendes således endnu ikke til henvisninger til forebyggelsestilbud på alkoholområdet ((43)). Lægerne kan dermed ikke lave en henvisning til et kommunalt alkoholforebyggelsestilbud, men skal i stedet guide patienten til selv at opsøge kommunen.

Når undersøgelser, som nævnt, viser, at lægernes tilbøjelighed til at henvise til kommunernes tilbud fremmes, hvis henvisningsproceduren er så enkel som muligt, er det imidlertid en barriere for sammenhængende forebyggelsesforløb på alkoholområdet, at der i dag er forskel på kommunernes forebyggelsestilbud i forhold til, om lægerne kan eller skal henvise deres patienter elektronisk. Denne forskel bevirker, at lægerne er nødt til at undersøge hvert enkelt tilbud i forhold til, om der kan/skal henvises elektronisk, eller om patienten skal guides til selv at opsøge kommunens tilbud, hvilket besværliggør lægens arbejde og dermed potentielt er hæmmende for henvisninger til kommunale alkoholforebyggelsestilbud.

Det er dog relevant her at nævne, at MedCom i 2015 startede et projekt, der skal afdække anvendelse af henvisninger og bl.a. resultere i, at elektronisk henvisning kan modtages til alle kommunernes forebyggelsestilbud, hvorfor det fremadrettet burde blive en mulighed for lægerne at henvise deres patienter elektronisk til kommunernes tilbud om alkoholforebyggelse (43).

⁸ Forebyggelsestilbud i relation til Kronisk Obstruktiv Lungelidelse, diabetes, hjertesygdomme og kræft.

2.7.6 Afslutning af forebyggelsesforløbet

I *“Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner”* anbefales det, at kommunerne sender en elektronisk meddelelse til borgerens praktiserende læge ved afslutning af et forebyggelsesforløb med en kort beskrivelse af forløb, udbyttet og behov for opfølgning hos den praktiserende læge (8).

I den tidligere nævnte undersøgelse af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud fremgår det, at 30 % af de læger, der indgår i studiet, ikke modtager tilbagemeldinger fra kommunerne omkring patienternes deltagelse i diagnoserelaterede forebyggelsestilbud på trods af, at dette er muligt at gøre elektronisk via MedCom (10,43). I relation til alkoholforebyggelse kompliceres tilbagemeldingen til lægerne yderligere af, at MedCom endnu ikke anvendes på alkoholforebyggelsesområdet. Der er derfor grund til at formode, at lægerne i væsentligt mindre grad får tilbagemeldinger fra kommunerne, hvis deres patienter har deltaget i et alkoholforebyggelsestilbud end, hvis de har deltaget i et diagnosespecifikt forebyggelsestilbud. At henvisninger fra almen praksis til kommunen omkring forebyggelse af alkoholproblemer ikke foregår elektronisk, er således med til at fastholde et mindre fokus herpå end på diagnosespecifik forebyggelse, og udgør en hæmmende faktor for samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne omkring forebyggelse af alkoholproblemer.

Ovenstående belysning af organiseringen og koordineringen af samarbejdet mellem almen praksis og kommuner omkring forebyggelse af alkoholproblemer viser, at samarbejdet i dag ikke fungerer optimalt i forhold til at skabe sammenhængende forebyggelsesforløb af høj kvalitet. Der er derfor brug for at forandre samarbejdet med henblik på at optimere forebyggelsen af alkoholproblemer, hvorfor dette bliver fokus i specialet.

3 Problemafgrænsning

Alkohol en af de enkeltfaktorer, som har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Alkoholoverforbrug udgør derfor et folkesundhedsproblem med et stort forebyggelsespotentiale, som er størst for gruppen af de 860.000 danskere, som skønnes at have et alkoholstorforbrug (20). I forebyggelsen rettet mod alkoholstorforbrugere er målet at forebygge alkoholproblemer i form af alkoholskader- eller afhængighed.

Da 85 % af den danske befolkning årligt er i kontakt med deres praktiserende læge (30), vurderes almen praksis at være en central arena for opsporingen af alkoholstorforbrug, og samtidig er de praktiserende læger i en unik position for at henvise borgere videre til relevante forebyggelsestilbud, som kommunerne har ansvar for at etablere.

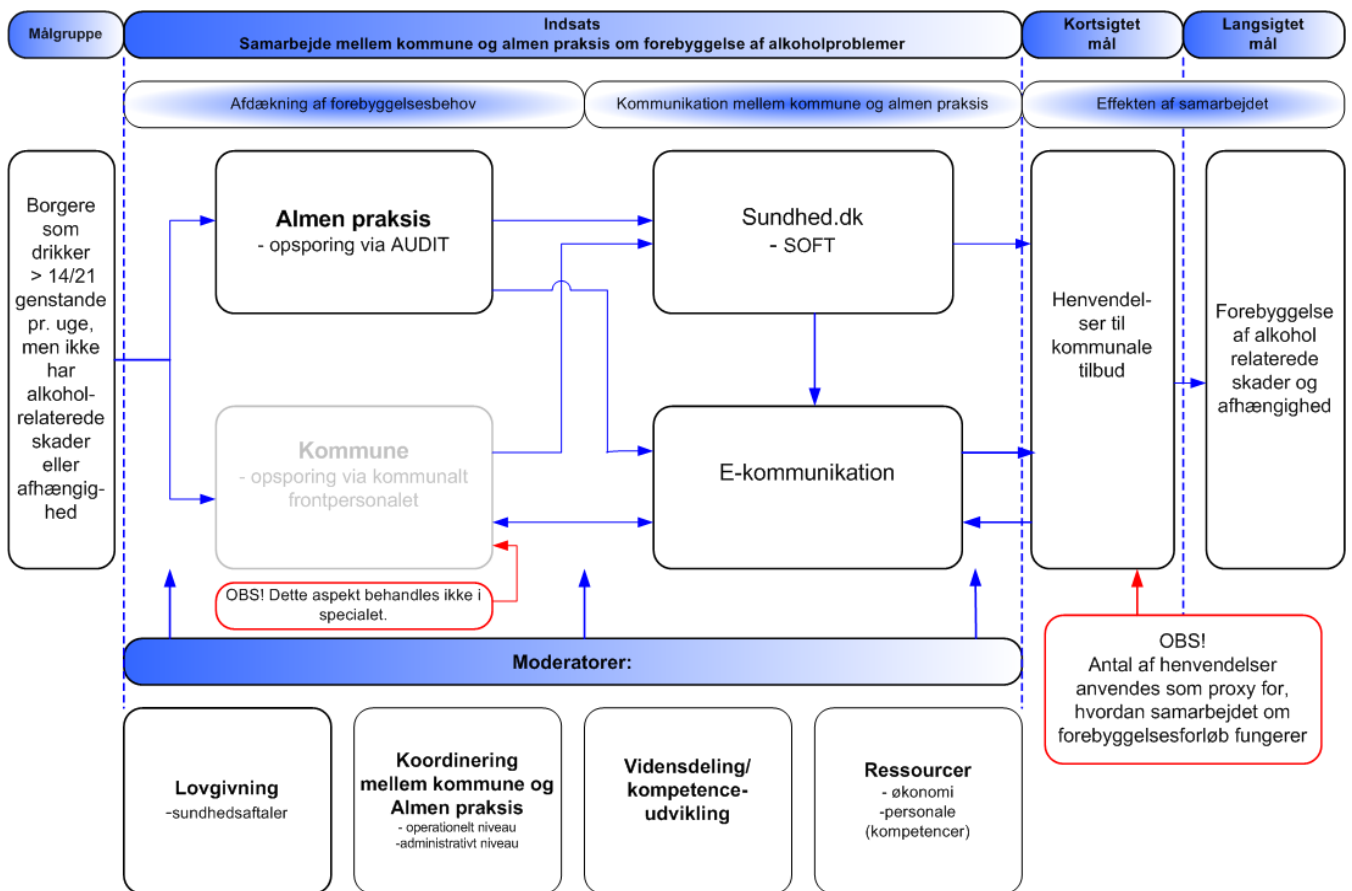
Samarbejdet mellem almen praksis og kommuner er derfor essentielt i forebyggelse af alkoholproblemer, hvilket fordrer organisering og koordinering på både administrativt og operationelt niveau på tværs af sektorer, med henblik på at skabe sammenhængende forebyggelsesforløb.

Sundhedsstyrelsen har udgivet anbefalinger til samarbejdet opstillet i 5 faser (8). Gennemgangen af disse faser ud fra relevant litteratur viser i problemanalysen, at der er væsentlige barrierer for et sammenhængende forebyggelsesforløb - for eksempel, at almen praksis har et mangelfuldt kendskab til kommunens forebyggelsestilbud.

Samarbejdet mellem kommuner og almen praksis er en væsentligt mere kompleks proces, end "*SST's model for samarbejde*" illustrerer, hvorfor det er relevant at opnå viden om, hvilke elementer, der fungerer, eller ikke fungerer efter hensigten, og hvorvidt samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne omkring forebyggelse af alkoholproblemer fører til det ønskede resultat - det vil sige, at borgere med et alkoholstorforbrug oplever sammenhængende forebyggelsesforløb af høj kvalitet.

For at illustrere elementerne i den komplekse proces, som samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer udgør, opstilles en programteori efter inspiration i virkningsevaluering på baggrund af problemanalysen - herunder *SST's model for samarbejdet*. Programteorien anvendes som et styrende redskab i specialet for, hvilke forhold og elementer i samarbejdet mellem almen praksis og kommuner, der skal undersøges for at kunne opstille forslag til forandring af samarbejdet med henblik på at optimere forebyggelsesforløb relateret til alkoholproblemer (44). Forandringsforslagene vil blive udarbejdet, så de kan implementeres inden for de eksisterende organisatoriske rammer for det danske sundhedsvæsen.

Nedenfor vises den opstillede programteori:



Programteori : SST

Da SST's anbefalinger er formuleret som overordnede anbefalinger, der giver den enkelte kommune frihed til selv at definere, hvorledes anbefalingerne skal efterleves, er der forskel på, hvordan samarbejdet mellem kommune og almen praksis udmøntes i danske kommuner. Det er derfor u hensigtsmæssigt at undersøge samarbejdet overordnet, da lokale forhold har stor betydning for, hvordan samarbejdet fungerer. I specialet tages der derfor udgangspunkt i en konkret kommune i undersøgelsen af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer. Aalborg Kommune udvælges som case, da specialet tager afsæt i et studieprojekt (udarbejdet af specialets forfattere) omhandlende opsporing af alkoholstorforbrug i almen praksis i Region Nordjylland (9).

4 Præsentation af Aalborg Kommune som case

I dette afsnit præsenteres Aalborg Kommune som case. Afsnittet afsluttes opstilling af en programteori, der illustrerer et forebyggelsesforløb relateret til alkohol i Aalborg Kommune.

4.1 Aalborg Kommune

Aalborg Kommune er Danmarks tredje største kommune med 210.338 indbyggere pr. 31. december 2015 (45). Ifølge *Sundhedsprofil Nordjylland 2013* har ca. 14.000 (8,3%) borgere i Aalborg Kommune over 16 år et højrisikoforbrug af alkohol, hvorfor disse udgør den population, som ud fra SST's anbefalinger bør tilbydes et alkoholforbyggelses - eller behandlingstilbud (46). I Sundhedsprofilen opgøres overforbrug af alkohol kun som et forbrug over SST's højrisikogrænse, og det er derfor ikke muligt at opgøre, hvor stor en del af borgerne med et overforbrug, der kun har et storforbrug af alkohol (et forbrug over højrisikogrænsen, som endnu ikke har medført skader eller afhængighed), og dermed udgør målgruppen for specialets fokus på forebyggelse af alkoholproblemer.

Ud fra sundhedsprofilens tal ses det desuden, at der generelt i Region Nordjylland er en større andel af mænd (9%) end kvinder (6,6%), der drikker over SST's højrisikogrænse (14 ugentlige genstande for kvinder, 21 for mænd). Aldersmæssigt er det særligt de 16-24 årige mænd og kvinder, de 55-74 årige mænd samt kvinder over 55 år, der har et højrisikoforbrug. Ser man på højrisikoforbrug fordelt på uddannelsesniveau, er det personer med gymnasial uddannelse, der har den største andel (15%), efterfulgt af uddannelsessøgende (13%), mens andelen er mindst blandt personer med erhvervsfaglig, mellemlang eller lang videregående uddannelse(46). Da tallene er opgjort som et gennemsnit for Region Nordjylland vides det ikke, om fordelingen er anderledes i Aalborg Kommune, men da andelen af borgere med et forbrug over højrisikogrænsen i Aalborg Kommune (8,3%) ikke adskiller sig væsentligt fra gennemsnittet for Region Nordjylland (7,9%), vurderes det, at tallene kan bruges som et udtryk for, at det i Aalborg Kommune er nedenstående grupper af borgere, der udgør det største forebyggelsespotentiale relateret til alkoholproblemer:

1. mænd
2. 16-24 årige
3. 55-74 årige

4. personer med gymnasial uddannelse eller uddannelsessøgende

4.2 Sundhedsaftalerne

Sundhedsaftalerne udgør, som nævnt i problemanalysen, fundamentet for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis. Af Sundhedsaftalen 2015-18 for Region Nordjylland fremgår det, at der i aftaleperioden vil være fokus på at sikre henvisning til kommunal forebyggelse inden for tobak, alkohol og stoffer med henblik på at sikre et godt forebyggelsesforløb over sektorgrænserne (47). Der er således blandt andet fokus på specialets problemfelt i den nuværende sundhedsaftale.

For at sikre sammenhængende forebyggelsesforløb på alkoholområdet forpligter de nordjyske kommuner sig i aftalen til at leve op til grundniveauet i anbefalingerne fra SST's forebyggelsespakke om alkohol (47). I relation til forebyggelse af alkoholproblemer og dermed anbefalinger omkring storforbrugere af alkohol, vil dette således betyde, at Aalborg Kommune har forpligtet sig til at etablere tilbud om rådgivende alkoholsamtaler, hvilket også er formuleret i Aalborg Kommunes sundhedspolitik (7,48).

Almen praksis har i den nuværende sundhedsaftale forpligtet sig til at henvise borgere med alkoholrisikoadfærd til kommunale forebyggelsestilbud. Aftalen indebærer, at almen praksis i Region Nordjylland tilsammen skal henvise 225 borgere med alkoholrisikoadfærd til kommunale forebyggelsestilbud i 2016, 335 i 2017 og 450 i 2018. Tallene er beregnet ud fra *Sundhedsprofil Nordjylland* ud fra en målsætning om, at sygehuse og almen praksis skal henvise hhv. 1%, 1,5% og 2 % af borgere med et højrisikoforbrug på baggrund af øget systematik og praksis omkring henvisningsprocedurer (47). Der er således i den nuværende sundhedsaftale fokus på, og fastsat mål for, sammenhængende alkoholforebyggelsesforløb mellem almen praksis og Aalborg Kommune.

4.3 Kommunalt Lægeligt Udvalg og praksiskonsulent

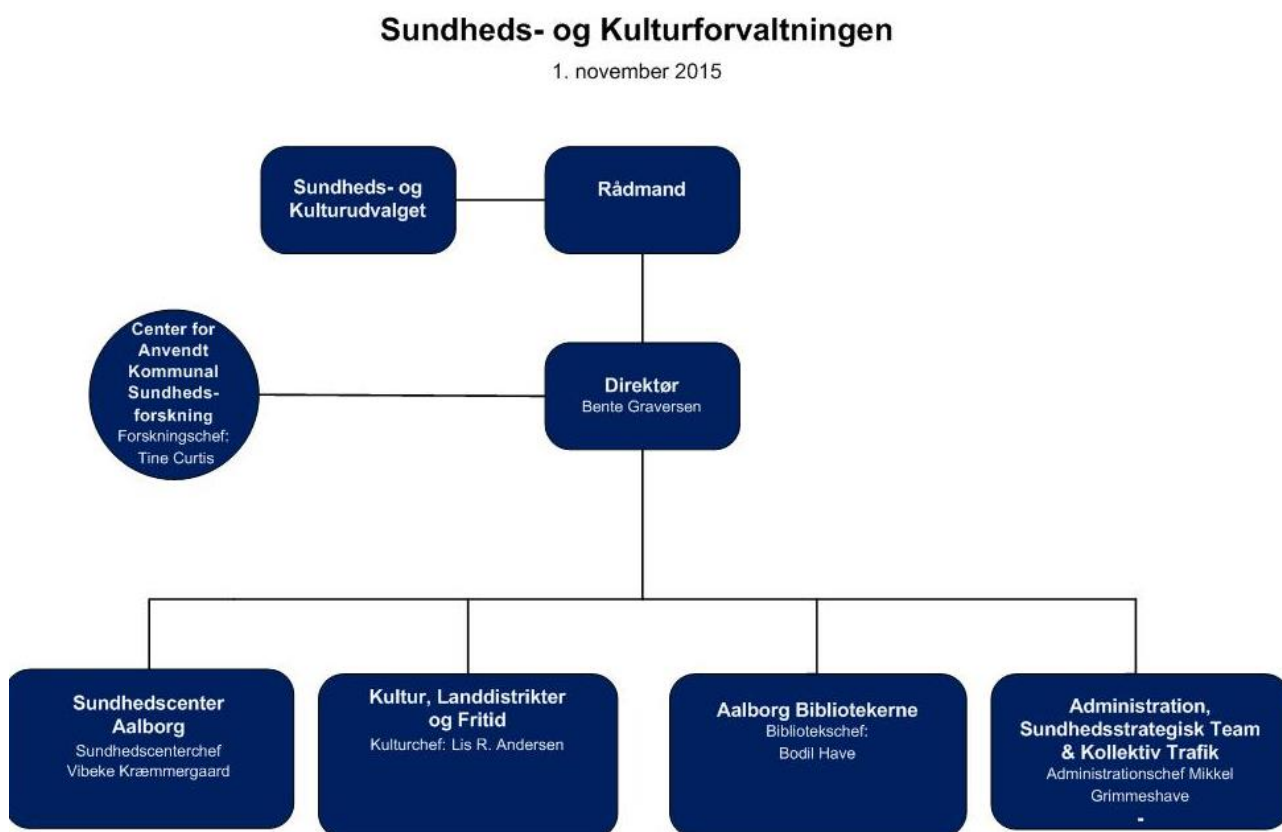
KLU består i Aalborg Kommune af 5 repræsentanter fra de praktiserende lægers organisation i Aalborg (PLO-Aalborg), én repræsentant fra Socialmedicinsk Enhed og 6 repræsentanter fra Aalborg Kommune, herunder den kommunale praksiskonsulent ((49).

4.4 Almen praksis i Aalborg Kommune

Ifølge Sundhed.dk er der 57 lægepraksis i Aalborg Kommune af varierende størrelse, idet en lægepraksis kan være alt fra énmands-praksis til lægehuse med mange læger ((50)). Når almen praksis i Aalborg Kommune i specialet omtales som en enhed, er det således en enhed bestående i 57 aktører.

4.5 Organisering af forebyggelsesindsatsen i Aalborg Kommune

Forebyggelsesindsatsen er i Aalborg Kommune organiseret i Sundheds- og Kulturforvaltningen (figur 3). Tilbuddet om alkoholrådgivningssamtaler hører under kommunens Sundhedscenters opgaver, mens det administrative koordinerende arbejde med Aalborg Kommunes sundhedspolitik, sundhedsaftaler, KLU og praksiskonsulent hører under det Sundhedsstrategiske Team ((50,51)). De operationelle og administrative aktører er således ansat i to forskellige afdelinger under Sundheds- og Kulturforvaltningen.



Figur 3: Organisering i Aalborg Kommune((52))

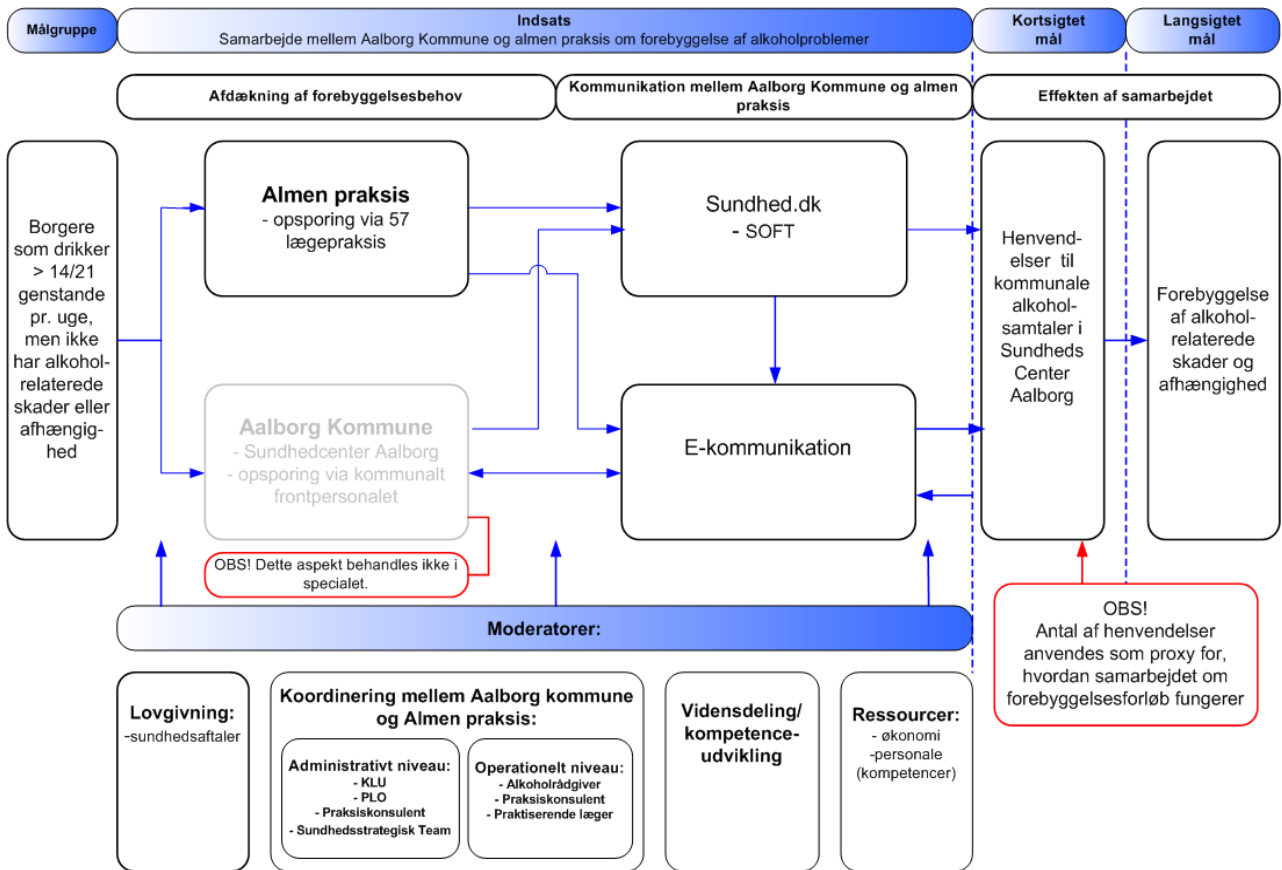
4.5.1 Tilbud om alkoholsamtaler

Ifølge Sundhed.dk har Aalborg Kommune 3 tilbud i relation til alkohol (53):

1. Alkoholbehandling: rådgivning, vejledning og behandling til borgere med et overforbrug/misbrug af alkohol. Tilbuddet kræver henvisning og varetages af kommunens Misbrugscenter.
2. Samtale om alkoholvaner: give viden om, hvad alkohol betyder for borgerens sundhed og give hjælp og vejledning til at ændre alkoholvaner. Tilbuddet kræver ikke henvisning og varetages af kommunens Sundhedscenter
3. TUBA: terapi og rådgivning til unge, der er børn af alkoholmisbrugere.

I relation til specialets problemfelt er det således tilbuddet: *“samtale om alkoholvaner”*, der er relevant at undersøge nærmere. Det er et tilbud til alle borgere i Aalborg Kommune over 18 år og består i en uforpligtende samtale med drøftelser af sammenhæng mellem sundhed og alkoholvaner, gode råd til at ændre vaner, og hvordan et stort alkoholforbrug påvirker familien. Alkoholsamtalerne foregår på Sundhedscenter Aalborg, som derudover også tilbyder en bred vifte af sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Samtalerne varetages af en alkoholrådgiver (54,55). Alkoholsamtaler er således Aalborg Kommunes udmøntning af SST's anbefaling om, at kommunerne opretter tilbud om rådgivende samtaler til storforbrugere af alkohol, og er dermed det tilbud, som almen praksis har mulighed for at informere deres patienter om.

Ud fra ovenstående casebeskrivelse udarbejdes en programteori for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer.



Programteori: Aalborg

5 Problemformulering

På baggrund af problemanalysen og casebeskrivelsen udarbejdes specialets problemformulering:

Hvordan kan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer optimeres, så flere borgere henvender sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge ?

Problemformuleringen operationaliseres i tre forskningsspørgsmål:

1. *Hvordan kan borgerne, der henvender sig til Aalborg Kommunes alkoholsamtaler, beskrives ud fra køn, alder og uddannelse, hvor de har information om tilbuddet fra, og hvorvidt de henvises til andre instanser efter endt forløb?*
2. *Hvordan fungerer samarbejdet med almen praksis på henholdsvis operationelt og administrativt niveau i Aalborg Kommune, og hvilke faktorer kan identificeres som afgørende for samarbejdet?*
3. *Hvilke forandringspotentialer kan afdækkes ud fra resultaterne af forskningsspørgsmål 1 og 2 ?*

6 Videnskabsteori

Videnskabsteori og udøvelse af videnskab hænger uløseligt sammen. For at give læseren en forståelse af grundlaget for udarbejdelsen af specialet, redegøres derfor i dette afsnit for specialets videnskabsteoretiske grundlag.

I specialet tages afsæt i human- og samfundsvidenskaben, og udgangspunktet er det fortolkningsvidenskabelige paradigme. Dette paradigme bygger på anskuelsen om, at viden og indsigt i sociale forhold nødvendigvis må bygge på forståelse og indlevelse i de sociale fænomener, som undersøges. Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis anses i specialet som et socialt fænomen, hvor 2 aktører i fællesskab skal skabe sammenhængende forebyggelsesforløb rettet mod alkoholproblemer. Med henblik på at opnå en forståelse af, hvordan samarbejdet mellem Aalborg kommune og almen praksis fungerer for derigennem at kunne udarbejde forslag til, hvordan det kan forandres, anvendes der derfor metoder og teori, der kan bidrage til at skabe forståelse af aktørernes handlinger og resultaterne heraf (7,56), s. 61).

Til besvarelse af specialets problemformulering tages der derfor udgangspunkt i kvalitative metoder. Disse suppleres dog af en kvantitativ metode til besvarelse af forskningsspørgsmål 1, som derved tager udgangspunkt i det empirisk-analytiske forskningsparadigme (7,56), s. 39+57).

Der anvendes en hermeneutisk tilgang til opnåelse af forståelsen af, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis fungerer. Begrebet "*Den hermeneutiske cirkel*" illustrerer, at forståelse af delene i en undersøgelse opnås ved at se dem i den helhed/kontekst, de indgår i, mens helheden/konteksten tilsvarende forstås ud fra delene (57), s. 95). I specialet ønskes således at opnå en forståelse af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis ud fra den organisatoriske kontekst, som samarbejdet udspilles i, og samtidig en bedre forståelse af organiseringen af samarbejdet ud fra informanternes beskrivelser af heraf.

Det centrale i den hermeneutiske tilgang er, at forståelse bygger på fortolkning, og at denne fortolkning altid vil være subjektiv, da informanterne har hver sin individuelle forståelse lige som forskeren har sin forståelse. Fortolkning handler derfor om at arbejde med forforståelsen i mødet med det, der undersøges. Den tyske filosof, Gadamer, beskriver dette med begrebet: "*Horizontsammensmeltning*", som indebærer, at forståelse ikke handler om at tilegne sig informanternes forståelser, men om at skabe en ny og dybere forståelse. Forskerens egen forståelse sættes i spil i relation til informanternes forståelser, hvor idealet er

horisontsammensmeltning, forstået som en ny forståelse, der rækker ud over informanternes forståelser og forskerens forforståelse (57), s. 94).

Gadamer hævder, at forskerens forforståelse altid er tilstede, men også udgør en nødvendig betingelse for ny forståelse (58), s. 161). I specialet er specialegruppens forforståelse derfor sat i spil gennem hele forskningsprocessen, hvorfor de vigtigste aspekter heraf præsenteres i det følgende afsnit.

6.1 Forforståelse

Som de væsentligste aspekter af specialegruppens forforståelse rettes opmærksomheden på følgende:

- Specialegruppe-medlemmernes faglige baggrund:

Specialegruppemedlemmerne har forud for kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab arbejdet som hhv. sygeplejerske, fysio- og ergoterapeut og har derigennem en praksis-orienteret erfaring med organiseringen af det danske sundhedsvæsen og de forskellige aktørers roller.

- Folkesundhedsvidenskabelig tilgang:

Gennem kandidatstudiet har specialegruppen udviklet et nyt fælles udgangspunkt i folkesundhedsperspektivet. Inden for dette perspektiv er der fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, bl.a. på befolkningsniveau ud fra strukturelle tiltag. En dansk forsker, som er førende inden for specialets problemfelt, pointerer vigtigheden af at tydeliggøre, hvilket perspektiv man som forsker indtager i en forskningsproces omhandlende 'integrated care', fordi begrebet kan betragtes og behandles fra mange forskellige perspektiver. Det er derfor relevant her at fremhæve, at specialegruppen tager udgangspunkt i et folkesundhedsperspektiv i undersøgelsen af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis. Der er således fokus på optimering af befolkningens sundhed gennem sundhedsydelser til hele befolkningen eller højrisikogrupper (59).

- Erfaringer fra studieprojekt på kandidatstudiet:

Gennem forrige semesters studieprojekt omhandlende opsporing af alkoholstorforbrug i almen praksis har specialegruppen tilegnet sig viden omkring alkohol som folkesundhedsproblem, alkohols betydning i en dansk social kontekst og de praktiserende lægers indstilling til alkoholforebyggelse. Projektet viste, at de praktiserende læger først betragter alkohol som et sundhedsproblem, når patienten er afhængig

eller har alkoholrelaterede skader, og at de underkender SST's genstandsgrænser. Denne viden er således en del af specialegruppens forforståelse, som sættes i spil i udarbejdelsen af dette speciale.

Generelt for de tre aspekter gør det sig gældende, at de har givet en viden, som giver specialegruppen gode forudsætninger for at forstå problemstillingerne i det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og almen praksis. Samtidig kan gruppemedlemmernes erfaringer som praktikere i det danske sundhedsvæsen indebære bias i form af forudindtagede holdninger til problemstillingen. Ifølge Malterud er der dog kun risiko for bias, hvis forskeren undlader at fremstille sin forforståelse (60), hvilket i dette speciale derfor er forsøgt imødekommet ved at bevidstgøre ovenstående tre aspekter. Specialegruppen har desuden været opmærksom på at være villig til at forandre forforståelsen med henblik på at opnå ny viden, som udvider forståelseshorizonten (58), s. 169).

7 Teori

I dette afsnit præsenteres den teori, som anvendes til diskussion af specialets resultater. Catherine Alter og Jerald Hages teori om interorganisatoriske netværk bruges som teoretisk fundament i diskussionen og suppleres af forskning af Janne Seemann. Det beskrives, hvorfor disse teoretikere og forskere er relevante for specialets problemfelt, hvordan de supplerer hinanden, og hvordan de tænkes anvendt i diskussionen af specialets resultater.

7.1 C. Alter og J. Hage: interorganisatoriske netværk

Anvendelsen af Catherine Alter (Alter) og Jerald Hages (Hage) teori om interorganisatoriske netværk tager afsæt i deres hovedværk: *"Organizations Working Together"* fra 1993. Alter er professor og leder af School of Social Work ved University of Iowa, mens Hage er professor i sociologi (33).

Alter og Hage definerer interorganisatoriske netværk som følger:

"Interorganisatoriske netværk er sociale former af interorganisatorisk aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning – mellem enheder fra legalt separate organisationer, som udgør ikke-hierarkiske sociale systemer" (61), s. 185).

Alter og Hage opererer derudover med fire normative karakteristika, som er fælles for alle former for interorganisatoriske netværk:

- 1. Interorganisatoriske netværk er kognitive strukturer** med en erkendelse af gensidig afhængighed. Det er nødvendigt med en gensidig delt konceptuel ramme samt kendskab til hinandens kompetencer. Der er dog ikke nødvendigvis en fælles erkendelse af mål, metoder og strategier. Konflikter om midler eksisterer og er almindelige.
- 2. Interorganisatoriske netværk er non-hierarkiske**, det vil sige at, modsat hierarkier er organisationerne knyttet sammen ved laterale, horisontale forbindelser. I netværk er fælles beslutningstagen og problemløsning et afgørende element. Hvis et netværk domineres af en enkelt organisation, er det mindre effektivt og vil ofte præstere mindre, have flere konflikter, flere forsinkelser samt flere fejl.

3. **Interorganisatoriske netværk har en arbejdsdeling.** Hver organisation bidrager med det, som kaldes tekniske kompetencer, til netværket. En manglende demonstration af disse kompetencer kan medføre, at netværk opløses. Hvis først kompetencerne er demonstreret, resulterer de til gengæld i gensidig afhængighed. Denne arbejdsdeling forebygger endvidere en udvikling af en dominant organisation, der forsøger at kontrollere netværket.
4. **Interorganisatoriske netværk er selvregulerende.** Der skal være en grad af solidaritet opnået gennem demokratiske principper for, at organisationer, der er horisontalt forbundne, kan handle og arbejde sammen. Orden i netværket opnåes gennem forhandlende processer, der betyder, at organisationer eventuelt må afgive suverænitæt.

(33), s. 77-79)

Alter og Hages teori om interorganisatoriske netværk er udviklet i en amerikansk kontekst til såvel profit som non-profit sektorer. Alter og Hage beskriver, at udviklingen inden for den offentlige sektor er gået mod decentralisering, så tilbuddene er kommet nærmere borgerens hverdag, og at dette har skabt større behov for koordinering og integration af ydelser (33), s. 11).

Teorien vurderes således, trods sin amerikanske kontekst, relevant for specialets problemfelt, da den delte forebyggelsesopgave mellem almen praksis og kommunerne netop fordrer, at indsætterne i de to sektorer koordineres, hvis borgerne skal opleve sammenhængende alkohol-forebyggelsesforløb. Teorien anvendes da også i flere artikler omhandlende koordinering i det danske sundhedsvæsen (25).

Aalborg Kommune og almen praksis betragtes i specialet derfor som et interorganisatorisk netværk, hvis aktiviteter skal skabe udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning omkring forebyggelse af alkoholproblemer.

I det følgende redegøres for de teoretiske elementer, der inddrages i dette speciale, og hvorledes de tænkes anvendt i diskussionen af specialets resultater.

7.1.1 Typologi af interorganisatoriske netværksformer

Alter og Hage opererer i deres teori med en typologi af former for interorganisatoriske netværk, organiseret ud fra tre dimensioner (33), s. 47-49):

- 1) Kompetitive versus symbiotiske netværk

- 2) Antallet af involverede organisationer i netværket
- 3) Graden af samarbejdet i netværket

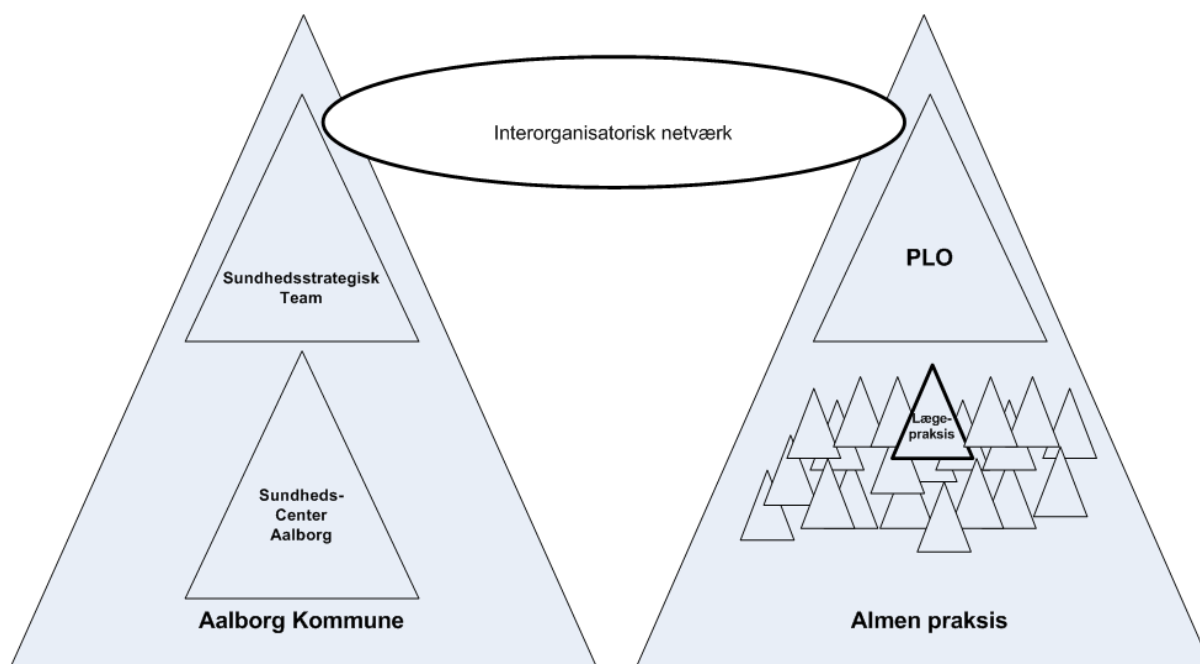
Ad 1) Kompetitive versus symbiotiske netværk

De *kompetitive* netværk udgøres af organisationer af samme type inden for den samme sektor, hvorimod de *symbiotiske* udgøres af organisationer, som har ligheder, men opererer i forskellige sektorer. På denne måde kan man beskrive netværket bestående af Aalborg Kommune og almen praksis som et *symbiotisk netværk* (33), s. 47-48).

Et *symbiotisk netværk* udvikles i tre trin, hvor der for hvert trin er en større grad af integration og interaktion, og i relation til dette speciale kan samarbejdet mellem Aalborg Kommune kategoriseres som udviklet til det tredje trin, kaldet et *systemisk netværk*. Dette er et formelt netværk, hvor organisationer i fællesskab producerer et produkt eller en service ved hjælp af koordination af processer og opgaveintegration, der går på tværs af det interorganisatoriske felt - i dette tilfælde et *systemisk netværk*, hvor den fælles opgave er at skabe et sammenhængende forebyggelsesforløb relateret til alkohol. Ud fra teorien kræver dette en høj grad af koordinering på tværs af organisatoriske skel (33), s. 73-74 +77).

Ad 2) Antallet af involverede organisationer i netværket

Antallet af organisationer i netværket har betydning for, hvor funktionelt et netværk er, da et stort antal organisationer kan medføre mindre sammenbundethed samt øget kompleksitet og differentiering. Dette medfører flere operationelle problemer i netværket (33), s. 150). I relation til samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis kan dette netværk umiddelbart defineres som et netværk bestående i to organisationer, som derfor teoretisk kan have stor sammenbundethed. Som det fremgår af figur 4 kan disse to organisationer i samarbejdet imidlertid betragtes som flere organisationer, da almen praksis er opdelt i mange små enheder/praksis, mens Aalborg Kommune også kan ses som to organisationer: Sundhedsstrategisk Team og Sundhedscentret, der begge indgår i samarbejdet med almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer. I specialet vælges det derfor at betragte det interorganisatoriske netværk mellem Aalborg Kommune og almen praksis som et komplekst netværk med mange mindre organisationer, som er differentieret ift., hvilke opgaver de løser i forebyggelse af alkoholproblemer. Dette er forsøgt illustreret i nedenstående figur 4:



Figur 4: Illustration af det interorganisatoriske netværk mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer. Inspireret af J. Gustafsson (62)

Ad 3) Graden af samarbejdet i netværket

Hvis man ser på graden af samarbejdet, spænder dette fra en meget lille grad af samarbejde, som for eksempel udveksling af information eller ressourcer, til en høj grad af samarbejde i form af fælles produktion af et produkt eller en service (33), s. 48-49). Forebyggelse af alkoholproblemer kan ud fra dette karakteriseres som en opgave, der kræver en høj grad af samarbejde, fordi Aalborg Kommune og almen praksis i fællesskab skal skabe en service: sammenhængende forebyggelsesforløb.

Disse tre dimensioner anvendes i specialet til at beskrive det interorganisatoriske netværk mellem Aalborg Kommune og almen praksis for derudfra at kunne vurdere kompleksiteten og behovet for koordinering i dette netværk.

Det interorganisatoriske netværk, som udgøres af Aalborg Kommune og almen praksis i relation til samarbejde om forebyggelse af alkoholproblemer kan ud fra de tre dimensioner beskrives som:

1. et symbiotisk netværk/ systemisk netværk, hvilket fordrer en høj grad af koordinering af den fælles opgave

2. består i mange mindre organisationer, som er differentieret ift., hvilke opgaver de løser i forebyggelse af alkoholproblemer
3. Samarbejder om levering af en fælles ydelse - forebyggelse af alkoholproblemer - hvilket kan betegnes som en opgave, der kræver en høj grad af samarbejde/koordinering.

7.1.2 Koordinering

Koordineringen af samarbejdet i et interorganisatorisk netværk er ifølge Alter og Hage afhængig af parternes villighed til at samarbejde og indgå i netværket, fordi normale mekanismer som belønning og straf ikke er til stede i koordineringen (33), s. 86).

Alter og Hage skelner analytisk mellem administrativ og operationel koordinering, hvor den administrative koordinering defineres som tværinstitutionel koordinering, som sker på ledelses- eller administrationsniveau, og operationel koordinering som den koordineringsaktivitet, der sker mellem de personer, der er involverede i den praktiske opgaveløsning (33), s. 90) (25). I specialet skelnes der derfor mellem den administrative koordinering, som foregår mellem Aalborg Kommunes sundhedsstrategiske team og Kommunalt Lægeligt Udvalg, og den operative koordinering, som sker mellem de enkelte praktiserende læger og Aalborg Kommunes alkoholrådgiver.

Administrativ koordinering

Administrativ koordinering er ifølge Alter og Hage en yderst vigtig dimension af interorganisatoriske netværk, fordi der oftest ikke eksisterer en overordnet ledelse af netværket (33), s. 91). Koordinering på administrativt niveau bygger på formelle måder at kommunikere på for at få feedback og information - disse kan for eksempel være regelmæssige planlagte møder, skriftlige politikker og formelle regler. Overordnet er der to metoder til administrativ koordinering: koordinering ud fra planer og koordinering ud fra feedback. Jo mere en aktivitet er standardiseret, jo bedre kan man koordinere via planer eller regelsæt. Jo mindre en aktivitet er standardiseret, jo mere er der behov for at koordinere ved hjælp af feedback, fordi aktiviteten ikke kan forudsiges på forhånd. Alter og Hage argumenterer for, at menneskelige services fordrer feedback, fordi det er svært at forudsige behandling-og service outcomes, og at interventioner derfor ikke kan standardiseres (33), s. 93). I relation til samarbejdet omkring forebyggelse af alkoholproblemer er der således behov for en høj grad af koordinering via feedback, fordi de enkelte forebyggelsesforløb påvirkes af den person, som deltager i forløbet, hvorfor det ikke nødvendigvis kan standardiseres.

Operationel koordinering

Operationel koordinering kaldes af Alter og Hage også 'opgaveintegration'. På dette niveau anvendes også formelle og upersonlige metoder, men der bygges i langt højere grad på uformelle koordinationsmetoder. Operationel koordinering er særlig vigtig i interorganisatoriske netværk, fordi det er her, at selve opgaveløsningen finder sted (33), s. 91-92).

I specialet anvendes den analytiske skelnen mellem administrativ og operationel koordinering til at belyse, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis koordineres.

Opsummerende kan man sige, at Alter og Hages teori beskriver, hvorfor samarbejde på tværs af sektorer og omkring ydelser, der ikke kan standardiseres, er komplekst, og hvordan dette derfor kræver en høj grad af koordinering og feedback mellem aktørerne (33), s. 93). Teorien kan således bruges til at diskutere, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis fungerer i forhold til koordinering af opgaver i relation til forebyggelse af alkoholproblemer med henblik på efterfølgende at kunne opstille forandringsforslag til en optimering af samarbejdet.

Da opbygningen af det danske sundhedsvæsen er af afgørende betydning for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer, vælges det at supplere Alter og Hages teori med arbejde af den danske forsker, Janne Seemann (Seemann). Hun tager udgangspunkt i Alter og Hages teori og videreudvikler denne i forhold til organisatoriske problemstillinger i det danske sundhedsvæsen, og bidrager således med perspektiver, som er relevante at supplere med i diskussionen af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis.

I det følgende præsenteres Janne Seemann, og der redegøres for de perspektiver fra hendes arbejde, som tænkes inddraget i specialets diskussionsafsnit.

7.2 Janne Seemann: interorganisatoriske perspektiver i det danske sundhedsvæsen

Janne Seemann (Seemann) er professor i organisationssociologi og PhD ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet. Hun er ligeledes forskningsleder af Center for Organization, Management and Administration (COMA) og har i en årrække undervist og forsket i sundhedsvæsenets ledelse og organisering især med fokus på organisatoriske grænseflader og interorganisatorisk ledelse.

Seemann tager blandt andet sit teoretiske afsæt i Alter & Hages teori om interorganisatoriske netværk – og hun belyser i kapitlet, *Interorganisatoriske perspektiver* (61), s. 184-186), hvordan nye samspilsformer ser dagens lys i disse år. Samspilsformerne er mangeartede, og stiller samlet set nye krav til ledelse og medarbejdere og til organiseringen af offentlige organisationer.

At den opgavekompleksitet, som det danske sundhedsvæsens organisationer indgår i, ligger uden for den enkelte organisations rækkevidde, har ifølge Seemann medført et stigende behov for tværgående kommunikation og samarbejde. Hun beskriver kompleksiteten og de udfordringer, der opstår ved, at organisationerne skal samarbejde og derved indgå i interorganisatoriske netværk på følgende måde:

“Interorganisatoriske netværks komplekse og sammenhængende karakter indebærer uundgåeligt overlappende arbejdsdeling, uklare ansvarsforhold, gensidig afhængighed, modstridende beslutninger og uløste opgaver” (61), s. 186)

De involverede organisationer kommer med hver deres kultur og hver deres sæt af værdier og normer, som er knyttet til forskellige fagligheder, lokalt tilholdssted samt interesse- og skæbnefællesskaber. Dette betyder ifølge Seemann, at solidariteten ikke rækker ud over egne grænser, da der i de forskellige organisationers adskilte funktioner udvikles specielle forståelseshorisonter og forpligtelser, som kan hæmme evnen til at tænke som en enhed i et interorganisatorisk netværk (63),s. 14).

7.2.1 Centrale elementer i et godt og konstruktivt samarbejde

Seemann præsenterer 4 centrale elementer, som kan medvirke til at skabe et godt og konstruktivt samarbejde samt stabilitet i de tværgående samarbejdsrelationer i et interorganisatorisk netværk.

1. Der skal være *konsensus om domæner* - det vil sige enighed om, hvilke aktiviteter den enkelte organisation skal udføre, hvilken målgruppe organisationen skal rette aktiviteten mod, og hvilke metoder, der skal anvendes.
2. Der skal være *ideologisk konsensus*, altså enighed om, hvad en given opgave/aktivitet består i, dens karakter, og hvilke foranstaltninger, som er bedst at anvende, når opgaven skal løses.
3. Der skal eksistere *gensidigt positive vurderinger* - det vil sige, at de deltagende organisationer skal opfatte hinanden som gode samarbejdspartnere.
4. Selve det interorganisatoriske arbejde skal via planlægningen af den fælles opgave over organisationers grænser, fungere og anses som effektivt.

(64), s. 287-288) (63), s. 18).

Disse 4 centrale elementer inddrages i diskussionen af specialets resultater med henblik på at kunne vurdere, hvorvidt de er til stede i samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring alkoholforebyggelse for derigennem at kunne vurdere forandringspotentialer heri.

Derudover fremhæver Seemann samarbejdsstrategier og tillid som helt afgørende for et konstruktivt samarbejde på tværs af organisatoriske enheder og systemer (63).

7.2.2 Tillid

Med udgangspunkt i Alter og Hages begreb *symbiotiske netværk* belyser Seemann, hvordan hver af organisationernes (lovgivningsmæssige) opgaver i det danske sundhedsvæsen hovedsageligt bygger på samarbejdsstrategier frem for på konkurrence (63), s. 17)

Seemann beskriver, hvordan en samarbejdsstrategi omkring tværgående udveksling af information kan skabe tillid mellem organisationerne, fordi det øger forudsigeligheden ved, at organisationerne får et bedre indblik i, hvad 'de andre' vil foretage sig på et bestemt område (61), 17-20).

“Vi arbejder netop sammen med dem, vi har tillid til, mens vi omvendt har svært ved at arbejde sammen med personer, vi ikke har tillid til” (63), s. 20).

Ifølge Seemann er tillid mellem parterne i et interorganisatorisk således en forudsætning for, at samarbejdet fungerer. I den forbindelse taler hun om tillid på tværs af grænseflader mellem organisationer, og på alle niveauer fx fra chef til ansatte, fra organisation til organisation og fra sektor til sektor. Seemann pointerer, at tilliden og det gode samarbejde smitter både nedad og opad i en organisation.

Hun tager udgangspunkt i, hvordan tillid kan udtrykkes i fire dimensioner:

- Kalkulationsbaseret tillid, som bygger på parternes afvejning af fordele og omkostninger ved forskellige handlinger
- Institutionelt baseret tillid, som bygger på love, regler og systemer
- Forståelsesbaseret tillid, som bygger på, at parterne har samme opfattelse af relevante forhold, altså ser tingene på samme måde
- Identifikationsbaseret tillid, som bygger på, at parterne på flere områder har fælles normer og værdier, kan have karakter af venskabsrelationer

(63), s. 19)

Seemanns fire tillids-dimensioner inddrages i diskussionen af specialets resultater med henblik på at kunne diskutere, hvorvidt disse former for tillid er til stede i samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer, eller om der ligger et forandringspotentiale heri.

8 Specialets metode

I dette afsnit præsenteres først, hvordan elementer af virkningsevaluering anvendes som overordnet struktur for valget af dataindsamlingsmetoder, der skal belyse samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer. Efterfølgende gennemgås de anvendte dataindsamlingsmetoder.

8.1 Virkningsevaluering

På baggrund af specialets fokus på forandring, anvendes virkningsevalueringens tilgang som overordnet metodisk struktur herfor. Ifølge Peter Dahler-Larsen er en af fordelene ved virkningsevaluering, at man arbejder med at realitetsteste forestillinger om, hvordan en offentlig indsats virker, og at man efterfølgende kan sondre mellem, hvor en indsats grundlæggende bygger på en fejlagtig idé, og hvor den kan justeres (44). Strukturen er således anvendelig til, med udspring i "SST's model for samarbejdet", at afdække, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis fungerer, og hvilke forandringspotentialer det rummer, med henblik på afslutningsvist at kunne opstille forandringsforslag til samarbejdet.

For at kunne forstå og forklare, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer fungerer, anvendes virkningsevaluering som inspiration til at undersøge, hvilke elementer, der medvirker til at fremme samarbejdet, og hvilke elementer, der skal forandres for, at forebyggelsesforløbet kan komme til at fungere bedre. Dette med henblik på at besvare specialets problemformulering:

Hvordan kan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer optimeres, så flere borgere henvender sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge?

Problemformuleringen peger hen imod opstilling af forandringsforslag ift., hvordan samarbejdet kan forbedres, og der er således ikke blot tale om en evaluering af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis, men derimod også en analyse af, hvorledes dette samarbejde kan ændres.

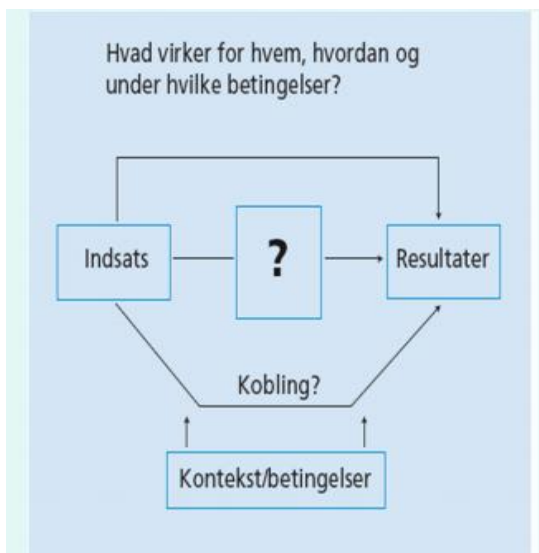
Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis er en væsentligt mere kompleks proces, end "SST's model for samarbejdet" illustrerer. Virkningsevaluering er netop anvendelig til at undersøge både effekten af

samarbejdet og processen, der går forud herfor, da den er udviklet ud fra en processuel tilgang til effektevaluering. Der er derfor fokus på sammenhæng mellem en indsats og resultaterne af denne, samt hvilke betingelser der skal være til stede for, at man opnår resultater. Virkningsevaluering har således en brobyggende funktion mellem processer og effekter, og giver mulighed for at vurdere en offentlig indsats i forhold til: *hvad virker for hvem, hvordan, hvornår, hvorfor og under hvilke omstændigheder?* (44), s. 51) (44), s. 96) (56), s. 41+42). Virkningsevaluering giver dermed mulighed for dels at undersøge effekten af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis (målt i antallet af henvendelser til kommunens tilbud om rådgivende alkoholsamtaler, der skyldes information fra praktiserende læger), og samtidig også undersøge processen i samarbejdet i forhold til at opnå en forståelse af, hvordan samarbejdet fungerer, og dermed hvornår og hvordan det påvirker, eller ikke påvirker, resultatet.

8.1.1 Programteori

Virkingsevaluering tager udgangspunkt i forestillinger om, hvorfor og hvordan en indsats virker, og på baggrund heraf opstilles en såkaldt programteori. Programteorien er et værktøj, der grafisk illustrerer de forhold, som er afgørende for, at en indsats lykkes, og den giver således en forklaring på, hvordan en indsats omsættes til resultater ((65) + (44), s. 51).

Illustrativt kan programteorien opstilles ud fra følgende opskrift:



Figur 5: Illustration frit efter undervisningsmateriale FSV, AAU

Programteorien anvendes i dette speciale til at illustrere den komplekse samarbejdsproces mellem Aalborg Kommune og almen praksis, og der arbejdes derfor ikke med, hvorvidt programteorien kan bekræftes, afkræftes eller udvikles, som ellers traditionelt er en virkningsevalueringens hovedspørgsmål (44), s. 51). Programteorien bruges i stedet som et illustrativt værktøj, der indledningsvis kan guide valget af fokuspunkter, som skal belyses, med henblik på at kunne opstille forandringsforslag for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis. Den første programteori, *SST-programteori*, blev udarbejdet i specialets problemafgrænsning på baggrund af "*SST's model for samarbejdet*". Efterfølgende blev denne programteori ændret på baggrund af casebeskrivelsen for derigennem at illustrere samarbejdet i Aalborg Kommune: *Aalborg-programteori*. Udklip af denne programteori vil løbende blive brugt gennem specialet til at illustrere sammenhængen mellem fokuspunkter, dataindsamlingsmetoder og analyser.

8.1.2 Køreplan for virkningsevaluering

Peter Dahler-Larsen opstiller i bogen: "*Nye veje i evaluering*" en køreplan for en virkningsevaluering bestående i 7 trin:

1. Stille evalueringsspørgsmålet
2. Finde kilder til programteorien
3. Opstille programteorien
4. Gøre programteorien klar til evaluering
5. Vælge metoder
6. Indsamle data
7. Analysere og konkludere

(44), s. 52).

Køreplanen for virkningsevaluering vil ikke blive anvendt systematisk, men som nævnt fungere som struktur og inspiration, hvorfor der i det følgende redegøres for, hvilke trin i *køreplanen for virkningsevaluering*, der anvendes, og hvordan de anvendes i specialet.

Trin 1: Stille evalueringsspørgsmålet

Traditionelt handler evalueringsspørgsmålet i en virkningsevaluering om, hvorvidt en indsats eventuelt har virket, på hvilken måde og under hvilke betingelser (44). I specialet opereres med forskningsspørgsmål, hvis besvarelser samlet bidrager til en besvarelse af specialets problemformulering. Disse forskningsspørgsmål tjener derfor som evalueringsspørgsmål i anvendelsen af virkningsevaluering i specialet. Evaluanden er i dette tilfælde således ikke en indsats i snæver forstand, men derimod en samarbejdsproces mellem to komplekse organisations-strukturer: Aalborg Kommune og almen praksis. Der foretages dog ikke en decideret effektevaluering i specialet, men nærmere en kortlægning af samarbejdet og effekten heraf med henblik på at kunne udpege forandringspotentialer.

Trin 2: Finde kilder til programteorien

En programteori bygger, som nævnt, på begrundede forestillinger om, hvordan og hvorfor en indsats kan tænkes at virke, og udarbejdes på baggrund af relevante kilder (44). I specialet udgør problemanalysen fundamentet for opstilling af programteorien, og kilderne hertil er derved fundet gennem litteratursøgning til problemanalysen. Denne litteratursøgning gennemgås senere i metodeafsnittet under punktet: "Litteratursøgning". Som nævnt blev den første programteori således udarbejdet som afslutning på problemanalysen, og illustrerer samarbejdet mellem almen praksis og kommuner generelt ud fra "*SST's model for samarbejdet*".

Programteorien for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis er udarbejdet på baggrund af casebeskrivelsen. Hertil er der indhentet data om kommunen via Aalborg Kommunes hjemmeside samt information om kommunens tilbud på alkoholforebyggelses-området via netportalen Sundhed.dk.

Trin 3: Opstilling af programteorien

Programteorien skal illustrere det samlede forebyggelsesforløb fra en borger med et storforbrug af alkohol kommer til konsultation hos egen læge, til borgeren kommer til en alkoholsamtale hos alkoholrådgiveren i Aalborg Kommune. Derved illustreres, hvorledes vejen fra praktiserende læge til alkoholsamtaler i Aalborg Kommunes Sundhedscenter foregår. Formålet i specialet er at kunne vurdere, hvorledes de enkelte led i den opstillede programteori fungerer, og derefter kunne udvælge de led, som bør undersøges systematisk med data. Som effektmål er "henvendelser til rådgivende samtaler i Sundhedscenteret, der er fremkommet efter information fra praktiserende læge" valgt, da dette mål indikerer, hvorvidt samarbejdet mellem kommunen og

almen praksis resulterer i sammenhængende forebyggelsesforløb på tværs af de to sektorer. Derudover indarbejdes også såkaldte moderatorer i programteorien, som er de betingelser, der har indflydelse på, om samarbejdet omkring forebyggelse af alkoholproblemer fungerer og dermed fører til det forventede resultat: henvendelse til rådgivningssamtale på baggrund af information fra egen læge (66).

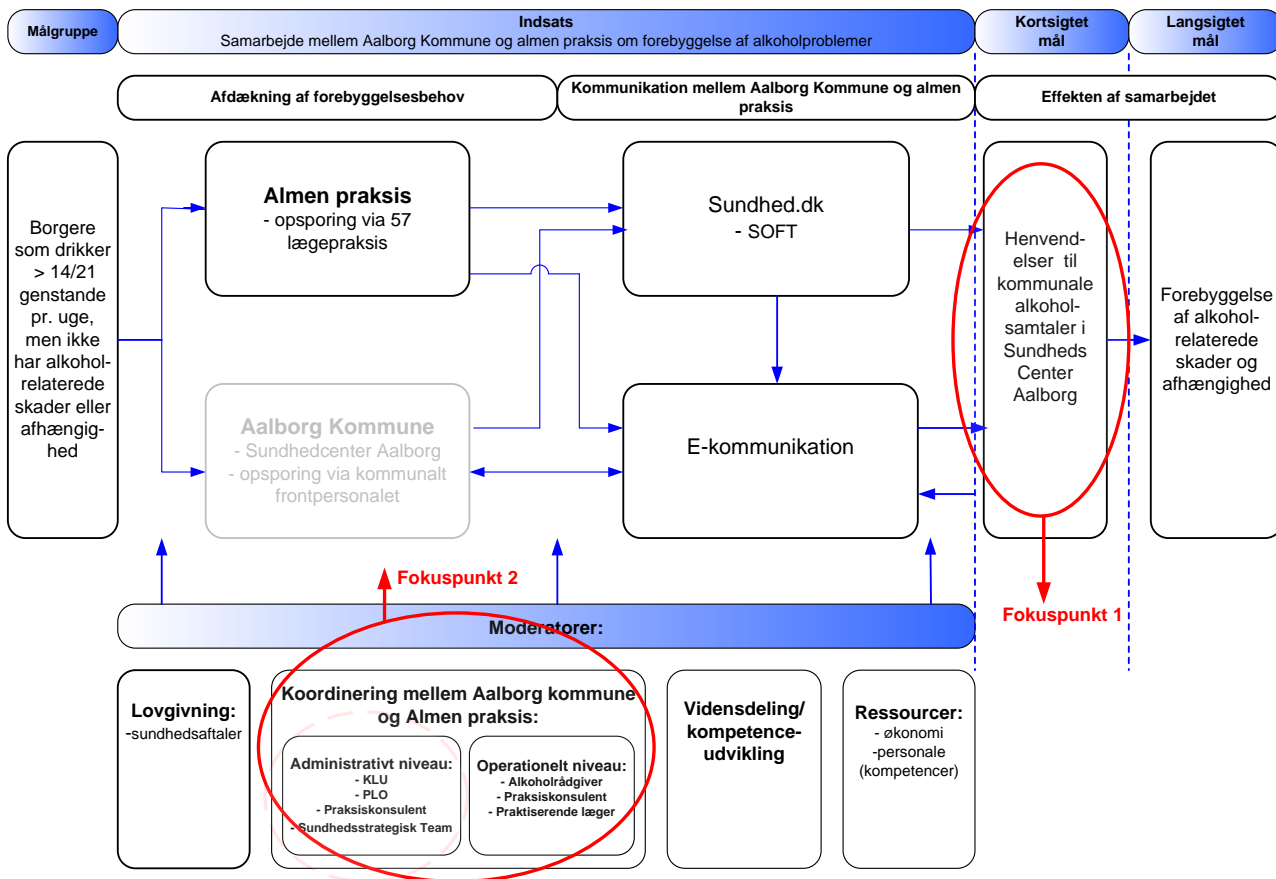
Trin 4: Gøre programteorien klar til evaluering

Ifølge Dahler-Larsen er udgangspunktet i en virkningsevaluering, at hvert led i programteorien undersøges systematisk. Programteorien kan dog ofte være så omfattende, at man må udvælge de led, der er af størst betydning for evalueringen (44,65), s. 51 + 70-73). I dette speciale vælges at undersøge de fokuspunkter i programteorien, hvori der mangles viden ift. at kunne vurdere, hvordan samarbejdet fungerer, eller som problemanalysen har vist, kan være problematiske.

Viden om, hvor mange borgere, der henvender sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge, og hvad der kan karakterisere de borgere, der henvender sig, er essentiel ift. at vurdere, hvordan samarbejdet mellem kommunen og almen praksis fungerer. Baseret på viden fra det tidligere nævnte studieprojekt omhandlende opsporing af alkoholstorforbrug i almen praksis formodes det, at samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis i dag ikke fungerer efter hensigten, og at der derfor er et forandringspotentiale i at forandre samarbejdet. Henvendelser til alkoholsamtaler bliver derfor specialets første fokuspunkt (fokuspunkt 1).

Problemanalysen har vist, at der er barrierer for samarbejdet i alle faserne af *"SST's model for samarbejdet"*, og at SST's anbefalinger kun er overordnede anbefalinger, som giver kommunerne frihed til selv at definere, hvordan anbefalingerne skal efterleves. Casebeskrivelsen har givet viden om, hvilke forebyggelsestilbud, Aalborg Kommune tilbyder, at tilbuddene kan findes via SOFT/Sundhed.dk, og at samarbejdet med almen praksis varetages af forskellige afdelinger på henholdsvis det administrative og det operationelle niveau. Da problemanalysen desuden har vist, at der er forskel på, hvordan samarbejdet (eller koordineringen) foregår på disse to niveauer, og at koordinering på det administrative niveau ikke nødvendigvis medfører koordinering på det operationelle niveau, er det relevant at undersøge, hvordan samarbejdet med almen praksis foregår i Aalborg Kommune på henholdsvis det operationelle og det administrative niveau. Disse to samarbejdsniveauer udvælges derfor også som fokuspunkt i specialet (fokuspunkt 2).

Fokuspunkterne illustreres i nedenstående programteori:



Programteori: Aalborg

Trin 5: Vælg metoder

I virkningsevaluering er programteorien styrende for valget af dataindsamlingsmetoder, og der vælges metode efter, hvad der egner sig bedst til at undersøge hvert enkelt led, hvorfor data både kan være kvantitative og kvalitative (44,65), s. 51). I dette speciale vælges der således metoder, der er velegnede til at opnå viden om de to udvalgte fokuspunkter.

Med henblik på at opnå viden om fokuspunkt 1 og dermed undersøge henvendelserne til alkoholsamtaler vælges det at udføre en kvantitativ analyse. Analysen skal dels bidrage med viden om, hvor mange borgere, der hidtil har henvendt sig i Sundhedscenteret på baggrund af information fra egen læge og desuden med viden om, hvilke karakteristika, der beskriver de borgere, der i øvrigt har henvendt sig. Denne viden er en

forudsætning for at kunne vurdere, hvordan Aalborg Kommunes indsats virker i dag, og efterfølgende kunne diskutere, hvordan et forbedret samarbejde mellem almen praksis og Aalborg Kommune eventuelt vil kunne resultere i flere henvendelser til Sundhedscenteret eller henvendelser fra en anden type borgere end de, der hidtil har været til alkoholsamtaler.

Fokuspunkt 1 operationaliseres i det første forskningsspørgsmål:

- 1) *Hvordan kan borgerne, der henvender sig til Aalborg Kommunes alkoholsamtaler, beskrives ud fra køn, alder og uddannelse, hvor de har information om tilbuddet fra, og hvorvidt de henvises til andre instanser efter endt forløb?*

Med henblik på at opnå viden om fokuspunkt 2 vælges det i specialet at udføre to interviews for at undersøge henholdsvis det operationelle og det administrative samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis.

Fokuspunkt 2 operationaliseres i det andet forskningsspørgsmål:

- 2) *Hvordan fungerer samarbejdet med almen praksis på henholdsvis operationelt og administrativt niveau i Aalborg Kommune, og hvilke faktorer kan identificeres som afgørende for samarbejdet?*

Da der i specialet ikke udarbejdes en decideret virkningsevaluering, men i stedet er fokus på, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan optimeres, udarbejdes et tredje forskningsspørgsmål. Dette spørgsmål skal guide en analyse af resultaterne af de to første forskningsspørgsmål med henblik på at kunne afdække forandringspotentialerne i samarbejdet og i sidste ende muliggøre en besvarelse af specialets problemformulering.

Tredje forskningsspørgsmål lyder derfor:

- 3) *Hvilke forandringspotentialer kan afdækkes ud fra resultaterne af forskningsspørgsmål 1 og 2?*

I det følgende gennemgås de valgte dataindsamlingsmetoder.

8.2 Litteratursøgning

Litteratursøgning er løbende gennem specialet blevet anvendt med henblik på at finde litteratur med relevans for specialets problemfelt: Samarbejde mellem almen praksis og kommuner omkring forebyggelse af alkoholproblemer, der skal bidrage til besvarelse af specialets problemformulering:

Hvordan kan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer optimeres, så flere borgere henvender sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge?

I afsnittet redegøres for de forskellige anvendte søgeteknikker, udvælgelsesprocedure og det endelige resultat af søgningerne. Den udvalgte litteratur præsenteres i bilag nr.1: Søgebilag.

8.2.1 Indledende søgninger til problemanalysen

Indledningsvist blev der foretaget søgninger med henblik på at finde relevant litteratur til specialets problemanalyse. Søgningerne bestod både i fritekstsøgning, kædesøgning og systematisk søgning omhandlende alkohol som folkesundhedsproblem, alkoholforebyggelse og alkohols kulturelle betydning i Danmark.

Den systematiske søgning blev foretaget ud fra følgende blokke:

- Alkoholoverforbrug
- Almen praksis
- Forebyggelse
- Social eller kulturel kontekst

Der søgtes i følgende databaser: Cinahl, Cochrane, Embase, PubMed, PsykInfo og Sociological Abstracts.

Ud fra viden om, at forebyggelses-opgaven er delt mellem regioner og kommuner, blev den systematiske søgning suppleret af en bred fritekstsøgning på forebyggelse i relation til begge sektorer med henblik på at opnå forståelse af dette felt. SST's publikation: "Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner" (8) blev den indledende inspirationskilde til at udlede projektets problemfelt: Samarbejdet mellem almen praksis og kommuner omkring forebyggelse af alkoholproblemer. Litteraturen fra

denne fritekstsøgning og efterfølgende kædesøgning gav et større indblik i specialets problemfelt og blev desuden anvendt til at afdække mulige søgetermer og operationalisering af problemfeltet.

8.2.2 Systematisk søgning efter litteratur til specialets problemfelt

For at opnå en afdækning af den evidensbaserede viden omkring samarbejdet mellem almen praksis og kommuner omkring forebyggelse af alkoholproblemer, blev der foretaget en grundig systematisk litteratursøgning.

Samarbejdet mellem almen praksis og kommuner omkring forebyggelse af alkoholproblemer er imidlertid et komplekst problemfelt at søge litteratur omkring, hovedsageligt af tre årsager:

- 1) den danske kontekst
- 2) det tværfaglige emne
- 3) den uhomogene begrebsafklaring

Organiseringen af det danske sundhedsvæsen er ikke direkte sammenlignelig med andre lande, og da samarbejdet mellem alment praktiserende læger, som selvstændige aktører, og kommuner, som en offentlig instans, er afhængigt af den organisatoriske opbygning, er det svært at finde international litteratur, der kan belyse denne problemstilling.

Problemfeltets tværfaglige karakter involverer bl.a. sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab og organisationsteori, hvorfor der ses forskellige termer og forståelser af disse i litteraturen.

Derudover ses der en uhomogen begrebsafklaring i de anvendte databaser og i litteraturen, samt forskellige forståelser af de begreber, der er relevante at søge på. Eksempler på dette er, at begreber som 'integration' eller 'integrated health care delivery', der kan anvendes som søgetermer som proxy for sammenhængende forebyggelsesforløb, dækkes af en bred vifte af termer i litteraturen (67,68). Mange af disse termer, som kan beskrive specialets problemfelt, er desuden endnu ikke indekserede i søgedatabaserne, hvilket komplicerer en søgning af litteratur via kontrollerede emneord. Søgningerne bliver derved mindre præcise.

Problemfeltets kompleksitet betød, at det var nødvendigt at foretage flere søgninger med justeringer af søgeblokkene for at lave en søgning, der resulterede i relevant litteratur. I det følgende redegøres for denne proces.

Søgningerne blev foretaget i følgende databaser: PubMed, Cinahl, Embase og Scopus. Databaserne blev udvalgt med henblik på at rumme problemfeltets tværfaglige karakter (for yderligere argumentation for valg af databaser, se *Søgebilag*, bilag 1).

Da problemfeltet, som nævnt, er komplekst at søge litteratur til pga. mange forskellige termer, som anvendes forskelligt i litteraturen, anvendtes PubMed som udgangspunkt for søgningerne. Med dette menes, at PubMed blev afgørende for udvælgelsen af endelige søgetermer, som efterfølgende blev brugt i de øvrige databaser med tilretninger til de enkelte databasers indeksering. PubMed blev valgt, fordi den har en veludviklet Tesauros-funktion, og søgeteknik er simpel at anvende.

8.2.3 Opbygning af den systematiske søgning

En systematisk søgning til specialets problemfelt: Samarbejde mellem kommuner og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer blev indledningsvist opbygget ud fra 4 søgeblokke:

- Aktører: almen praksis og kommune
- Samarbejde
- Forebyggelse
- Alkoholproblemer

Denne søgning viste, at der var behov for at justere på to af blokkene: 'aktører' og 'alkoholproblemer'. I relation til 'aktører' er 'kommune' et dansk begreb, der bedst oversættes til engelsk med ordet 'municipal/municipality'. Imidlertid dækker søgetermer i relation til disse ord ikke det danske ord 'kommune', hvorfor der ikke kunne søges på kommuner som aktør. I stedet valgtes at søge på termer, som omhandler samarbejde mellem to aktører/tværfagligt samarbejde/koordinering af sundhedsydelse. Når søgeblokken 'alkoholproblemer' blev tilføjet i søgningen, gav søgningen ingen resultater, og det blev derfor besluttet at undlade alkoholproblemer som søgeblok og i stedet søge på samarbejde om forebyggelse generelt.

Søgningen blev derfor efterfølgende forsøgt bygget op omkring 3 søgeblokke, og betragtes som specialets første systematiske søgning.

Søgning 1

- Samarbejde mellem to aktører/tværfagligt samarbejde/koordinering af sundhedsydelser
- Forebyggelse
- Almen praksis

Det skal bemærkes, at søgeblokken 'Almen praksis' kun blev medtaget i de databaser, hvor søgningen på de to øvrige blokke fordrede yderligere afgrænsning, hvorfor det her valgtes at indsnævre søgningen, så der blev søgt på mindst én af problemfeltets aktører.

De anvendte søgetermer i de forskellige databaser fremgår af *Søgebilag*, bilag 1.

Gennemlæsning af titler og abstracts viste dog, at der var meget støj i søgningen, og at artiklerne ikke var relevante at anvende til belysning af samarbejde om forebyggelse af alkoholproblemer på tværs af sektorer i en dansk kontekst, fordi de omhandlede samarbejdsformer- eller kontekster, der ikke var sammenlignelige med projektets problemfelt. Til eksempel kan nævnes:

- Tværfagligt samarbejde internt på én afdeling og dermed ikke på tværs af organisatoriske skel.
- Havde fokus på samarbejde om skrøbelige ældre og dermed involverede helt andre aktører, som fx plejehjem
- Havde fokus på forebyggelse af problemstillinger, som ikke var sammenlignelige med forebyggelse af alkoholproblemer - fx forebyggelse inden for barselsområdet
- Omhandlede lande, hvis sundhedssystemer ikke er sammenlignelige med det danske - fx Ukraine eller afrikanske lande

I stedet forsøgte at søge på problemstillingen alene i en dansk kontekst ud fra følgende søgeblokke, hvilket betragtes som specialets anden systematiske søgning:

Søgning 2

- Samarbejde eller koordinering mellem to/flere aktører
- Forebyggelse
- Danmark

Denne søgning gav kun artikler omhandlende forebyggelse i sygehusregi og ramte dermed ikke specialets problemfelt, hvorfor søgningen indsnævredes til kun at søge på samarbejde/koordinering i Danmark, som blev specialets tredje og endelige søgning.

Søgning 3: Den endelige søgning

De anvendte søgeblokke i den endelige søgning er:

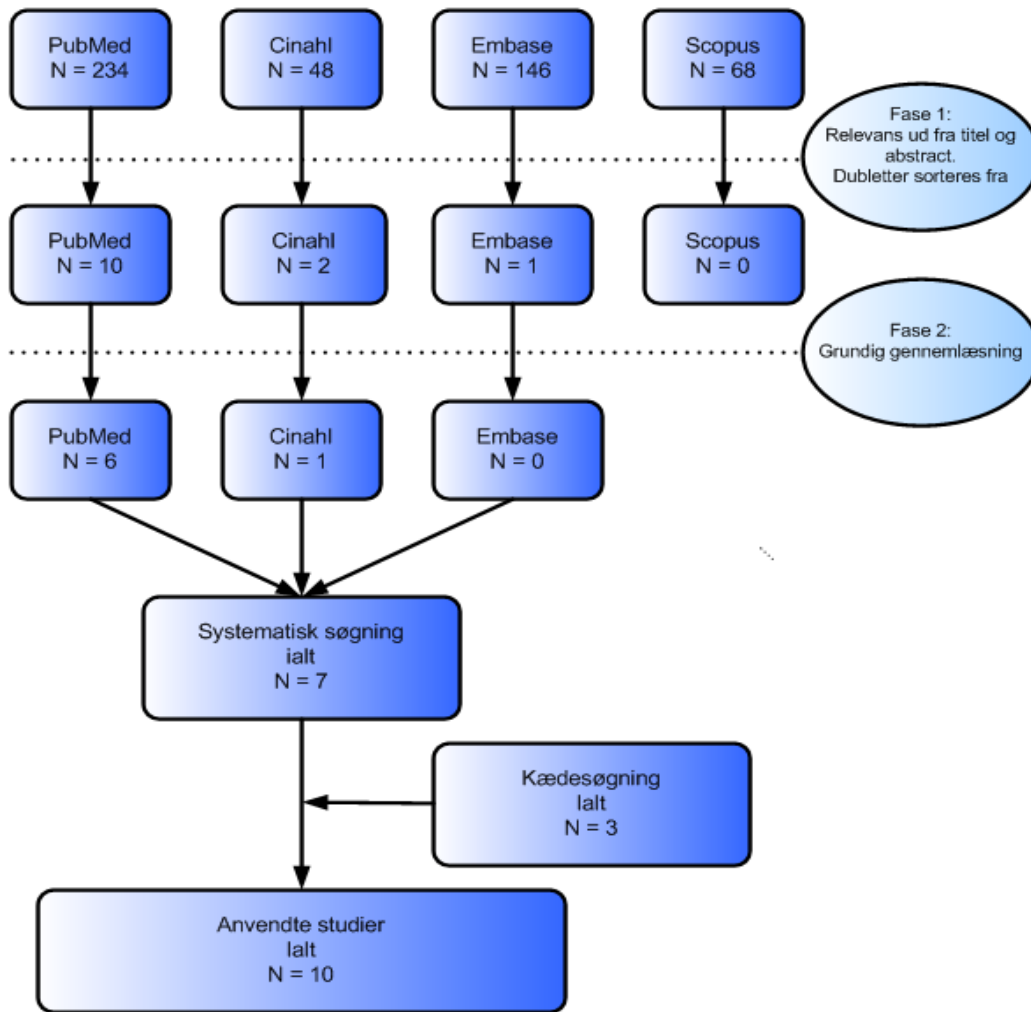
- Samarbejde eller koordinering mellem to/flere aktører
- Danmark

Søgeskema med søgetermer i de forskellige databaser samt angivelse af, hvor der blev anvendt kontrollerede emneord (MeSH/Term) eller fritekst findes i *Søgebilag*, bilag 1.

8.2.4 Resultat af søgning

Søgningen blev afsluttet den 10.05.16.

Der blev fundet i alt 7 relevante artikler ved den systematiske søgning og 3 ved kædesøgning. Disse artikler er udvalgt gennem en udvælgelsesproces, som illustreres i nedenstående flowdiagram, figur 6, efterfulgt af en redegørelse for processen.



Figur 6: Flowdiagram over den systematiske litteratursøgning

Artiklerne blev sorteret ud fra følgende in-og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

- skal omhandle samarbejde inden for sundhedsvæsenet i en skandinavisk kontekst
- Skal være publiceret efter 2007, hvor kommunalreformen trådte i kraft
- Skal omhandle samarbejde på tværs af sektorer
- Skal omhandle problemstillinger, der er sammenlignelige med forebyggelse af alkoholproblemer, fx forebyggelse af øvrige KRAM-faktorer eller diabetes
- Skal omhandle samarbejde mellem offentlige aktører

Eksklusionskriterier:

- Må ikke omhandle tværfagligt samarbejde internt på én afdeling, og dermed ikke på tværs af organisatoriske skel
- Må ikke omhandle tværfaglig uddannelse af studerende indenfor de sundhedsfaglige professioner
- Må ikke omhandle samarbejde med og mellem aktører uden for den offentlige sektor, fx alternative behandlere

Som det fremgår af flowdiagrammet blev artiklerne udvalgt gennem 2 faser:

Fase 1

I den første fase blev artiklerne sorteret ud fra titel og abstract, dubletter blev sorteret fra, og i alt 13 artikler blev udvalgt til gennemlæsning. At kun 13 ud af 496 artikler var relevante ud fra titel og abstract viser, at søgningen har været bred og med meget støj, hvilket skyldes nødvendigheden af at søge bredt på samarbejde eller koordinering mellem to aktører. Samtidig afspejler dette også den uhomogene begrebsafklaring, der findes inden for specialets problemfelt.

Fase 2

I den anden fase blev artiklerne læst grundigt igennem, og de relevante artikler ud fra in-og eksklusionskriterier blev udvalgt.

8.2.5 Vurdering af artikler

Artiklerne blev efterfølgende læst og vurderet i forhold til deres kvalitet og anvendelighed i specialet.

Artiklerne er beskrevet i bilag 2: *Vurderinger af udvalgte artikler*, hvoraf vurderingen af dem også fremgår.

Som følge af specialets tværvideenskabelige karakter skete vurderingen af litteraturen ud fra anvendelsen af en evidens typologi. Denne tænkning karakteriseres som en: "*..situationsbestemt tilgang til anbefalinger om undersøgelsesdesign*" (69), s. 82). Typologien implicerer, at litteraturen ikke vurderes ud fra et evidenshierarki, hvor nogle designs vægtes højere end andre. Derimod vurderes evidensen i forhold til, hvor anvendeligt det valgte undersøgelsesdesign er til opfyldelse af forskningsformålet. Ved at anvende evidens typologien sikredes således, at litteraturen blev vurderet ud fra de kvalitetskriterier, som er relevante for det forskningsfokus, den enkelte artikel havde.

Som eksempler kan nævnes:

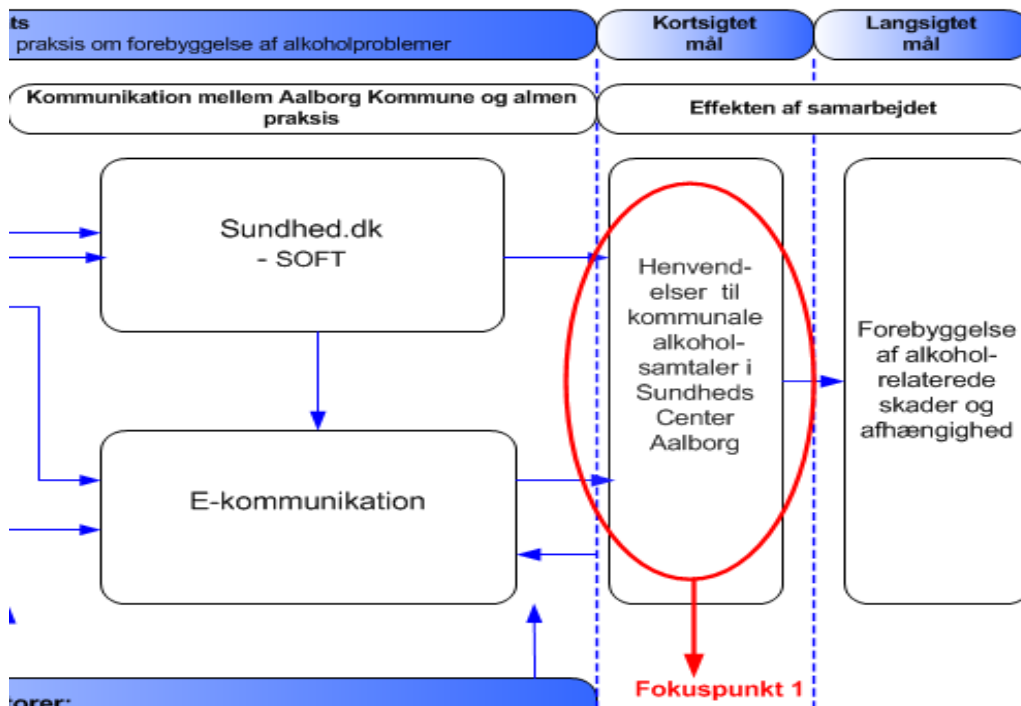
- Artikler, hvis forskningsformål lå inden for *den beskrivende* eller *forklarende forskningstype* blev vurderet ud fra kvantitative kvalitetskriterier som: validitet, reliabilitet og statistisk generaliserbarhed (56), s. 14-15). Dette var fx tilfældet for det systematiske review.
- Artikler, hvis forskningsspørgsmål lå inden for *den forstående forskningstype* blev vurderet ud fra kvalitative kvalitetskriterier som: gyldighed, transparens, metodologisk refleksion og meningsfulde sammenhænge/kobling af forskningsspørgsmål, litteratur, resultater og fortolkning (56)s. 39) (70). Dette var fx tilfældet for artikler omhandlende organisatoriske problemstillinger.
- Flere af de fundne artikler var såkaldte *sammenlignende undersøgelser*, hvori landes sundhedsvæsen eller koordinering af sundhedsydelser blev analyseret og sammenlignet. Disse artikler blev vurderet ud fra, om de sammenligner lande, hvor de faktorer og enheder, man undersøger, ligner hinanden, om der bruges relevant teori, og om der redegøres for dennes perspektiv, samt hvorvidt der er metodisk og analytisk transparens (58), s. 199-216).
- Specialets problemfelt behandles ofte i såkaldte '*policy papers*'. Af disse fremgår ikke metodologiske beskrivelser eller overvejelser. Det vurderedes dog, at de var anvendelige til belysning af specialets problemfelt, hvorfor de blev inkluderet. Det blev valgt at vurdere kvaliteten af '*policy papers*' ud fra kvalitative kvalitetskrav i forhold til, om der er en meningsfuld sammenhæng mellem formålet med artiklen og de resultater og tolkninger, der præsenteres

Med henblik på at sikre en systematisk kvalitetsvurdering blev tjeklister anvendt, hvor det fandtes muligt. Den kvalitative tjekliste, *CASP* (Critical Appraisal Skills Programme) blev valgt som tjekliste for kvalitative studier, mens *PRISMA* (the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) blev anvendt til systematiske reviews. Tjeklister fremgår af bilag 3: *Tjekliste: PRISMA + CASP*.

Der blev desuden inkluderet enkelte artikler, som kan betegnes 'grå litteratur', fordi de ikke har været publiceret i videnskabelige databaser. Der var i den forbindelse ekstra opmærksomhed på kvaliteten, da grå litteratur sjældent er evidensbaseret eller peer reviewed (71).

8.3 Kvantitativ metode

Til belysning af *Aalborg-programteoriens* fokuspunkt 1, som illustreres nedenfor, anvendes en kvantitativ tilgang.



Programteori Aalborg: Fokuspunkt 1

Den kvantitative tilgang anvendes til besvarelse af specialets første forskningsspørgsmål:

- 1) *Hvordan kan borgerne, der henvender sig til Aalborg Kommunes alkoholsamtaler, beskrives ud fra køn, alder og uddannelse, hvor de har information om tilbuddet fra, og hvorvidt de henvises til andre instanser efter endt forløb?*

Forskningsspørgsmålet lægger op til en beskrivende undersøgelse, og der gøres derfor brug af den *beskrivende forskningstype*, hvor kernespørgsmålet er: "Hvordan fordeler X sig på Y?" (56), s. 13). Formålet med den kvantitative analyse er således at beskrive:

- hvilke borgere i Aalborg Kommune, der har deltaget i alkoholsamtaler

- hvor mange af borgerne, der har henvendt sig på baggrund af information fra egen læge.
- hvorvidt borgerne efterfølgende henvises til anden instans

Den beskrivende forskningstype tager udgangspunkt i det *empirisk-analytiske* paradigme, hvori der lægges vægt på empiriske iagttagelser, testning samt objektivitet, værdineutralitet og lovmæssigheder (56), s. 58).

8.3.1 Kvalitetskrav ved den kvantitative metode

Der tages i den kvantitative analyse udgangspunkt i kvalitetskrav, der tilhører de beskrivende forskningsmetoder:

- *Validitet*: omhandler gyldighed, og henviser til, at der måles det tilsigtede.
- *Reliabilitet*: omhandler pålidelighed, og henviser til, at det, der måles, kan måles på samme måde igen og eventuelt af andre forskere. Der er herved et krav om reproducerbarhed.
- *Generaliserbarhed*: omhandler den statistiske generaliserbarhed, der opnås ved hjælp af en tilfældig stikprøve, som er repræsentativ for den generelle befolkning.

(56),s. 14-15)

Ovenstående kvalitetskrav blev indtænkt i udformningen af den kvantitative analyse, og vil senere blive anvendt til at diskutere og vurdere kvaliteten af specialets kvantitative metode i afsnit nr. 10.1: *Diskussion af specialets anvendte metoder*.

8.3.2 Data

I analysen anvendes data fra Aalborg Kommune omkring alkoholsamtaler foretaget i Sundhedscenter Aalborg, registreret af alkoholrådgiveren. Data er registreret fra juni 2013 frem til marts 2016, og i denne periode er der registreret 150 alkoholsamtaler fordelt på 62 personer. Borgernes 1. henvendelse er fordelt med 1 henvendelse i 2013, 28 henvendelser i 2014, 21 i 2015 samt 13 i 2016.

For hver henvendelse er der foretaget registrering af i alt 13 variabler. Det vælges dog kun at benytte nedenstående variabler i specialet med henblik på at kunne besvare forskningsspørgsmål 1:

- Køn
- Alder
- Uddannelse
- Henvist fra (Hvor borgeren har fået information om tilbuddet om alkoholsamtaler)

- Henvisning ekstern (Om borgeren er henvist videre efter endt samtaleforløb på sundhedscentret).

Se bilag 4: *Data fra Sundhedscenter Aalborg*.

Da studiepopulationen er forholdsvis lille (n=62), vurderes data kun egnet til simple deskriptive analyser, der angiver frekvensfordelinger (72), s.78). Analyserne viser dermed blot, hvordan borgerne fordeler sig på de enkelte variabler, men siger ikke noget om, hvorvidt der er sammenhæng mellem variablerne - fx, om der er sammenhæng mellem borgernes uddannelsesniveau, og hvor de er henvist fra.

Microsoft Excel 2010 anvendes både til håndtering af data samt til selve analysen.

8.3.3 Klargøring af data

Samling af observationer på records⁹

Borgerne er opgjort i form af unikke løbenumre i datasættet. Tilbuddet om alkoholsamtaler består ofte i et forløb for den enkelte borger indeholdende flere samtaler, og de 150 registrerede samtaler er derfor ikke samtaler givet til 150 personer. For at finde frem til det antal borgere, der har modtaget tilbuddet om alkoholsamtaler, samles observationerne for hvert løbenummer på en såkaldt record.

Denne samling af observationer viser, at 62 borgere er registreret i datasættet.

Kodning

Datasættet er oprindeligt kodet med både tekst og tal. I den kvantitative analyse vælges det at omdøbe variablerne, så de bliver meningsfulde for analysen, mens de oprindelige svarkategorier bibeholdes, se nedenstående tabel 1:

⁹ Records svarer til rækkerne i fx et excel ark – personen (el.lign.) hvis svar på alle variable i det enkelte spørgeskema er i rækken.

Variabel (oprindelig navn)	Svarkategorier
Køn (AlkoholsamtaleKønTekst)	mand kvinde
Alder (AlkoholsamtaleAlder)	angives som antal år
Uddannelse (Uddannelsetekst)	Erhvervsfaglig uddannelse Håndværksmæssig uddannelse Mellemlang videregående uddannelse Lang videregående uddannelse Andet Ikke oplyst Ikke valgt
Henvist fra (AlkoholsamtaleHenvistFraTekst)	Egen læge Hjemmeside Bekendt Andet Ikke valgt Misbrugscenteret Øvrige tilbud på SCA Ekstern personale
Henvisninger eksternt (AlkoholsamtaleHenvisningEksternTekst)	Egen læge Misbrugscenter Andet Ikke henvist

Tabel 1: Oversigt over variabler

8.3.4 Fremgangsmåde for analyse af variabler

Køn

Svarkategorier for variabelen 'køn' er på en nominalskala, hvor sorteringen af data er i forskellige kategorier, der er gensidigt udelukkende og ikke rangordnede. At være 'mand' udelukker identiteten 'kvinde'. Variabelen 'køn' beskrives ud fra en frekvensfordeling, som angives i antal og procent.

Alder

I datasættet angives alder på ratio-intervalskala. Alder præsenteres ud fra en frekvensfordeling på aldersgrupper med 10 års interval, angivet i antal borgere og procent.

Uddannelse

Svarkategorierne for variabelen 'uddannelse' er i datasættet angivet på en ordinalskala, hvor de kategoriseres ud fra et navn med en indbyrdes rangorden i form af uddannelseslængde- eller type. For denne variabel angives en frekvensfordeling af borgernes uddannelse opgjort i antal og procent.

Henvist fra og Henvisninger eksternt

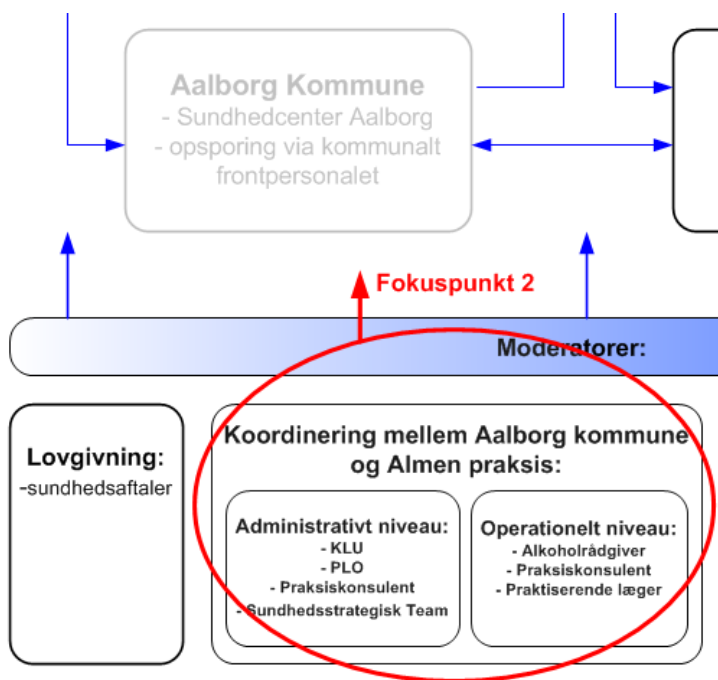
Svarkategorierne for variablerne 'henvist fra' og 'henvisninger eksternt' er angivet på en nominalskala. For at beskrive, hvordan data fordeler sig på variablerne, angives også her frekvensfordelinger opgjort i antal og procent.

Håndtering af missing data

Da datasættet er mangelfuldt, og alle variabler, undtagen variabelen 'køn', har en stor andel missing data, fravælges det at forsøge at håndtere disse. I stedet præsenteres andelen af missing data for hver variabel med henblik på at kunne vurdere, hvilken betydning manglende data har for analysen af den respektive variabel.

8.4 Kvalitativ metode

Til belysning af *Aalborg-programteoriens* fokuspunkt 2, som illustreres nedenfor, anvendes en kvalitativ tilgang.



Programteori Aalborg: Fokuspunkt 2

Den kvalitative tilgang, anvendes til besvarelse af specialets andet forskningsspørgsmål:

- 2) *Hvordan fungerer samarbejdet med almen praksis på henholdsvis operationelt og administrativt niveau i Aalborg Kommune, og hvilke faktorer kan identificeres som afgørende for samarbejdet?*

Den kvalitative tilgang tager udgangspunkt i det *fortolkningsvidenskabelige paradigme*, hvor forskeren ønsker at opnå indsigt i forskellige aktørers meninger om processer og resultater gennem identificering og fortolkning. Som litteraturen anbefaler, tages specialegruppens forforståelse i betragtning gennem hele den kvalitative proces, idet denne forforståelse indgår reflekteret i fortolkningen og udvikles i processen (56), s. 57 + 60-62).

Som dataindsamlingsmetode anvendes det *kvalitative forskningsinterview*, som hører til den *forstående forskningstype*. Denne kendetegnes ved at tage udgangspunkt i de udforskede menneskers perspektiv på et

fænomen i den kontekst, fænomenet udfolder sig i (56), s. 23-25). I dette tilfælde afdækkes således relevante aktørers perspektiver på samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis ud fra den kommunale kontekst.

Indledningsvis præsenteres de kvalitetskrav, som der tages udgangspunkt i gennem specialets kvalitative metode med det formål at styrke undersøgelsens kvalitet. Derefter redegøres for de metodiske valg, der er truffet i forbindelse med de kvalitative forskningsinterviews.

8.4.1 Kvalitetskrav ved den kvalitative metode

Kvalitetskrav, der vedrører de kvalitative forskningsmetoder inden for sundhedsvidenskab, er relativt nye, og i modsætning til det kvantitative forskningsområde er der ikke samme enighed om, hvilke mål der findes anvendelige som kvalitetskriterier herfor. Dette synes at resultere i nogle forskellige og til dels indbyrdes overlappende mål for kvalitet indenfor det kvalitative forskningsområde (58), s. 79-80) (73), s. 489).

Vedrørende kvaliteten af specialets kvalitative metode, stræbes der efter en **metodologisk refleksion**, hvor specialegruppen reflekterer over til- og fravalg i processen - med opmærksomhed på egen forforståelse, som tidligere nævnt. Igennem disse refleksioner søges at opnå en **transparens**, hvorved specialet fremstår gennemsigtigt for læseren i forhold til specialets metodologi (56)s. 39) (73), s. 491-493). I specialet søges dette efterkommet ved detaljerede redegørelser og begrundelser for metodiske til- og fravalg, som belyses i det kommende afsnit. **Transparens** er den kvalitative metodes pendant til den kvantitative metodes begreb: **reliabilitet**. Ligesom begrebet **validitet**, som oftest anvendes indenfor kvantitativ metode, 'oversættes' til begrebet: **gyldighed**, som også er et af de kvalitetskriterier, der tilstræbes i en kvalitativ dataindsamlingsmetode (58), s. 79) . Dette indebærer, at man undersøger, om den anvendte metode er velegnet til at undersøge det, der ønskes undersøgt. I specialet kommer parametre herfor bl.a. til udtryk i, at informanterne til interview-undersøgelsen er udvalgt således, at de giver et nuanceret billede af problemfeltet, og at problemfeltet bliver belyst i tilstrækkelig grad (58), s. 79-80). **Overførbarhed** er ligeledes et kvalitetskrav, der tilstræbes, hvilket indebærer en vurdering af, om resultater, der er opnået i én kontekst, kan overføres til beslægtede kontekster (56)s. 31). Det afgørende heri er, om specialets problembearbejdning i den konkrete kontekst, dvs. en konkret kommune, kan overføres til fx andre kommuner.

Kvalitetskravene, som der tages udgangspunkt i, vil blive anvendt til at vurdere kvaliteten af specialets kvalitative metode i afsnit nr 10.1: *Diskussion af specialets metoder*.

8.4.2 Det kvalitative forskningsinterview

Fordelene ved at anvende *det kvalitative forskningsinterview* som dataindsamlingsmetode er muligheden for at få et indgående og detaljeret kendskab til det fænomen/emne, der undersøges (58) s. 82). Denne metode er yderst anvendelig i studier af samspillet mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører og ved evaluering af sundhedsvæsenets funktion eller af specifikke interventioner, som er tilfældet i dette speciale. Yderligere kan man via kvalitative forskningsinterview beskrive og analysere processer og forløb, som netop er specialets omdrejningspunkt: samarbejde mellem almen praksis og Aalborg Kommune (58), s. 61)

Det kvalitative forskningsinterview anvendes herved i specialet med dét formål at undersøge, hvordan relevante aktører i Aalborg Kommune i deres daglige arbejde oplever samarbejdet med almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer. Desuden ønskes at afdække, hvilke aktuelle temaer og problemstillinger, som er af betydning herfor, og hvordan disse kommer til udtryk.

Med henblik på at kunne opstille forslag til forandringsaspekter i samarbejdet mellem almen praksis og Aalborg Kommune, har det været nødvendigt at opnå viden om, hvordan dette samarbejde foregår på nuværende tidspunkt, og hvilke konkrete aktører fra begge sektorer, der indgår heri. Disse aktører blev identificeret med afsæt i specialets udarbejdede programteori for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis.

Specialets kvalitative metode består derfor af to kvalitative forskningsinterview med:

- Alkoholrådgiveren ved Sundhedscenteret i Aalborg Kommune (interview 1)
- To konsulenter ved Sundhedsstrategisk Team i Aalborg Kommune (interview 2)

Interviewet med alkoholrådgiveren på Sundhedscenteret belyser, hvordan samarbejdet med almen praksis foregår på det operationelle niveau, mens interviewet med de to konsulenter fra Sundhedsstrategisk Team belyser samarbejdet ud fra et administrativt og organisatorisk niveau.

I det følgende beskrives udvælgelses-processen af de tre ovennævnte informanter.

Udvælgelse og præsentation af informanter:

I forhold til udvælgelse af informanter til det kvalitative forskningsinterview, anvendtes en *strategisk tilgang*, da hensigten med interviewene i dette speciale er at få belyst samarbejdet mellem almen praksis og Aalborg Kommune så nuanceret som muligt (58), s. 67).

Udvælgelses-processen indledtes via Aalborg Kommunes hjemmeside (55), hvoraf det fremgår, hvilke tilbud der tilbydes i relation til alkoholstorforbrug. Her var det muligt at identificere den kommunale medarbejder, som varetager forebyggelse af alkoholproblemer, og som derfor er en relevant informant i forhold til at opnå viden om kommunens forebyggelsestilbud og samarbejde med almen praksis. Vedkommende er Aalborg Kommunes eneste forebyggende alkoholrådgiver og er deltids-ansat i en todelt stilling, hvor hun udover alkoholrådgivning varetager rehabilitering af borgere med diabetes. I stillingen er det ikke defineret, hvor mange timer der bruges på de to funktioner (55).

I forlængelse af interviewet med alkoholrådgiveren anbefalede hun via sin leder på Sundhedscenteret, at der blev taget kontakt til en konsulent ved Sundhedsstrategisk Team i Aalborg Kommune for derigennem at opnå viden om samarbejdet på det administrative plan. Henvendelsen til denne konsulent medførte desuden et forslag om også at inddrage hendes kollega i interviewet, da vedkommende arbejder med forebyggelsestiltag og sundhedspolitik - herunder sundhedsaftaler - og tidligere har beskæftiget sig specifikt med alkoholområdet. Udvælgelsen af disse to informanter foregik således løbende i dataindsamlingen, som det ofte anbefales, da det på denne måde er muligt at finde informanter, som belyser andre aspekter af samme emne (58), s. 68). I dette tilfælde bevirkede det, at det blev muligt at belyse samarbejdet med almen praksis både fra det operationelle og det administrative plan.

For ligeledes at få belyst samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer fra almen praksis' perspektiv, blev der, gennem Nord-KAP (Kvalitetsenheden for almen praksis i region Nordjylland), forsøgt at etablere kontakt til formanden for KLU samt til den kommunale praksiskonsulent i Aalborg Kommune, med henblik på at rekruttere disse to praktiserende læger til interviews. Trods gentagne henvendelser til begge mulige repræsentanter for almen praksis, lykkedes det ikke at få kontakt til disse.

8.4.3 Det semistrukturerede interview

I specialet anvendes *semistruktureret interview*. Det *semistrukturerede interview* indebærer en form, hvor interviewerens på forhånd har identificeret nogle temaer, som ønskes belyst. Temaerne opstilles sædvanligvis i en interviewguide, hvor konkrete spørgsmål evt. er formuleret ud fra hvert tema (58), s. 62).

Begge semistrukturerede interviews blev foretaget på baggrund af en interviewguide, se bilag 5 og 6., hvor de specifikke temaer er udledt af specialets problemanalyse, som gennem litteratur berører forskellige elementer i problemstillingen - samt fra den opstillede programteori (*Programteori: Aalborg*), som tydeliggør relevante elementer, der skal belyses. Disse overordnede temaer blev operationaliseret til underliggende kategorier, som herved blev udgangspunktet for både de konkrete interviewspørgsmål og den efterfølgende analyse af datamaterialet fra interviewene. Denne proces illustreres i figur 7 nedenfor:



Figur 7: Operationaliseringsproces for interviewguide

Formålet med en interviewguide er, at den medvirker til at strukturere selve interviewforløbet mere eller mindre stramt - samt til, at interviewerens kan sikre sig, at informanten kommer omkring alle de udvalgte temaer (74), s. 151).

Overvejelser vedrørende struktureringen af begge interviews havde fokus på både en tematisk og en dynamisk dimension (58), s.65). Den tematiske dimension indebærer, at interviewguiden, som tidligere beskrevet, har sit udspring fra specialets problemstilling, hvorimod den dynamiske dimension har betydning for interviewets flow og stemningen mellem interviewer og informant (58), s. 65-66). Dette afspejles i begge interviewguides, idet de indeholdt både relevante forskningstemaer, som dækker den tematiske dimension samt formulerede interviewspørgsmål, som kunne anvendes i en naturlig samtale og dermed dækker den dynamiske dimension, se bilag 5 og 6.

Idet det semistrukturerede interview er en af de interviewformer, som åbner flest muligheder i forhold til ændringer undervejs, blev der ligeledes i udarbejdelse af interviewguiden, fokuseret på en åbenhed overfor, at der i dialogen med informanterne var plads til, at man kunne komme ind på emner eller elementer, som der var behov for at spørge uddybende ind til - for derigennem at opnå større viden om emnet (74). Udover dette fokus på åbenhed var der også fokus på en bevidsthed om specialegruppens egen forforståelse, jf. afsnit: *Videnskabsteori*, som har en betydning for hele interviewprocessen (58), s. 62). Bevidstheden om denne forforståelse medførte en øget opmærksomhed på, at interviewet udelukkende skulle handle om informanternes oplevelser og tanker - dog med udgangspunkt i temaer, som var valgt af specialegruppen i kraft af deres forforståelse.

I det følgende redegøres for opbygningen af de to interviewguides. Da der er ligheder mellem de to interviewguides, forekommer der afsnit, hvor de beskrives samlet, og der, hvor de adskiller sig, beskrives de separat.

8.4.4 Opbygning af interviewguiden

Som beskrevet i ovenstående afsnit: *Udvælgelse og præsentation af informanter*, blev interview 2 først planlagt i forlængelse af interview 1, hvor informanten heri henviste forskerne til de to øvrige relevante informanter. Dette havde den betydning, at resultaterne fra interview 1 blev anvendt i udarbejdelsen af interviewguiden til interview 2, hvorfor der bl.a. blev spurgt direkte til formidlingen fra administrativt til operationelt niveau, se bilag 6: *Interviewguide 2*.

Briefing

Indledningsvist blev der i begge interviews foretaget en *briefing*, hvor interviewer(e) præsenterede sig og forklarede formålet med, og rammerne for, interviewet, se bilag 5 og 6. Samtidig forklaredes de praktiske og etiske foranstaltninger ift. optagelse og transskribering af interviewet samt anonymisering af informanter (74), s. 149). Dette uddybes senere i afsnittet, *Etiske overvejelser*.

Spørgsmålstyper

Både interview 1 og 2 startedes med et *indledende spørgsmål*, som åbningsspørgsmål, for at give anledning til, at informanterne selv kunne komme ind på dét, som de vurderede, var det væsentligste (74), s. 155).

Informanterne blev derfor bedt indledningsvist om at fortælle lidt om sig selv og deres arbejdsmæssige roller og funktioner i hhv. Sundhedscenteret og Sundhedsstrategisk Team. Dette mhp. at opnå indsigt i deres konkrete arbejdsfunktioner i Aalborg Kommune samt for deres specifikke roller i samarbejdet med almen praksis. Spørgsmålene er vist i nedenstående tabel 2.

	<i>Kategori</i>	<i>Interview-spørgsmål</i>	<i>Spørgsmål-type</i>
Interview 1	Oplysninger om informanten	<i>Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv og din rolle her i Sundhedscentret?</i>	Indledende spørgsmål
Interview 2	Oplysninger om informanterne	<i>Vil I starte med at fortælle lidt om jer selv og jeres roller i Aalborg Kommune?</i>	Indledende spørgsmål

Tabel 2: Indledende spørgsmål

Efterfølgende blev der i begge interviews udarbejdet flere *sonderende spørgsmål* for at få detaljerede beskrivelser af det, informanterne fortalte om. Der ønskedes herved en bred og åben undersøgelse af hhv. alkoholrådgiverens og konsulenternes samarbejde med almen praksis samt om kommunens forebyggelsestilbud- og tiltag ift. samarbejdet (74), s. 155-56) (73), s. 41).

Under disse *sonderende spørgsmål* var der opstillet nogle *direkte spørgsmål*, som primært kunne anvendes som hjælpespørgsmål for interviewereren. Disse spørgsmål blev kun stillet, hvis interviewereren fandt det nødvendigt i forhold til at få afdækket hele temaet og for at få et naturligt flow i interviewet.

Nedenstående tabel 3 er et udsnit fra en af specialets interviewguides, som viser, hvordan kategorier blev operationaliseret til konkrete interview-spørgsmål, se bilag 5: *Interviewguide 2*, for flere detaljer:

Sonderende spørgsmål	Kommunens rolle i et forebyggelsesforløb relateret til alkohol – herunder konkrete indsatser	<p><i>Vil du fortælle lidt om, hvilke indsatser kommunen har ift. forebyggelse af alkoholproblemer ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad gør man helt konkret ift. forebyggelse af alkoholproblemer?
Sonderende spørgsmål	Kommunens arbejde ift. samarbejdet om forebyggelsesforløbet med almen praksis	<p><i>Vi har kendskab til, at der findes forskellige organisatoriske tiltag ift. samarbejdet, og vi har prøvet at skitsere dette via et flow-diagram</i></p> <p>- hvordan arbejder Aalborg Kommune med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsaftalerne? • SOFT? • Kommunal praksiskonsulent? • Kommunal-lægelig udvalg • Fælles kompetence udvikling?
Opfølgende spørgsmål	Fælles kompetenceudvikling	<p><i>Har du kendskab til 'fælles-arrangementer' som led i fælles kompetenceudvikling?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fx Fælleskolebænk • Road show
Opfølgende spørgsmål	Tiltag ift. fælles kompetenceudvikling	<p><i>Ser du en idé i at lave fælles kompetenceudvikling? Fx.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Casearbejde

Tabel 3: Udsnit interviewguide: operationalisering af kategorier til konkrete interview-spørgsmål

Debriefing

Afslutningsvis blev der i begge interviews foretaget en *debriefing*, hvor interviewerens gav de interviewede mulighed for at tilføje noget, hvis de var kommet i tanke om noget andet relevant gennem interviewet – ligesom interviewerens her kunne spørge ind til, hvordan de interviewede oplevede at deltage i interviewet (74), s. 149) (58), s. 71)

8.4.5 Udførelse af interviews

Interviewene foregik på informanternes arbejdsplads. Både for at informanterne skulle bruge mindst mulig tid på interviewene samt for at skabe trygge og velkendte rammer, som skulle få informanterne til at være afslappede og åbne. Samtidig vægtedes det højt, at interviewene kunne foregå i et aflukket og herved uforstyrret lokale - dette for at øge koncentrationen hos informanterne (74), s. 160).

Med henblik på at understøtte en afslappet atmosfære blev interviewene udført som en dialog mellem informanten og interviewerens ud fra Kvaales opfattelse af forskningsinterviewet som en interpersonel situation, hvor formen på interviewet kan betragtes som en hverdags samtale mellem to parter om et emne af fælles interesse (74), s. 143 + 45). Alle tre specialestuderende deltog i interviewene og indgik i dialogen med henblik på at opnå en fælles læring heraf. Det skal dog nævnes, at én af de studerende var hovedinterviewer og ansvarlig for at skabe struktur, så alle interviewguidens temaer blev berørt.

8.4.6 Transskribering

I denne fase blev materialet fra interviewene gjort klar til analysefasen ved at gøre data tilgængelige og håndterbare (58), s. 73-74). Begge interviews blev optaget på diktafon og efterfølgende blev en fuldstændig transskribering af hele den mundtlige samtale foretaget. I oversættelsen fra talesprog til skriftsprog sker der en datareduktion og tolkning, hvilket kræver beslutninger og vurderinger undervejs, og det er derfor vigtigt at være bevidst om, hvordan transskriberingen skal foretages (58), s. 73-74).

Forud for transskriberingen blev en gennemlytning af lydfileerne foretaget for at få det første overblik over datamaterialet (56), s. 163). Transskriberingen blev foretaget umiddelbart efter interviewene, mens disse stadig var præsente i hukommelsen.

Deltagerne er anonymiseret i transskriptionen, og betegnes interviewperson (IP) efterfulgt af nummer (1 og 2) i interview 2, hvor der var to informanter. Transskriptionerne er vedlagt bilag 7 og 8.

8.4.7 Analyse og fortolkning

Tilgangene til analyse og fortolkning af datamateriale er mange og anskues ud fra forskerens videnskabsteoretiske ståsted. Jævnfør afsnittet: *Videnskabsteori*, blev de to semistrukturerede interviews analyseret og fortolket efter principperne indenfor hermeneutikken, hvor, som tidligere nævnt, "*Den hermeneutiske cirkel*" (57), s. 95) findes anvendelig til at analysere og syntetisere materialet for til sidst at opnå en dybere forståelse af enkeltdelene i større helheder, samt af helheden ud fra enkeltdelene. Denne analysetilgang giver afslutningsvist et overblik over datamaterialet, som skaber en ny forståelse af specialets problemfelt, fx ved at vise nye sammenhænge som ikke var åbenlyse fra specialets/undersøgelsens begyndelse (73), s. 45-46).

Grundlæggende bør det generelt være undersøgelsens forskningsspørgsmål, der er afgørende for valg af analysemetode (58), s. 74).

Med udgangspunkt i forskningsspørgsmål 2 anvendtes derfor en hermeneutisk analysestrategi med målet om at skabe en ny forståelse af problemfeltet. Denne analysestrategi omfatter 4 trin, som styres af specialets forskningsspørgsmål, jf. afsnittet: *Problemformulering*. I trin 1 til 3 foretages en *dekontekstualisering*, hvor dele af materialet separeres og tages ud af helheden, med afsæt i en fænomenologisk analyse-tilgang (58), s. 177). Det resterende trin 4 indebærer en *rekontekstualisering*, hvor det adskilte datamateriale, gennem en hermeneutisk fortolkning, sættes sammen igen på en ny måde, hvori den gældende kontekst inddrages (58), s. 175-177). Ligesom i transskriberingsprocessen er der i analyseprocessen opmærksomhed på specialegruppens forforståelse, velvidende at man, som Gadamer beskriver det, ikke kan eller bør udviske denne i forskningsprocessen (58), s. 156 -158).

I det følgende gennemgås de fire trin:

- **Trin 1: Helhedsindtryk**

Dette trin omfattede, at alle i specialegruppen gennemlæste de transskriberede interviews for at få skabt et helhedsindtryk af interview-materialet (58), s. 176).

- **Trin 2: Meningsbærende enheder identificeres**

I dette trin blev der foretaget en meningskategorisering, som omfatter, at tekstmaterialet organiseres ved, at man reducerer og strukturerer de meningsbærende enheder omkring nogle kategorier, som er inddraget fra litteratur om problemfeltet (58), s. 176). Dette var nødvendigt for specialets analyseproces, da man herved kunne opnå et overblik over interviewmaterialet og få mulighed for bl.a. at ekskludere udtalelser, som vurderedes at være irrelevante for problembearbejdningen(58), s. 176).

- **Trin 3: Operationalisering**

Meningskategoriseringen resulterede i mange kategorier, som efterfølgende blev operationaliseret i dette trin med henblik på at skabe en orden på kategorierne. Med dette menes, at kategorierne blev nøje gennemgået i forhold til, om der fx var nogle, der overlappede hinanden, så de skulle slås sammen (58), s. 176).

- **Trin 4: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning**

På fjerde trin blev der foretaget en rekontekstualisering, som omfatter, at kategorierne sættes sammen på en ny måde, hvor fokus er på relationerne mellem dem. Herved indledtes den hermeneutiske fortolkning, som sker ved en vekselvirkning mellem dele, herunder de enkelte kategorier, og helhed, som er hele teksten. I

denne proces udledes der en række temaer med henblik på at skabe en struktur i processen. Det er igennem denne proces, at forskningsspørgsmål skal besvares (58), s. 177).

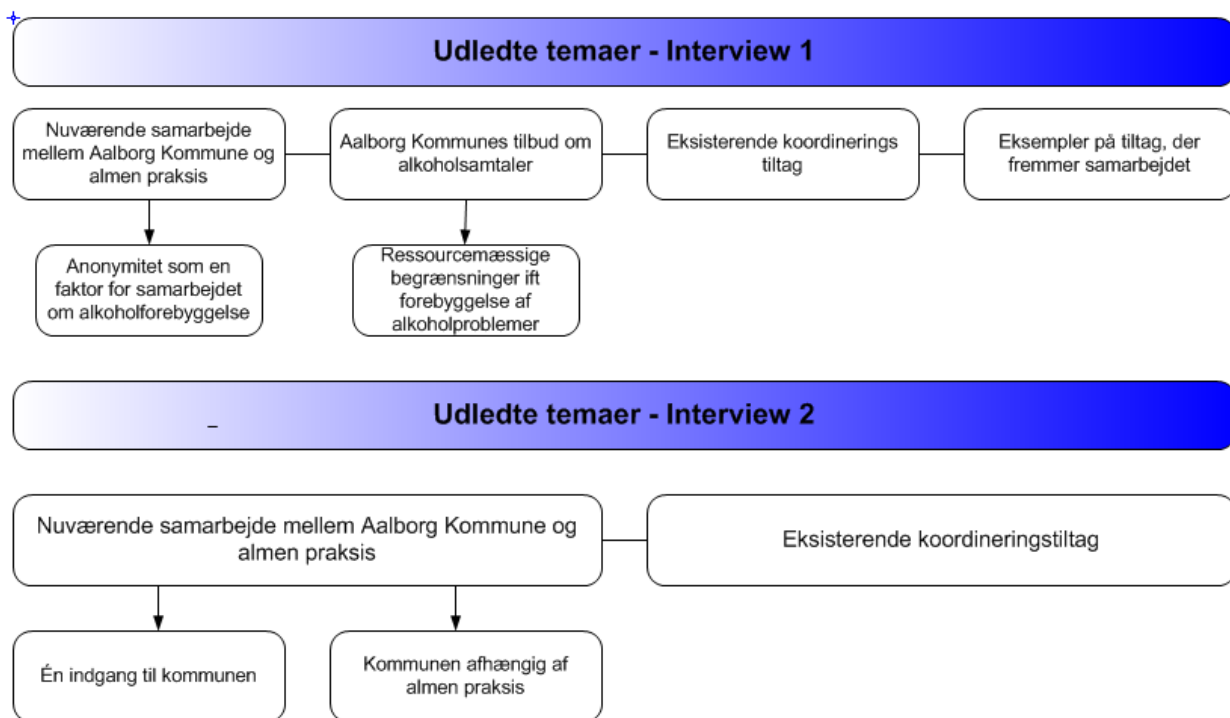
Interview 1 og 2 blev analyseret separat, da de to interviews belyser forskellige perspektiver på specialets problemfelt, henholdsvis det operationelle og administrative niveau.

Specialets 4-trins-proces er illustreret i nedenstående eksempel, se tabel 4, som er et udsnit af meningskategoriseringen og udledte temaer, der fremgår af bilag 7 sammen med den fulde transskribering.

Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis	Ikke et tæt samarbejde	F1: Har du nogen kontakt til praksiskonsulenterne? Og den del der skulle binde almen praksis og kommunen sammen.
Eksisterende koordinerings-tiltag	Fælles kompetenceudvikling	IP: den praksiskonsulent vi har, den praktiserende læge, som skulle være vores praksiskonsulent ser vi nærmest ikke. [F1: okay] Jeg ved ikke.....jeg ved ikke hvad..... Vi har ikke noget tæt samarbejde, det er mest når vi skal have et eller andet skriftligt materiale lavet, som vi lige skal være sikre på om det er formuleret godt nok, vi arbejder for eksempel lige nu med at sende epikriser tilbage til lægerne når borgeren har gået herinde, og hvordan sådan en epikrise, hvad der skal stå i den har vi forbi praksiskonsulent for at målrette det lægen, det er primært det, fordi i forhold til alkohol har jeg aldrig snakket med vores praksiskonsulent.
Eksisterende koordinerings-tiltag	Lederens konkrete samarbejde med almen praksis 12-mands-grupper	F1: Godt at vide. Det vi har kunnet læse os til, det er at i nogle kommunale regi der har de lavet fælleskompetence udviklingstiltag, noget der hedder fællesskolebænk for et eksempel, hvor man laver noget fælles undervisning med de relevante fra kommunen og så de praktiserende læger, der simpelthen mødes, og får italesat for eksempel din indsats. Har du kendskab til om Aalborg kommune har gang i noget [IP:nej]
Eksisterende koordinerings-tiltag	Kommunikation ud til lægerne	IP: nej, det tvivler jeg på. Jeg ved vi har nogle....jeg ved min leder har nogle, hvad er det de kalder det...der er noget samarbejde.....de praktiserende læger er delt op i nogle mindre grupper [F1: tolvmandsgrupper] JA, der ved jeg at min chef, der sidder her ovenpå, er med. Der kan hun i hvert fald, jeg tror det er den vej vi egentlig mest har vores kommunikation ud til lægerne, hun sidder i hvert fald med der. Om hun er med hver gang, det ved jeg ikke, men hun er i hvert fald med engang i mellem. Og mødes med de der, og fortæller om vores tilbud. Samtidig ved jeg også, at der går et nyhedsbrev ud fra kommunen til de

Tabel 4: Udsnit af meningskategoriseringen og udledte temaer, interview 1.

De udledte temaer kan ses i nedenstående figur 8 samt i bilag 7 og 8.



Figur 8: Udledte temaer.

Analysen af de to interviews afsluttes med opsummeringer af interviewenes resultater, hvor de afdækkede forandringspotentialer opridses.

8.4.8 Ethiske overvejelser

Gennem hele processen omkring specialets kvalitative metode, er der taget højde for *videnskabsetiske kriterier*, og refleksioner over disse belyses i følgende afsnit med henblik på at efterkomme såvel lovgivningsmæssige foranstaltninger samt retningslinjer for god forskningsetik (75).

Indledningsvist er der, forud for de to interviews, givet skriftlig og mundtlig information til de tre informanter omhandlende interviewundersøgelsens formål, formålet med deres deltagelse og muligheden for at trække sin deltagelse tilbage (58,74). I denne forbindelse blev de tre informanter bedt om at underskrive en samtykkeerklæring og samarbejdsaftale, se bilag 9, hvori der blandt andet blev gjort opmærksom på, at informanterne ville forblive anonyme igennem hele specialet, og at de optagede interview ville blive slettet efter specialets afslutning. Anonymisering og destruering af datamateriale afslutningsvist medvirker til en fortrolighed mellem

forsker og informant. Derudover sikrer det informerede samtykke, at informanterne med deres deltagelse ved, hvad interviewundersøgelsen indebærer (74), s. 477-48) (58), s. 67).

Hvad angår anonymiseringen af informanterne, har der været rettet ekstra opmærksomhed på kommunens alkoholrådgiver, da hun, som tidligere nævnt er den eneste alkoholrådgiver i kommunen og derfor er svær at anonymisere 100 procent. Denne problematik er alkoholrådgiveren blevet gjort opmærksom på, og hun har givet tilladelse til, at hun betegnes 'Aalborg Kommunes alkoholrådgiver' igennem hele specialet.

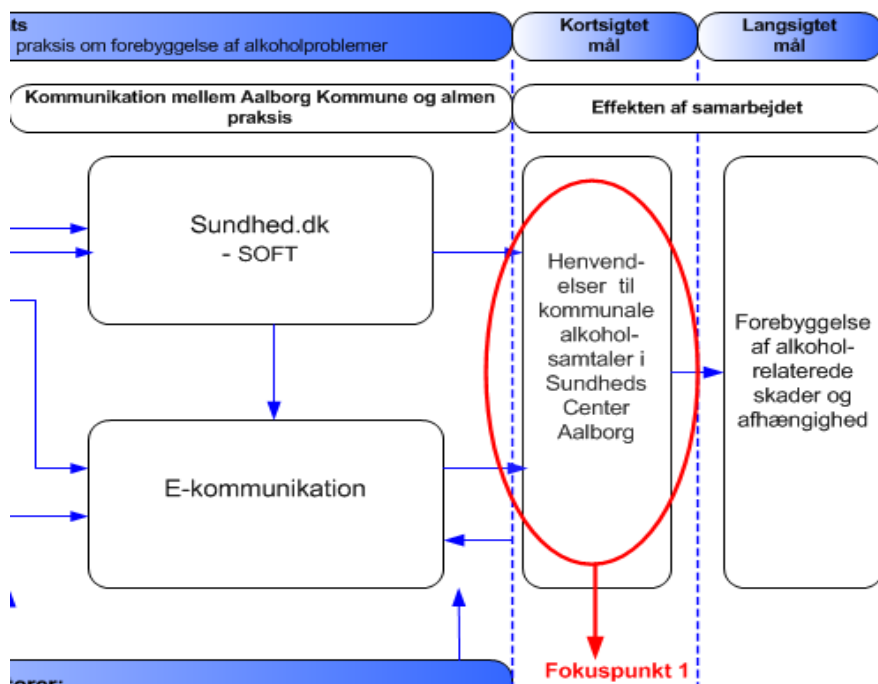
9 Analyse og resultater

I dette afsnit præsenteres specialets kvantitative og to kvalitative analyser samt resultaterne heraf. Analyserne afdækker forandringspotentialer i samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis, som opsummeres som afslutning på den enkelte analyse. Afsnittet munder ud i en samling af de afdækkede forandringspotentialer fra de tre analyser.

9.1 Kvantitativ analyse

I dette afsnit analyseres og præsenteres resultaterne af de kvantitative data (Fokuspunkt 1), som er indsamlet via Aalborg Kommunes tilbud om alkoholorådgivning, med henblik på at besvare specialets første forskningsspørgsmål:

- 1) Hvordan kan borgerne, der henvender sig til Aalborg Kommunes alkoholsamtaler, beskrives ud fra køn, alder og uddannelse, hvor de har information om tilbuddet fra, og hvorvidt de henvises til andre instanser efter endt forløb?



Programteori Aalborg: Fokuspunkt 1

Dokumentation af databearbejdningen kan findes i Excel, bilag 4: *Data fra Sundhedscenter Aalborg*.

9.1.1 Resultater

Som det fremgår af casebeskrivelsen er der ifølge *Sundhedsprofil Nordjylland 2013* 8,3 % af borgerne i Aalborg Kommune, som har et alkoholoverforbrug, hvilket svarer til ca. 14.000 borgere (46). Der har indtil nu været 62 borgere til alkoholsamtale i Aalborg Kommunes Sundhedscenter, og der er således stadig et stort forebyggelsespotentiale i at få flere borgere til at henvende sig.

Køn

Nedenstående tabel 5 viser fordelingen af mænd og kvinder, der har deltaget i alkoholsamtaler i Aalborg Kommunes Sundhedscenter i perioden 2014 – marts 2016:

Variabel	Antal	Procent
Køn: N=62		
Mand	39	62,90%
Kvinde	21	33,87%
Ikke udfyldt	2	3,23%
Ialt	62	100,00%

Tabel 5: Fordeling af køn.

Frekvensfordelingen viser, at der er 39 mænd, svarende til 63 % af borgerne, der har deltaget i alkoholsamtalerne, mens der er 21 kvinder (34 %). For 2 af borgerne (3%) er kønnet ikke registreret – dette formodes dog at være så lille en del, at det ikke har betydning for resultatet.

Som nævnt i casebeskrivelsen har mænd i Region Nordjylland generelt en større andel med et overforbrug (9%) end kvinder (6%), og det ser således ud til, at dette også afspejles i, hvilke borgere, der henvender sig til alkoholsamtaler i Sundhedscenteret.

Alder

Nedenstående tabel 6 viser, hvordan borgerne, der har deltaget i alkoholsamtaler, er fordelt på aldersgrupper med 10 års intervaller.

Variabel	Antal	Procenter
Alder		
20-30 år	2	3,23%
31-40 år	3	4,84%
41-50 år	9	14,52%
51-60 år	7	11,29%
61-70 år	13	20,97%
71-80 år	10	16,13%
> 80 år	1	1,61%
Ikke udfyldt	17	27,42%
Ialt	62	100,00%

Tabel 6: Fordeling af alder.

Denne fordeling viser, at aldersgruppen 61-70 år er bedst repræsenteret, og at det derudover hovedsageligt er borgere mellem 41 og 80, der har deltaget i alkoholsamtaler. Den yngste registrerede borger er 28 år, mens den ældste er 82 år.

Af casebeskrivelsen fremgår det, at det særligt er de helt unge nordjyder (16-24 år) og de 55-74-årige, der drikker over SST's højrisikogrænse. Når 61-70 årige udgør den største andel af de borgere, der har været til alkoholsamtaler, og tyngden derudover ligger mellem 41 og 80 år rammer tilbuddet nogenlunde målgruppen af borgere, der statistisk set har et alkoholoverforbrug i Region Nordjylland. Det ser dog ud til, at tilbuddet om alkoholsamtaler ikke når ud til de unge nordjyder.

Det er dog vigtigt at bemærke, at der er missing data for 17 af borgerne (27 %), hvilket betyder, at analysens resultat er meget usikkert. Hvis de 17 borgere, som der ikke er registreret alder på, hypotetisk set alle tilhører den samme aldersgruppe, ændrer dette resultatet, så den pågældende aldersgruppe ville blive den bedst repræsenterede.

Uddannelse

Nedenstående tabel 7 viser borgerne, der har deltaget i alkoholsamtaler, fordelt på uddannelsesniveau.

Variabel	Antal	Procenter
Uddannelse		
Erhvervsfaglig uddannelse	22	35,48%
Håndværksmæssig uddannelse	4	6,45%
Mellemlang videregående uddannelse	10	16,13%
Lang videregående uddannelse	1	1,61%
Andet	1	1,61%
Ikke oplyst	3	4,84%
Ikke valgt	21	33,87%
Ialt	62	100,00%

Tabel 7: Fordeling på uddannelse.

Borgere med erhvervsfaglig uddannelse udgør den største andel af borgere, der har deltaget i alkoholsamtaler. Dette er bemærkelsesværdigt, da *Sundhedsprofil Nordjylland 2013* viser, at denne gruppe ikke har en større andel med et alkoholoverforbrug end gruppen af borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Af tabellen ses det dog også, at de to kategorier 'ikke oplyst' og 'ikke valgt' er benyttet for 24 af borgerne, hvilket svarer til 39 %. Det fremgår ikke, hvilken forskel der er på disse to kategorier, eller hvad der konkret menes med disse. De betragtes derfor i analysen som missing data. Med over 1/3 missing data er resultatet derfor meget usikkert, da en udfyldelse potentielt kunne ændre radikalt på den procentvise fordeling af borgere på uddannelsesniveau. Hvis borgerne med missing data i virkeligheden er borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse, kan der således potentielt være sammenhæng mellem, hvilke nordjyder, der statistisk set har et alkoholoverforbrug, og hvilke borgere, der henvender sig til alkoholsamtaler.

Henvist fra

Nedenstående tabel 8 viser, hvor borgerne er blevet henvist fra, eller hvorfra de har fået information om tilbuddet om alkoholsamtaler.

Variabel	Antal	Procenter
Henvist fra		
Andet	3	4,84%
Bekendt	2	3,23%
Egen læge	3	4,84%
Ekstern personale	2	3,23%
Hjemmeside	3	4,84%
Misbrugscenteret	14	22,58%
Øvrige tilbud på SCA	29	46,77%
Ikke valgt	6	9,68%
Ialt	62	100,00%

Tabel 8: Fordeling på 'henvist fra'

Tabellen viser, at næsten halvdelen af borgerne er blevet henvist fra de øvrige tilbud på Sundhedscenter Aalborg, og at næsten en fjerdedel er henvist fra kommunens Misbrugscenter. Det er således næsten $\frac{1}{4}$ af borgerne, der kommer til alkoholsamtale, som har fået information om tilbuddet via kommunens egne indsats. Derimod er det kun 3 (svarende til 5% af borgerne), der har fået information om tilbuddet via egen læge. I specialets programteorier anvendes henvendelser på baggrund af information fra egen læge som en proxy for, hvordan samarbejdet fungerer, og i relation til dette viser resultatet, at samarbejdet er sparsomt, da det kun er ganske få borgere, der henvender sig til alkoholsamtaler via egen læge. Der er dermed et forandringspotentiale i at forbedre samarbejdet med henblik på at få flere borgere til at henvende sig. Det skal dog bemærkes, at der er 9,68% missing data i denne variabel, og at resultatet derfor er behæftet med stor usikkerhed. Hvis de borgere, der har missing data hypotetisk set alle er borgere, der har henvendt sig på baggrund af information fra egen læge, ville andelen dog stadig kun udgøre 15% af henvendelserne, og det må derfor kunne formodes, at denne andel kan øges ved et forbedret samarbejde.

Henvist til

Under, eller som afslutning på, et alkoholsamtale-forløb henvises nogle af borgerne videre til andre instanser, hvilket fremgår af nedenstående tabel 9.

Variabel	Antal	Procenter
Antal Henvisninger eksternt		
Andet	3	4,84%
Egen læge	1	1,61%
Misbrugscenter	2	3,23%
Ikke henvist	56	90,32%
Ialt	62	100,00%

Tabel 9: Fordeling på 'henvist til'

Frekvensfordelingen viser, at 56 af borgerne ikke er blevet henvist videre, mens 2 er henvist til kommunens eget Misbrugscenter, og en enkelt til egen læge. Det er dog værd at bemærke, at der i denne variabel ikke er missing data, hvorfor man kan overveje, hvorvidt kategorien "ikke henvist" er indsat i registreringskemaet "per default", således, at der står "ikke henvist", hvis ikke alkoholrådgiveren aktivt ændrer dette. Dette er dog kun en formodning, og fremgår ikke af datamaterialet.

Det er uvist, hvorvidt henvisning til egen læge dækker over en decideret henvisning til yderligere indsats over for alkoholoverforbrug, eller om det også dækker over generelle tilbagemeldinger til egen læge om alkoholsamtaleforløbet. Data kan således ikke bruges til at vise, hvorvidt alkoholrådgiveren efterlever SST's anbefalinger til samarbejde om forebyggelsesforløb i forhold til netop at give egen læge en tilbagemelding.

9.1.2 Opsummering

Der er 62 borgere, der har deltaget i alkoholsamtaler i Aalborg Sundhedscenter fra 2013 til marts 2016. Af disse er 63% mænd og 34% kvinder. Der er størst repræsentation i aldersgruppen 61-70 år, og derudover er det hovedsageligt 51-80 årige, der har benyttet sig af tilbuddet. Uddannelsesmæssigt er det særligt personer med erhvervsfaglig uddannelse, der har været til alkoholsamtaler samt den gruppe af personer, der kategoriseres som 'ikke valgt' eller 'ikke oplyst'. Det fremgår dog ikke, hvad disse to kategorier dækker over. En væsentlig faktor er, at data er meget mangelfulde, og at antallet af missing data i variablerne 'alder' og 'uddannelse' er så højt, at det ville kunne ændre resultatet betydeligt, hvis disse var udfyldt, hvorfor resultaterne er så usikre, at det reelt ikke er muligt at konkludere på dem.

Næsten halvdelen af borgerne (47%) er henvist via Sundhedscenterets egne tilbud, og 23% er henvist fra kommunens eget Misbrugscenter, mens det kun er 5%, der henvises via egen læge. Der er også i denne variabel en betydelig andel af missing data (10%), men resultatet indikerer dog, at der kun kommer ganske få

borgere til alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge, og at der derfor er et potentiale i at forbedre samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis med henblik på at øge antallet af forebyggelsesforløb.

56 ud af 62 borgere er ikke henvist til andre instanser under eller efter alkoholsamtale-forløbet, 2 er henvist til Misbrugscenteret, mens en enkelt borger er henvist til egen læge. Data kan dog ikke vise, hvorvidt alkoholrådgiveren giver tilbagemelding til egen læge omkring borgerens alkoholsamtaleforløb, og dermed efterlever SST's anbefalinger for samarbejdet omkring forebyggelsesforløb.

I relation til at besvare forskningsspørgsmålet må det overordnet konkluderes, at borgerne, der har henvendt sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler, ikke kan beskrives ud fra de tilgængelige data. Andelen af missing data er så stor, at der ikke kan konkluderes på fordelingen af borgerne på variable. Der er dermed et forandringspotentiale i at optimere indsamlingen af data omkring alkoholsamtalerne, så disse bliver mere fyldestgørende.

9.1.3 Forandringspotentialer

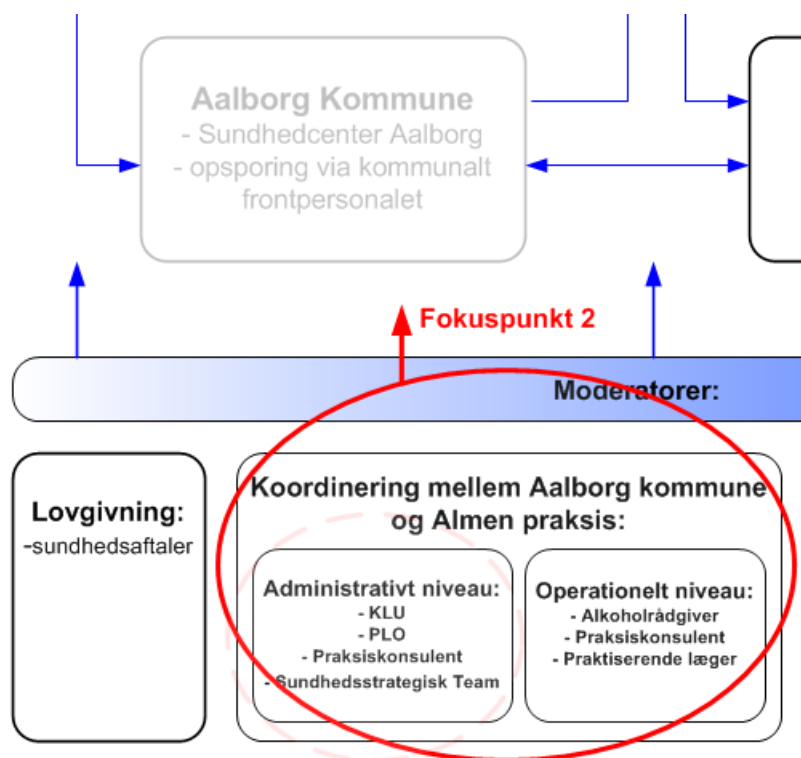
Den kvantitative analyse har således afdækket følgende forandringspotentialer for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer:

- styrke koordineringen mellem Aalborg Kommune og almen praksis, så lægerne informerer flere patienter om kommunens tilbud om alkoholsamtaler
- optimere indsamling af data om alkoholsamtaler

9.2 Kvalitativ analyse

I følgende afsnit analyseres og fortolkes de informationer, som er fremkommet gennem interview med henholdsvis alkoholrådgiveren og to konsulenter fra Sundhedsstrategisk Team i Aalborg Kommune (Fokuspunkt 2) med henblik på besvarelse af specialets andet forskningsspørgsmål:

2) Hvordan fungerer samarbejdet med almen praksis på henholdsvis operationelt og administrativt niveau i Aalborg Kommune, og hvilke faktorer kan identificeres som afgørende for samarbejdet?

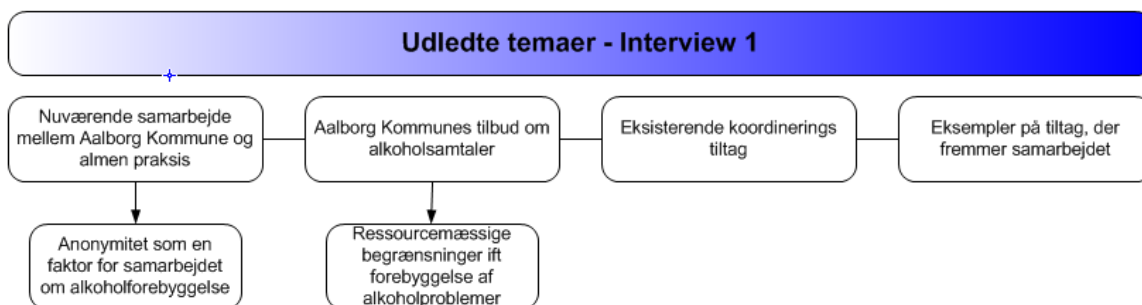


Programteori Aalborg: Fokuspunkt 2

Analysen af hvert interview afrundes med en opsummering, der fremhæver de væsentligste resultater.

9.2.1 Analyse af interview 1 - Aalborg Kommunes alkoholrådgiver

Nedenstående figur 9 illustrerer de udledte temaer, som danner rammen for analysen af interview 1, jf. afsnit: *Kvalitativ metode*.



Figur 9: Udledte temaer: interview 1

I nedenstående afsnit analyseres og fortolkes information fra alkoholrådgiveren i Aalborg Kommune om konkrete tiltag og indsatser, der er etableret i kommunalt regi på operationelt plan i forhold til samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis.

Citaterne i det følgende afsnit er udtalelser fra alkoholrådgiveren.

Nuværende samarbejde mellem almen praksis og Aalborg Kommune

I beskrivelsen af det konkrete samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis giver alkoholrådgiveren udtryk for, at der overordnet set er meget lidt samarbejde med almen praksis om alkoholforebyggelse, og at der kun kommer ganske få henvendelser omkring alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge. Hun fremhæver organiseringen af praktiserende læger i det danske sundhedsvæsen og deres status som selvstændige erhvervsdrivende som en grundlæggende barriere for samarbejdet. Hun oplever, at det økonomiske perspektiv påvirker, hvordan almen praksis agerer som aktør i samarbejdet, og heri ligger en udfordring i samarbejdet med almen praksis.

... det er jo klart, at vi er jo oppe i mod, at praksis-læge-systemet er bygget op som det er. Det kommer vi ikke uden om. Det er jo der, vi tit løber panden mod en mur. For dem er tid jo penge, og det er uden tvivl en barriere...

I forlængelse heraf udtrykker alkoholrådgiveren, at denne overordnede barriere, der ligger i organiseringen af almen praksis, kan medvirke til, at lægerne ikke er opsøgende ift. information om forebyggelse af alkoholproblemer, og at de nedprioriterer det af tidsmæssige årsager, fordi det kan være tidskrævende at spørge ind til patientens alkoholvaner.

... hvis lægen begynder at spørge ind til nogle ting og borgeren begynder at fortælle... så sidder de næste tre allerede ude i venteværelset, fordi der skal være fart på, så der er ingen tvivl om, at vi er oppe mod noget der. At det system, vi har ... Der bliver talt meget økonomi og for lidt borgerens bedste.

Hun mener, at lægernes disponering af tid også kan resultere i, at de ikke kender til tilbuddet om alkoholsamtaler, da hun oplever, at lægerne generelt nedprioriterer at deltage i for eksempel Sundhedscentrets arrangementer, hvor der informeres om centrets konkrete tilbud. Det er oftest praksispersonale, der deltager ved disse arrangementer.

...vi taler om et tilbud, som, jeg tror, mange læger ikke kender særligt meget til.

... meget ofte er det praksispersonalet, der er der. Nogen gange sidder der nogle læger med, men altså hvis der er 60 sygeplejersker, så er der højst 5 læger, altså det er den størrelsesorden.

Alkoholrådgiveren påpeger, at en vigtig forudsætning for sammenhængende forebyggelsesforløb ikke er til stede, når lægerne ikke kender til kommunens tilbud og dermed heller ikke kan informere patienterne om dem. Hun har desuden en klar forventning om, at et øget kendskab til tilbuddet blandt lægerne ville medføre flere henvendelser på baggrund af information fra egen læge og dermed flere sammenhængende forløb.

Så det ville helt klart være godt, hvis lægerne vidste det, at tilbuddet var der - for vores mål skal være at hjælpe borgerne

... i det øjeblik lægerne ved det, så sidder jeg ikke alene her. Så sidder vi en stribe, så kommer der mange, det er jeg slet ikke i tvivl om...

Ovenstående citat viser, at lægernes manglende kendskab til kommunens tilbud hindrer sammenhængende forebyggelsesforløb. Alkoholrådgiveren er desuden bevidst om, at en betingelse for et godt samarbejde er, at både læger og alkoholrådgiver kender hinandens roller i samarbejdet, så de kan supplere hinanden i forebyggelsesforløbet. Dette udtrykkes i nedenstående citat i forbindelse med en henvendelse fra en borger, hvis læge har informeret om kommunens samtaletilbud som et supplement til medicinsk behandling.

... den anden dag var der rent faktisk en, der selv havde opsøgt sin læge for at få noget hjælp. Han var egentlig gået til lægen for at få Antabus. Der havde lægen så benyttet sig af noget af det her nyere medicin, Campral, og havde så sagt, at lægen havde erfaring med, at vi var gode at snakke med herinde. Så lægen ville opfordre til, at vi gjorde det samtidigt... jeg roste også den læge!

Lægen viser derved, at vedkommende anerkender kommunens rolle i forebyggelsesforløbet, og har en erfaring med, at kommunens tilbud er værdifuldt i relation til forebyggelse af alkoholproblemer. Denne erfaring fører til, at lægen informerer flere borgere om kommunens tilbud.

Anonymitet som en faktor for samarbejdet om alkoholforebyggelse

En faktor, der har betydning for samarbejdet er, at kommunen har valgt at give borgerne mulighed for at henvende sig anonymt til alkoholsamtalerne. Det er derfor ikke en nødvendighed, at almen praksis er involveret i borgerens henvendelse til Sundhedscenteret, hvorfor kontakten til almen praksis i forhold til konkrete forløb kan være sparsom. Alkoholrådgiveren giver udtryk for, at anonymiteten kan være en barriere for samarbejdet, da nogle borgere ikke er interesserede i, at deres egen læge bliver involveret.

Jeg spørger dem altid, om der er en læge blandet ind i det, og nogen gange så siger de; jamen det ved min læge alt om, og så er det nemt. Andre gange ved lægen ingenting, og så har jeg nogle gange en opgave i at få dem til...altså opfordre til, at lægen bliver blandt i det, men det kan ikke komme fra mig.

Hvis borgeren ikke ønsker, at lægen informeres om alkoholrådgivningssamtalen, har alkoholrådgiveren således ikke ret til at skabe kontakt til borgerens læge, selv om hun vurderer det som befordrende for borgerens samlede forløb.

Dette har også den konsekvens, at hun derved ikke har mulighed for at give lægerne information om borgerens udbytte af forløbet, hvilket ellers kunne være en mulighed for at give lægerne en erfaring med kommunens tilbud om alkoholsamtaler.

... når de begynder at have nogle erfaringer med det, eller nogen kommer tilbage i praksis og har været herinde, så begynder samarbejdet først [F1: ja, når lægen får besked på hvad der foregår herinde hos dig], ja.

Anonymiteten kan således være en barriere for det konkrete samarbejde om borgerens forløb og samtidig også muligheden for feedback mellem læge og kommune. Omvendt er anonymiteten en bevidst valgt strategi fra Sundhedscenterets side, fordi muligheden for anonymitet for nogle borgere er en fremmede faktor for deres henvendelse til Sundhedscenteret.

... det er selvfølgelig også fordi vi har valgt at det er anonymt, hvis det nu ikke var det, så ville der blive meget mere, men det har vi simpelthen gjort for at gøre vores dørtærskel så lav som muligt, fordi jeg ved, der var nogen der ikke ville komme, hvis de ved at lægen får besked.

Alkoholrådgiveren fortæller dog, at hun har erfaring for, at borgerne efter et par samtaler med hende er mere tilbøjelige til at involvere egen læge i forløbet. Hun oplever derfor, at anonymiteten som oftest kun er en barriere for kommunikation mellem læge og kommune i starten af et forløb.

Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler

I interviewet beskriver alkoholrådgiveren sin funktion, og hvordan hun selv har medvirket til at udvikle denne. Ud fra hendes perspektiv, er funktionen således defineret og udviklet på baggrund af hendes idéer, erfaringer og kompetenceudvikling.

... min rolle er sådan en, der bare har udviklet sig stille og roligt... altså jeg mødes hver tredje måned med min chef, hvor vi taler om alkoholdelen, fordi jeg står lidt alene med den...

Til trods for kommunens størrelse er alkoholrådgiveren den eneste kommunale medarbejder, som varetager forebyggende alkoholsamtaler. Dette har en begænsende effekt i forhold til aktivt at udbrede tilbuddet. Hun fortæller således, at hun er tilbageholdende med at reklamere for tilbuddet og begrundet det med, at hun ikke ville kunne nå at varetage alle samtalerne, hvis antallet af henvendelser pludseligt steg.

Jeg plejer at sige, at det er kommunens mest hemmelige tilbud [latter] for vi har rent faktisk ikke været ude og fortælle en hel masse om det...

... Vi har ikke gjort så meget for at blive kendt. Det er simpelthen fordi, at vi skulle have ressourcerne til at følge med.

Derved kan alkoholrådgiverens oplevelse af ressourcemæssige begrænsninger siges at være en barriere for samarbejdet mellem almen praksis og kommunen, fordi hun af den grund er tilbageholdende med at gøre opmærksom på tilbuddet, hvilket kan betyde, at lægerne ikke får et tilstrækkeligt kendskab hertil.

Eksisterende koordineringstiltag

Internetportalen Sundhed.dk anvendes af Aalborg Kommune til formidling af kommunale tilbud, og alkoholrådgiveren har derfor herigennem en mulighed for at formidle information om tilbuddet om alkoholsamtaler, og derved øge lægernes opmærksomhed herpå.

... vi har en kommunikationsmedarbejder her på sundhedscentret... hvis jeg skal have noget skrevet derinde, så tager jeg bare kontakt til hende... Så der har vi meget nem adgang til at få noget ændret...

Desuden bliver der fra Sundhedscenterets side sendt elektroniske nyhedsbreve ud til almen praksis for at gøre de praktiserende læger opmærksomme på ændringer eller nyheder vedr. kommunens tilbud. Det fremgår dog ikke af interviewet, hvor udbredt anvendelsen af disse informationsveje er.

Samtidig ved jeg også, at der går et nyhedsbrev ud fra kommunen til de praktiserende læger, hvis vi engang i mellem kan få noget med... Så der kan vi også godt få en nyhed med.

Citaterne viser, at der eksisterer elektroniske muligheder for formidling til almen praksis, og at disse muligheder anvendes af Aalborg Kommune for at imødekomme problematikken omkring lægernes manglende kendskab til kommunens tilbud.

Alkoholrådgiveren giver ikke udtryk for at have kendskab til andre koordinerende tiltag, der anvendes i Aalborg Kommune, udover de, som er fremhævet i ovenstående afsnit. Hun har viden om det, der sker tæt på hende som 'front-personale', men ikke på, hvad der sker på administrativt niveau. På kommunalt plan inddrages hun i andre forvaltninger på operationelt niveau i forhold til (undervisning af) andet frontpersonale, men ikke på administrativt niveau inden for sundheds- og kulturforvaltningen, hvor det i stedet er hendes leder, som bliver inddraget.

På samme vis er det lederen af Sundhedscenteret, som deltager i koordineringen mellem Sundhedscenteret og almen praksis i form af deltagelse i lægernes møder i såkaldte '12-mands-grupper'. Disse fungerer som en form for selvstyrende efteruddannelsesgrupper blandt praktiserende læger, og lederen deltager ifølge alkoholrådgiveren blandt andet for at udbrede budskabet om kommunens tilbud, herunder alkoholsamtaler. Alkoholrådgiveren udtrykker dog i interviewet, at lederens tilstedeværelse i dette fora tilsyneladende ikke udmøntes i et gensidigt samarbejde, men mere bliver et spørgsmål om, hvad kommunen kan gøre for lægerne i almen praksis.

... jeg tror nok, at de lige så meget har den oplevelse af, at når hun deltager, så er det sådan lidt - hvad kan VI hjælpe DEM med? ...Det er lidt med den tilgang, for at hun kan være med... Altså jeg tror, at det er dét, der legitimerer hendes tilstedeværelse i forhold til samarbejdet.

Alkoholrådgiveren har således tilsyneladende ikke en oplevelse af, at lederens deltagelse i disse møder gør en forskel for samarbejdet mellem alkoholrådgiveren og de praktiserende læger omkring forebyggelse af alkoholproblemer, og lederens deltagelse kan derfor heller ikke siges at bidrage til samarbejdet omkring alkoholforebyggelse på det operationelle niveau.

Eksempler på tiltag, der fremmer samarbejdet

I interviewet fortæller alkoholrådgiveren om sine erfaringer med tiltag, som er iværksat med henblik på at fremme samarbejdet med andre samarbejdsparter.

Hun påpeger blandt andet, at hendes samarbejde med kommunens Misbrugscenter er blevet forbedret efter, at de i fællesskab har skullet udarbejde pjecer (bl.a. til brug i almen praksis) samt materiale til fælles undervisning af relevant personale i kommunen omkring intern opsporing af alkoholproblemer (mhp. efterfølgende henvendelse til Sundhedscenteret eller Misbrugscenteret). Ud over det fælles arbejde med pjecer og undervisningsmateriale, som er foregået på såvel medarbejder- som ledelsesniveau, har de lavet aftaler om at afholde fælles møder mindst en gang årligt. Disse tiltag har medført et større kendskab til hinanden og hinandens roller ift. forebyggelse af alkoholproblemer. Som fremhævet tidligere i analysen har netop dette kendskab stor betydning for et godt samarbejde, hvilket nedenstående citat viser:

... dét, at vi har siddet rundt om det samme bord, og jeg har undervist sammen med dem nogle gange, og de har hørt, hvad jeg laver. Der er ingen tvivl om, at det er det, der har øget samarbejdet...

Det ser således ud til, at et øget kendskab til hinanden og fokus på samarbejdet mellem Sundhedscenteret og Misbrugscenteret har medført et bedre samarbejde med flere henvendelser til følge.

Hvad angår samarbejdet med almen praksis, har de fra Sundhedscenterets side iværksat forskellige tiltag med henblik på at formidle viden om de kommunale tilbud, herunder alkoholsamtaler, til de praktiserende læger og det øvrige praksispersonale. Alkoholrådgiveren fortæller, at to medarbejdere fra Sundhedscenteret en gang om året besøger alle almen praksis i kommunen for at sikre, at pjecerne om kommunens tilbud er fyldt op og opdaterede, og indimellem gøre almen praksis opmærksomme på bestemte fokusområder. I forlængelse heraf fortæller hun, at de oplevede et stigende antal henvisninger til deres diabetes-rehabilitering efter en 'runde' ude i almen praksis, hvor de to medarbejdere direkte havde italesat Sundhedscenterets oplevelse af manglende diabetes-henvisninger fra almen praksis.

Det ser således ud til, at denne indsats fra kommunens side øger lægernes opmærksomhed på kommunens tilbud med flere henvisninger til følge.

9.2.2 Opsummering

Overordnet set giver alkoholrådgiveren udtryk for, at hun ikke har meget samarbejde med almen praksis. Hun fortæller, at der ikke kommer mange henvendelser til alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge, og hun har en formodning om, at dette blandt andet skyldes, at lægerne kender for lidt til kommunens forebyggelsestilbud. Dette til trods for, at internetportalen Sundhed.dk anvendes af alkoholrådgiveren til at gøre opmærksom på kommunens tilbud om alkoholsamtaler, og at portalen således kan fungere som informationskanal mellem almen praksis og kommunen.

Dermed er den grundlæggende faktor for et sammenhængende forebyggelsesforløb i relation til forebyggelse af alkoholproblemer således ikke til stede, idet lægerne formodes ikke at have et tilstrækkeligt kendskab til kommunens tilbud om alkoholsamtaler, og dermed heller ikke kan informere patienterne om det.

Borgernes mulighed for at deltage anonymt i alkoholsamtalerne udgør en barriere for samarbejdet mellem alkoholrådgiveren og de praktiserende læger, fordi alkoholrådgiveren derfor ikke har mulighed for at give feedback til lægerne omkring konkrete borgerforløb. Alkoholrådgiveren giver et eksempel på, at denne form for feedback kan øge antallet af henvendelser via almen praksis, idet hun fortæller om en borger, der har henvendt sig på baggrund af information fra egen læge, fordi lægen har en erfaring med, at Sundhedscenterets medarbejdere er gode for patienterne at tale med.

Alkoholrådgiverens udtalelser i interviewet viser, at hun ikke har meget kendskab til arbejdet på det administrative niveau, og at hendes leder fungerer som bindeled mellem administrativt og operationelt niveau, og desuden også varetager koordineringen mellem Sundhedscenteret og almen praksis. I den forbindelse har alkoholrådgiveren en oplevelse af, at der ikke er tale om et gensidigt samarbejde, men at lederen kun deltager i møder med almen praksis med henblik på at finde ud af, hvad kommunen kan gøre for almen praksis.

Alkoholrådgiveren fortæller, at en styrkelse af samarbejdet med kommunens eget Misbrugscenter har ført til flere henvendelser til alkoholsamtaler. Denne styrkelse er sket gennem møder på det operationelle niveau og planlægning af fælles undervisningsaktiviteter, som har bevirket, at aktørerne har fået større kendskab til hinandens kompetencer og roller i samarbejdet.

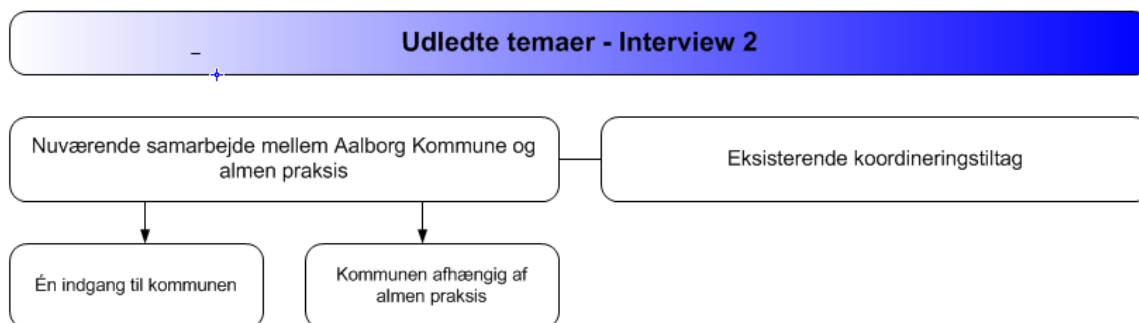
9.2.3 Forandringspotentialer

Analysen af interview 1 har således afdækket følgende forandringspotentialer for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer:

- styrke den operationelle koordinering mellem kommunens alkoholrådgiver og de praktiserende læger.
- skabe sammenhæng mellem administrativ og operationel koordinering

9.2.4 Analyse og resultater af interview 2 - konsulenter ved Sundhedsstrategisk Team, Aalborg Kommune

Nedenstående figur 10 illustrerer de udledte temaer, som danner rammen for analysen af interview 2, jf. afsnit: *Kvalitativ metode*.



Figur 10: Udledte temaer: interview 2

I nedenstående afsnit analyseres og fortolkes information fra to konsulenter ved Sundhedsstrategisk Team i Aalborg Kommune om konkrete tiltag og indsatser, der er etableret i kommunalt regi på administrativt plan i forhold til samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis.

Konsulenterne benævnes henholdsvis IP1 og IP2 i forbindelse med citater fra interviewet.

Nuværende samarbejde mellem almen praksis og Aalborg Kommune

På administrativt niveau er der fra Aalborgs Kommunes side lavet rammer med henblik på at danne et fundament for et konstruktivt samarbejde med almen praksis. Et vigtigt element heri er det overenskomstbestemte Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU), som skal fungere som det overordnede bindeled mellem kommune og almen praksis.

IP1: Og for nogle år siden, 4, 5 eller sådan noget. Der blev det faktisk overenskomstbestemt, at lægerne skulle indgå i et kommunalt lægeligt udvalg... Og det gode i det her udvalg, det er... at dem, der så sidder i PLO i Aalborg er meget interesseret i at deltage.

Trods interessen i at deltage fra Praktiserende Lægers Organisations (PLO) side, ligger der en udfordring i at få 'aktiveret' de øvrige praktiserende læger. Konsulenterne giver udtryk for, at en dominerende årsag hertil er, at lægerne er selvstændige erhvervsdrivende og betragtes som et 'autonomt folk', og at kommunen derfor er nødt til at anvende en tilgang til samarbejdet, hvor fokus er på at tage hensyn til, at det skal blive nemt for lægerne at indgå heri.

IP1: ... så det er det der med hele tiden at arbejde med et felt af ene autonome folk, hvor man egentlig skal, skal skabe en lydhørhed for den gode sag... altså det fokus eller den vej ind, vi har valgt, det er, at lige meget, hvad vi gør, så skal det gøre det nemmere for lægerne at møde kommunen

Ovenstående citat viser, at man, på administrativt niveau, har valgt en imødekommenhed over for lægerne, der skal facilitere et samarbejde.

Én indgang til kommunen

For at gøre det nemmere for lægerne at indgå i samarbejdet med kommunen, fokuserer kommunen på generelt at skabe én indgang til kommunen for de praktiserende læger. Et eksempel herpå er, at man for nylig har etableret et sekretariat bestående i udvalgte medarbejdere fra hver forvaltning. Sekretariatet ledes af en nøgleperson, som er gennemgående i de fora, der samarbejder med almen praksis, og dermed er tovholder på det, der vedrører samarbejdet.

IP1: ... så er der her på det seneste lavet en ny konstruktion sådan, at vi har faktisk lavet et sekretariat, som skal betjene og fokusere på det her samarbejde - sådan at før skulle man måske have alting op i det der udvalg, og det var små ting og store ting, som man lige så godt kunne have løst undervejs.

Som et andet tiltag, der skal gøre vejen til kommunen mindre kompleks, har man i kommunalt regi besluttet at anvende portalen Sundhed.dk som den eneste elektroniske portal, hvor der kan findes information om kommunens tilbud. Dette gælder både for borgere samt fagprofessionelle. Portalen bliver derved en vigtig formidlingskanal fra kommunen side.

IP1: ... og det er én indgang. Overblik og én indgang... så det er det, vi arbejder på. At gøre det så enkelt som muligt, hvordan kommer man i kontakt med kommunen, og så så sikkert som muligt kommunikationsmæssigt.

Adspurgt om deres oplevelse af lægernes kendskab til Sundhed.dk giver den ene af konsulenter udtryk for, at lægerne burde kende og anvende portalen i forhold til deres samarbejde med kommunen omkring alkohol. Hun fortæller desuden, at erfaringer fra lægernes brug af Sundhed.dk, når det gælder andre kommunale tilbud, viser, at lægerne bruger portalen.

F3: Har I nogen oplevelse af, om lægerne kender til den, sundhed.dk, og den indgang?

IP2: Det tror jeg, de gør, altså..[IP1: De bruger sundhed.dk meget, til andre ting også]... det er mange år efterhånden, vi har kørt sundhed.dk... vi har fået et nyt stresstilbud, og der kører vi da også det igennem, og der kan vi altså se, at lægerne henviser altså derfra . Så jeg tror, de.. de kender.. så kender de den også på alkoholområdet.

Ved at efterleve de praktiserende lægers ønske om en nem indgang til kommunen og overblik over kommunens tilbud forsøger Aalborg Kommune at fremme samarbejdet ud fra en formodning om, at dette kan føre til flere henvendelser til kommunens tilbud.

Kommunen afhængig af almen praksis

Konsulenterne nævner, at kommunen er afhængig af almen praksis i forhold til at opspore de borgere, der har brug for et kommunalt tilbud relateret til alkohol. Dette blandt andet fordi almen praksis har en stor kontaktflade til borgerne, som kommunen ikke naturligt har.

IP2: ...man må jo bare sige, sådan noget som overforbrug, vi er jo fuldstændig afhængige af almen praksis, fordi ... de borgere har vi jo ikke naturligt kontakt til.

Den anden konsulent uddyber, at denne kontaktflade betyder, at det er muligt for lægerne at gøre de patienter, som ikke af sig selv henvender sig til kommunens tilbud, opmærksomme på muligheden. Hvis lægerne havde større fokus på kommunens forebyggende tilbud, ville de således kunne hjælpe den gruppe af borgere, som har brug for at blive gjort opmærksomme på et evt. forebyggelsesbehov eller støtte til at opsøge

det relevante kommunale tilbud. Hun udtrykker dette som en drøm for det fremtidige samarbejde i nedenstående citat.

IP1: Men altså, sådan en rigtig drøm – så er det jo også at få henvist de rigtige. Der hvor de har en fornemmelse af, at de ikke vil komme af sig selv. At den tanke var der ..()... Nu vender det jo ikke med den sociale tunge ende nedad, når det handler om alkohol, for ellers kunne man godt trække en streg der.

Vigtigheden i, at kommunen 'dyrker' samarbejdet med almen praksis, kommer også til udtryk i forhandlingen af den seneste sundhedsaftale for Region Nordjylland. Heri er der lavet en konkret målsætning, som den ene konsulent i nedenstående citat beskriver som en 'give and take'-aftale. Målsætningen består i nogle helt specifikke mål, der angiver, hvor mange henvendelser til kommunens tilbud, der skal komme fra almen praksis, mens kommunen til gengæld forpligter sig til at have oprettet forebyggelsestilbud, der opfylder behovene for de borgere, som almen praksis opsporer.

IP2: ... vi modtager for lidt henvisninger fra almen praksis og sygehusene. Og så aftalte vi simpelthen at lave en "give and take" ... det er på alkohol, og det er på tobak. Og når vi har valgt de to, så er det, fordi det er dem, der har allerstørst betydning for folkesundheden og også i forhold til social ulighed, som også er ét af målene i sundhedsaftalen... potentialet er jo enormt, hvis vi ser på, hvor mange der kommer i behandling, eller til samtale i forhold til, hvor mange der er.

Ovenstående citat viser således, at der fra kommunens side er fokus på alkohol som risikofaktor for sundheden, og at der er et stort potentiale i at forbedre forebyggelsesindsatsen, hvis man kigger på, hvor mange borgere, der kommer i behandling eller til samtale, sammenlignet med, hvor mange borgere, der har et alkoholoverforbrug. Samtidig viser citatet også, at kommunen er opmærksom på, at en forbedret forebyggelsesindsats kræver indsats fra både kommune og almen praksis.

Eksisterende koordineringstiltag

Konsulenterne fremhæver konstruktionen af KLU som det primære forum, der muliggør, at de to aktører kan mødes omkring forskellige problemstillinger og aktuelle temaer, som blandt andet kunne være forebyggelse af alkohol. De fortæller dog, at alkohol endnu ikke er blevet behandlet som et selvstændigt tema, men kun i forbindelse med andre diagnoser og andre KRAM-faktorer.

IP1: ... kommunalt lægelige udvalg, det er sådan det bærende... der kan man jo præsentere fx i forhold til alkohol, hvordan går det så med de målsætninger, der så er sat og tage forskellige temaer op,... så er der en hel masse, som man kan komme omkring...Og alt det her med KRAM-faktorerne, forebyggelsesindsatser..

KLU er også med til at facilitere samarbejde ved at arrangere og invitere til fælles dialogmøder, hvor relevante medarbejdere fra kommunens forskellige forvaltninger og alle kommunens praktiserende læger er inviteret. Konsulenten fremhæver, i nedenstående citat, at alle praktiserende læger bliver inviteret, så kommunen har en mulighed for at nå hele gruppen af læger og ikke kun dem, som er repræsentanter for almen praksis i forskellige sammenhænge, fx PLO og KLU.

IP1: så har vi så de der to dialogmøder om året, hvor vi kan invitere hele flokken ind, og det var simpelthen for at imødekomme det, at det måske kan være svært for PLO også at få alle læger i tale, så forsøger vi...

Som tidligere nævnt er kommunen afhængig af lægernes indsats i sammenhængende forebyggelsesforløb, og de gør derfor en stor indsats for at få mange læger til at deltage i dialogmøderne. Fx prøver de at etablere kontakt gennem *Nordkap*¹⁰ og lægernes '12-mandsgrupper', men til trods for dette oplever de en meget ringe tilslutning og interesse fra lægernes side. Dette kommer blandt andet til udtryk i, at det ofte er de samme læger, der deltager i dialogmøderne, og at disse som regel i forvejen også er aktive i andre tværsektorielle fora.

IP1: Og når det går godt [latter] så er der tyve læger.. alt, hvad vi kan skrabe sammen ud af.. ja...der er måske 130, det er måske højst en femtedel, der kommer.. så, det er udfordrende.

IP1: det er de samme, der deltager aktivt ... det kan være nogen, der er praksiskonsulenter inden for et bestemt emne ...

For at få så mange læger til at deltage som muligt, forsøger kommunen at planlægge dialogmøderne, så de er praksisnære og aktuelle og derfor attraktive for lægerne at deltage i.

IP1: ... det har været en udfordring at få nok læger, og så, vi prøver at gøre det så interessant som muligt, og en form, som passer dem. Og den form vi så kører, det er, at det er casebaseret og dialogbaseret, så man sidder ved caféborde

¹⁰ Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland

Med hensyn til deltagelse af kommunale aktører i dialogmøderne fremgår det af konsulentens beskrivelser, at kommunens repræsentanter forventes at være enten konsulenter eller ledere.

F3: ... dialogmødet – hvem inviterer I så fra kommunen?

F1: Dem der har kompetencer til at understøtte positiv ...()... relevante samarbejdsparter, der kan bidrage til at sætte skub i det videre arbejde... vi kan godt lide, at det er en leder eller en konsulent ...

Det ser således ud til, at de operationelle aktører i kommunen ikke inviteres til at deltage i dialogmøderne.

I interviewet understreger konsulenten, at de lægger et stort arbejde både i planlægningen og afholdelsen af dialogmøderne, men når hun spørges om effekten af møderne, fremgår det tydeligt, at opfølgning på og evaluering af møderne ikke er indtænkt heri.

F3: Men har I så nogen erfaringer med, når I har holdt sådan et dialogmøde, om, hvilken effekt det har.

IP1: Jaa.. øhm.. vi kunne måske prøve at se, hvor mange klik der er [latter] på den der hjemmeside. Men.. det.. altså, det er jo de spontane kommentarer, der er fra dem, der har været til stede. De har jo altid været, synes jeg, været positive, når.. men.. det er jo små skridt, det her. Man sætter jo nogle ringe i vandet, som breder sig... Det skal nok blive bedre og bedre.. hen ad vejen. Og det er jeg også sikker på, det er blevet, hvis man sådan kigger bagud. Men vi har da ikke sådan lavet undersøgelser på det.

Evaluering af dialogmøderne bliver således ikke anvendt som en strategi til at udvikle på dialogmøderne eller øge antallet af deltagende læger.

9.2.5 Opsummering

De to konsulenter betragter overordnet set samarbejdet mellem almen praksis og Aalborg Kommune som godt og konstruktivt, fordi PLO-Aalborg er meget interesseret og deltager aktivt i samarbejdet. Til gengæld oplever de det som udfordrende at få aktiveret de øvrige praktiserende læger i samarbejdet.

I relation til forebyggelse af alkoholproblemer fremhæver en af konsulenterne, at kommunen er afhængig af lægernes opsporingsindsats, fordi de har en større kontaktflade med borgerne end kommunen, og derfor kan opspore en anden gruppe af borgere med alkoholoverforbrug, end kommunens frontpersonale kan.

Kommunen er i tråd med dette opmærksom på, at der er et stort forebyggelsespotential, hvis man sammenligner antallet af borgere, der har et alkoholoverforbrug med det antal, der kommer til alkoholsamtaler.

I en erkendelse af, at både almen praksis og kommunen er nødt til at bidrage til at skabe sammenhængende forebyggelsesforløb, har man i den seneste Sundhedsaftale lavet, hvad konsulenterne beskriver som en 'give and take-aftale', hvori lægerne forpligter sig til at henvise en vis procentdel af borgere med alkoholoverforbrug til kommunens tilbud, mens kommunen til gengæld forpligter sig til at oprette tilbud, der er relevante for disse borgere.

Med henblik på at gøre samarbejdet mere simpelt for de praktiserende læger forsøger Aalborg Kommune at skabe én indgang til kommunen for de praktiserende læger gennem Sundhed.dk og oprettelsen af et sekretariat, der overordnet skal varetage samarbejdet med almen praksis.

KLU betragtes af konsulenterne som det bærende element i den administrative koordinering mellem almen praksis og Aalborg Kommune. Med henblik på at kunne koordinere samarbejdet med hele gruppen af praktiserende læger i Aalborg Kommune arrangerer KLU såkaldte dialogmøder 2 gange årligt. Konsulenterne beskriver, at der bruges mange kræfter på at planlægge disse møder, så de bliver praksisnære og relevante for lægerne, da det er en stor udfordring at få lægerne til at deltage heri. Trods disse anstrengelser vurderer konsulenterne dog, at det højst er en femtedel af lægerne, der deltager, og at størstedelen af disse i forvejen er engageret og interesseret i tværsektorielt samarbejde.

Konsulenterne fortæller, at det hovedsageligt er ledere og konsulenter fra kommunen, som inviteres til dialogmøderne, og det ser således ud til, at de operationelle aktører i kommunen ikke indtænkes i denne sammenhæng.

Der bliver ikke foretaget evalueringer af dialogmøderne, og konsulenterne ved derfor ikke, hvilken effekt disse har for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis. De fortæller, at deltagerne giver positiv respons på arrangementerne, og de har derfor en forventning om, at møderne er med til 'at skabe ringe i vandet', som i det lange løb vil forbedre samarbejdet.

9.2.6 Forandringspotentialer

Analysen af interview 2 har således afdækket følgende forandringspotentialer for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer:

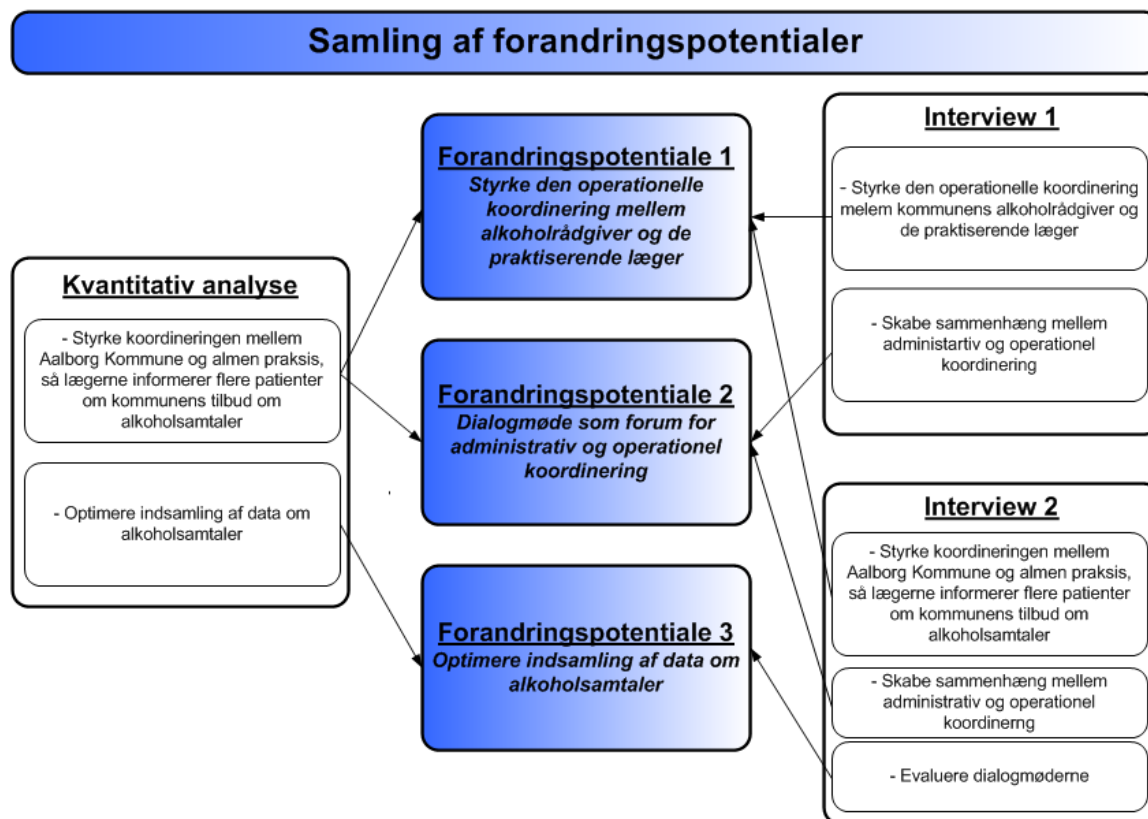
- Inddrage det operationelle niveau i dialogmøderne
- Skabe sammenhæng mellem administrativ og operationel koordinering
- Evaluere dialogmøderne

9.3 Samling af de afdækkede forandringspotentialer

I dette afsnit samles forandringspotentialerne afdækket i den kvantitative analyse og de to semistrukturerede interviews, hvorved specialets tredje forskningsspørgsmål besvares:

3) Hvilke forandringspotentialer kan afdækkes ud fra resultaterne af forskningsspørgsmål 1 og 2?

Nedenstående figur 11 viser, hvordan opsummeringerne fra specialets tre undersøgelser syntetiseres i samlende forandringspotentialer, som efterfølgende anvendes som struktur for diskussion af specialets resultater.



Figur 11: Samling af forandringspotentialer

10 Diskussion

I dette afsnit diskuteres først specialets anvendte metoder og efterfølgende specialets resultater. Alter og Hages teori om interorganisatoriske netværk suppleret med perspektiver fra Janne Seemanns forskning om organisatoriske problemstillinger inden for det danske sundhedsvæsen udgør en teoretisk ramme for diskussionen af specialets resultater. Diskussionen af resultater munder ud i forandringsforslag, samt forslag til implementering og evaluering heraf, med henblik på at kunne besvare specialets problemformulering.

10.1 Diskussion af specialets anvendte metoder

I det følgende afsnit diskuteres specialets metodiske valg og kvalitet. Afsnittet afrundes med en diskussion af teorivalg.

10.1.1 Virkningsevaluering

Det vurderes, at det har været hensigtsmæssigt at tage inspiration i virkningsevaluering som overordnet metodisk struktur, da denne tilgang har muliggjort en undersøgelse af en kompleks indsats: samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis om forebyggelse af alkoholproblemer. Anvendelsen af programteorien som et illustrativt og dynamisk redskab har muliggjort, at både effekten af og processen i samarbejdet er blevet belyst, ved hjælp af henholdsvis kvantitativ og kvalitativ metode, ud fra de udvalgte fokuspunkter i den opstillede programteori for samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis. Da der er foretaget en geografisk afgrænsning til en specifik kommune i virkningsevalueringen, betyder dette, at den generede viden er kontekstafhængig, og derved ikke nødvendigvis er overførbart til andre kontekster - i dette tilfælde andre danske kommuner. Blandt andet kan nævnes, at der er forskel på kommunale tilbud, da anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen (SST) er så overordnede, at den enkelte kommune selv kan bestemme indholdet af tilbuddene. Til gengæld er *SST-programteorien*, jf. afsnit: *Problemafgrænsning*, udarbejdet ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger samt nationale, strukturelle lovgivningsmæssige rammer for samarbejdet, og den er derfor så generel, at andre danske kommuner vil kunne overføre den til egen struktur ved hjælp af få justeringer.

SST's publikation: "*Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner*" (8) er blevet brugt som afsæt til udarbejdelse af specialets programteorier, fordi SST er Danmarks øverste

sundhedsfaglige myndighed. De anbefalinger, SST udarbejder, kan derfor forventes at anvendes af kommuner og almen praksis. Imidlertid er det en svaghed ved publikationen, at den ikke indeholder referenceangivelser, hvorfor det ikke kan vurderes, på hvilket grundlag anbefalingerne er udarbejdet. Denne svaghed overføres dermed til programteoriene. I problembearbejdningen er der dog ikke identificeret andet officielt materiale, der omhandler netop samarbejdet mellem kommuner og almen praksis omkring forebyggelse, hvorfor publikationen vurderes at være det bedst egnede dokument som udgangspunkt for programteoriene. Det vurderes desuden, at publikationen har givet programteoriene en anvendelig struktur for udvælgelsen af fokuspunkter.

10.1.2 Litteratursøgning

Overordnet kan det diskuteres, hvorvidt specialets systematiske litteratursøgning er udtømmende, og hvilke konsekvenser det har haft for besvarelsen af specialets problemformulering. Særligt har problemfeltets karakter haft indflydelse på litteratursøgningen. Som beskrevet i metodeafsnittet om litteratursøgning, er der i de anvendte databaser endnu ikke lavet indeksering og kontrollerede emneord, som vurderes dækkende for specialets tværfaglige problemfelt. Et eksempel herpå er begrebet 'integrated care', der som påvist i både artiklen '*Integrated teamworking: A literature review*' fra 2010 af Maslin-Prothero et al. samt af Strandberg-Larsen i '*Measuring integrated care*' fra 2011, ikke er klart defineret som begreb, og derved ikke kan søges på som kontrolleret emneord (59,68). Strandberg-Larsen pointerer i sit studie, at begreber omhandlende 'cooperation', 'coordination' og 'integration' er så relateret til hinanden, at de bruges i flæng og ofte erstatter hinanden (59), og i en rapport fra KORA, der gennemgår litteratur om ledelse på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, betegnes brugen af de forskellige begreber som et 'begrebsmæssigt rod' (31). Det har derfor været nødvendigt at foretage en bred søgning, som ikke rammer problemfeltet så præcist som ønsket samtidig med, at det formodentlig har resulteret i, at der eksisterer relevant litteratur, som litteratursøgningen ikke har identificeret. En del litteratur er fundet via kædesøgning på forfattere, der har vist sig at være førende inden for forskning omkring det felt, som Strandberg-Larsen kalder 'integrated care', da fokus på dette forskningsfelt er så nyt, at det ikke er belyst af mange forskere (59). Dette kan have betydet, at den anvendte litteratur afspejler en snæver tilgang til problemfeltet.

Det viste sig ved gennemlæsning af de identificerede studier i den systematiske litteratursøgning, at valget af inklusionskriteriet, der indsnævrede søgningen til studier publiceret efter 2007, har udeladt studier fra søgningen der, selvom de var publiceret tidligere end implementeringen af kommunalreformen, kunne have

belyst specialets problemstilling. Dette vurderes fx ud fra det inkluderede studie *'Measuring integrated care'* af Strandberg-Larsen, som anvender kilder fra tidligere år, blandt andre en artikel skrevet af Janne Seemann fra 2003: *'Erfaring med sundhedsplanlægning:Fokus på problemer'* (59). Da specialegruppen først blev opmærksom på dette meget sent i forløbet, var det grundet den tidsmæssige ramme for specialet ikke muligt at gennemføre en ny søgning uden denne indsnævring. Det formodes ikke at have haft en afgørende betydning for diskussionen af specialets resultater, da det vurderes at de relevante perspektiver på specialets problemfelt er blevet belyst via de inkluderede studier.

I processen med kvalitetsvurdering af de inkluderede studier både fra den systematiske søgning og kædesøgningen viste det sig, at de kvalitative studier blev vurderet som værende af høj kvalitet, hvorfor inddragelsen af disse har haft en positiv indvirkning på specialets kvalitet. Litteratursøgningen viste også, at specialets problemfelt ofte er behandlet i *'policy papers'* og lignende artikler, hvori der ikke fremgår metodologiske beskrivelser eller overvejelser. I relation til anvendelsen af en evidensstypologi, hvor evidensen vurderes ud fra, hvor anvendeligt det valgte undersøgelsesdesign er til opfyldelse af forskningsformålet, vurderes det dog, at *'policy papers'* er anvendelige i undersøgelsen af specialets problemfelt, og de er derfor blevet inkluderet. Det er valgt at vurdere dem ud fra kvalitative kvalitetskrav men da specialegruppen kun har ringe erfaring i at vurdere sådanne artiklers kvalitet, indebærer vurderingen af dem dog en usikkerhed.

Der er inddraget grå litteratur i specialet, som fx en rapport fra KORA: *'Afdækning af lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden'* (76). Denne form for litteratur kan ikke siges at have samme evidensmæssige vægt som litteratur fundet i videnskabelige databaser, men da fokus på forskning inden for problemfeltet er nyt, vurderes det, at den grå litteratur har kunnet supplere den videnskabelige litteratur med relevante aspekter.

10.1.3 Kvantitativ metode

Til vurdering af specialets kvantitative resultater tages der udgangspunkt i de førnævnte kvalitetskriterier: validitet, reliabilitet og generaliserbarhed(72), s. 134)

De anvendte data fra alkoholsamtalerne er tværnsnitsdata, og det er derfor ikke muligt at sige noget om årsagssammenhænge, da analysen kun kan give et øjebliksbillede af gruppen af borgere, der har henvendt sig til alkoholsamtaler.

Der er dog i datasættet en stor mængde missing data i de fleste anvendte variabler, undtagen variabelen 'køn'. Data er derfor så mangelfulde, at de ikke giver et resultat, der er anvendeligt til at beskrive gruppen af borgere, der har henvendt sig til alkoholsamtaler, hvorfor analysens validitet kan betegnes som lav.

Da studiepopulationen i undersøgelsen består af data fra de 62 borgere, som udgør alle borgere i Aalborg, der har henvendt sig til alkoholsamtaler, anses undersøgelsen som værende en totalundersøgelse af hele populationen. Det er derfor irrelevant at vurdere analysens generaliserbarhed, idet alle i målpopulationen er med i analysens stikprøve, og det er derfor det generelle resultat, der er opnået via analysen (56).

Dette påvirker også reliabiliteten, da det vurderes, at undersøgelsen kan gentages, fordi data udgør hele populationen, og at analysen består i simple deskriptive analyser, som er beskrevet i specialets metodeafsnit, hvilket højner reliabiliteten.

Via de anvendte data var ønsket at beskrive de borgere, der har henvendt sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge i den tidsperiode, data er indsamlet i, dvs. fra juni 2013 til marts 2016. Denne beskrivelse tager udgangspunkt i variabelen '*Henvist fra*', der beskriver, hvor borgeren har fået information om tilbuddet om alkoholsamtaler, og bruges som proxy for effekten af samarbejdet. Dette beskrives ud fra antallet af borgere, der angiver egen læge som svar. Anvendelsen af denne variabel betyder dog, at der i analysen kan være introduceret informationsbias, da der kan være borgere som for eksempel ikke har ønsket at angive, at de har hørt om tilbuddet fra egen læge, da de ikke ønsker, at egen læge involveres i forløbet. At denne variabel bruges som proxy kan derved have forringet undersøgelsens validitet.

Det skal her nævnes, at det anvendte datasæt udgør de eneste data, der er registreret på alkoholområdet i Aalborg Kommune, og derved har været de eneste data, der har været mulige at bruge til at beskrive de borgere, der har henvendt sig til tilbuddet. Hvis studiepopulationen havde været større, havde det været muligt at beskrive de borgere, der har henvendt sig til alkoholsamtaler ikke kun via en deskriptiv analyse, men

fx også via en regressionsanalyse, hvor der kunne have været justeret for fx uddannelse og andre socioøkonomiske faktorer. På denne måde havde det i analysen været muligt med en mere detaljeret beskrivelse af borgerne, som kunne give et mere kvalificeret svar på, om det er de rigtige borgere, der henvender sig til alkoholsamtalerne i forhold til, hvilke grupper af borgere, der statistisk set har et alkoholoverforbrug i Aalborg Kommune.

Overordnet kunne det desuden have givet beskrivelsen af gruppen af borgere, der har henvendt sig til alkoholsamtaler, et andet perspektiv, hvis specialegruppen via Region Nordjylland havde indhentet data fra *Sundhedsprofil Nordjylland 2013*. Disse data ville kunne sammenlignes med data fra alkoholsamtalerne, hvorved det ville kunne beskrives, hvorvidt deltagerne i alkoholsamtalerne repræsenterer de borgere i Aalborg Kommune, der statistisk set har et alkoholoverforbrug ifølge Sundhedsprofil Nordjylland.

10.1.4 Kvalitativ metode

Til vurdering af specialelets kvalitative metode anvendes de tidligere beskrevne kvalitetskriterier, som omfatter transparens, gyldighed og overførbarehed.

Udvælgelse af informanterne

Den strategiske udvælgelse af informanten på operationelt niveau vurderes at lykkes, da hun kunne bidrage med viden og erfaring, der kunne give den ønskede information om samarbejdet og de kommunale tilbud. Da der i Aalborg kommune kun er ansat én medarbejder, der varetager kommunens tilbud om alkoholrådgivning, var der i denne udvælgelsesproces ikke en risiko for at vælge en informant, der ikke var den mest relevante. Man kan dog sætte spørgsmålstegn ved, om det kunne have været relevant at supplere det kommunale perspektiv på det operationelle niveau med information fra lederen af Sundhedscenter Aalborg. Interviewene viste, at lederen af Sundhedscenteret er en aktør i den operationelle koordinering med almen praksis via deltagelse i lægernes '12-mandsgrupper', og at hun desuden er bindeleddet mellem det administrative og operationelle niveau i Aalborg Kommune. Hun kunne derfor have bidraget med viden omkring sammenhængen mellem det operationelle og administrative niveau, og muligvis også med viden om fx lægernes kendskab og tilgang til kommunens forebyggelsestilbud. Grundet tidsmæssige begrænsninger, kunne det desværre ikke lade sig gøre for lederen at afsætte tid til et interview.

I forhold til rekruttering af informanter på det administrative niveau, var det ikke muligt at identificere de mest relevante medarbejdere i Sundhedsstrategisk Team ud fra Aalborg Kommune hjemmeside. I stedet blev informanterne udvalgt undervejs i dataindsamlingen, hvor anbefalinger fra informanten i interview 1 gjorde det muligt også at foretage en strategisk udvælgelse til interview 2. Det vurderes, at de medvirkende informanter i interview 2 begge har bidraget med relevant viden. I løbet af interviewet kom det dog frem, at det kunne have været ideelt også at have foretaget et interview med nøglepersonen i det nyligt etablerede sekretariat, der har som formål at være den primære indgang til kommunen for almen praksis. Vedkommende formodes at kunne have suppleret med yderligere viden om den helt konkrete kommunikation og koordinering med almen praksis, fx ift. at skabe én indgang til kommunen. På det tidspunkt specialegruppen opnåede viden om denne relevante informant blev det vurderet, at det på grund af specialets tidsmæssige begrænsninger ikke var muligt at arrangere et interview.

Inddragelsen af lederen af Sundhedscenteret og nøglepersonen fra sekretariatet kunne have resulteret i en større gyldighed af resultaterne fra analysen af de indsamlede data, da data formodentlig ville være blevet mere fyldestgørende.

Specialegruppen forsøgte at etablere kontakt til almen praksis i håbet om at kunne belyse samarbejdet på både det operationelle og administrative plan, ud fra både kommunens og almen praksis' perspektiv. Dette lykkedes ikke, trods gentagne forsøg, hvilket har betydet, at det kun har været muligt at belyse samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis fra det kommunale perspektiv. Specialegruppen har i analyse- og diskussionsprocessen været opmærksomme på det manglende perspektiv fra den ene aktør i samarbejdet. Med fraværet af almen praksis' perspektiv, har det dog kun været muligt at udarbejde forandringsforeslag, der udspringer af det kommunale perspektiv, og som har udgangspunkt i kommunale tiltag. En belysning af almen praksis' perspektiv kunne have kvalificeret forandringsforslagene, så det sikredes, at de var relevante for begge aktører i samarbejdet.

Trods den manglende kontakt til almen praksis på både det operationelle og administrative niveau, samt den manglende inddragelse af et ledelsesmæssigt perspektiv vurderes det, at den indhentede viden fra de gennemførte interviews har muliggjort et nuanceret billede af specialets problemfelt. Det vurderes, at det kommunale perspektiv belyses i en så tilstrækkelig grad, at de semi-strukturerede interviews må betegnes som værende en velegnet metode til undersøgelsen, hvilket højner gyldigheden af interviewundersøgelserne.

Interviewundersøgelsens form

I begge interview deltog alle tre specialestuderende. Risikoen ved at være flere interviewere kan være, at interviewererne erobrer en alt for stor del af taletiden, og at der derved fremkommer færre data fra informanten, hvilket kan gøre kvaliteten af interviewet ringere (58), s. 64). Dette vurderes ikke at være tilfældet i hverken interview 1 eller 2, da der på forhånd var koordineret, hvilke roller interviewererne havde, og at disse roller blev respekteret under interviewene. Dette ses i transskriberingen af begge interview, som viser en markant overvægt af taletid til informanterne, samt at afbrydelse af informanterne forekom sjældent. Det kan i forlængelse af dette påpeges, at hvis specialegruppen havde haft en større viden om de to konsulents arbejdsfunktioner inden planlægningen af interviewet, kunne der med fordel have været foretaget to separate interviews med de to konsulenter. Dette kunne have givet hver informant mere taletid, og derigennem have tilført mere detaljeret viden om de to informants forskellige arbejdsfunktioner. En fordel ved det fælles interview, har dog formodentlig været, at de to informanter inspirerede hinanden, således at der fremkom flere perspektiver på problemfeltet.

10.1.5 Hermeneutisk tilgang

Igennem transskriberings-processen og den efterfølgende analyse af datamaterialet viste det sig, at temaer, som indledningsvist forekom relevante i udarbejdelsen af interviewguiden (fx kompetenceudvikling), ikke vurderedes at være relevante for den videre problembearbejdning. Dette afspejler den hermeneutiske tilgang, som bevirker, at specialets problembearbejdning af problemfeltet er i bevægelse (58), s. 174).

Ydermere har det vist sig, at specialegruppens forforståelse kan have påvirket dataindsamlingen ved begge interviews. Passager i interviewet udviklede sig i for høj grad til en dialog, hvor specialegruppens engagement i problemstillingen gjorde, at rollen som interviewer trådte i baggrunden. Derved blev specialegruppens forforståelse styrende for dialogen, og afstanden mellem forskere og de udforskede blev udvisket. Dette kan have betydet, at der i dataindsamlingen formodentlig kan være mistet nuancer ift. informanternes perspektiver på problemfeltet, som eventuelt kunne have givet anledning til andre forandringsforslag. Passager, hvor specialegruppens forforståelse blev for styrende for dialogen kunne have været undgået med en mere struktureret og styrende interviewguide samt en større bevidsthed om specialegruppens forforståelse og rolle som forskere under interviewet (56), s. 39). Erkendelsen af dette er dog også endnu et eksempel på den hermeneutiske tilgang, hvori forforståelsen sættes i spil og i en vekselvirkning med empirien resulterer i en ny forståelse af problemfeltet.

Overordnet vurderes det, at de metodologiske redegørelser i specialets metode- og diskussionsafsnit har medført en tydelig metodologisk refleksion, som har medført transparens ift. den anvendte metode.

10.1.6 Teori

I valget af Alter og Hage som det overordnede teoretiske fundament, er der taget højde for, at teorien er udviklet i en amerikansk kontekst, og at den ikke er udviklet med udgangspunkt i et sundhedsvæsen (59), s.7). De mangler, der fremstår ved Alter og Hages teori, som fx manglende indsigt i betydningen af kulturelle faktorer samt gennemførelse af initiativer (25), er forsøgt imødekommet ved at inddrage den danske forsker, Janne Seemann, som bidrager med at belyse problemfeltet i en dansk kontekst. I forlængelse heraf har en dansk chefkonsulent, fra CAST/SDU, Torben Larsen, i 2010, argumenteret for, at til trods for, at Alter og Hages teori om interorganisatoriske netværk er fra 1993, er den stadig den bedste til at beskrive et nutidigt samarbejde på tværs af organisationer og sektorer (77). Det vurderes, at kombinationen af at anvende Alter og Hage sammen med Janne Seemann har skabt en teoretisk ramme, som gør det muligt at diskutere specialets resultater.

10.2 Diskussion af specialets resultater

I dette afsnit diskuteres specialets resultater ud fra en teoretisk ramme, der, som nævnt, udgøres af Alter og Hages teori om interorganisatoriske netværk suppleret af perspektiver fra Janne Seemanns (Seemann) arbejde med organisatoriske problemstillinger i det danske sundhedsvæsen. Der inddrages desuden litteratur, som resultaterne kan diskuteres eller perspektiveres op imod.

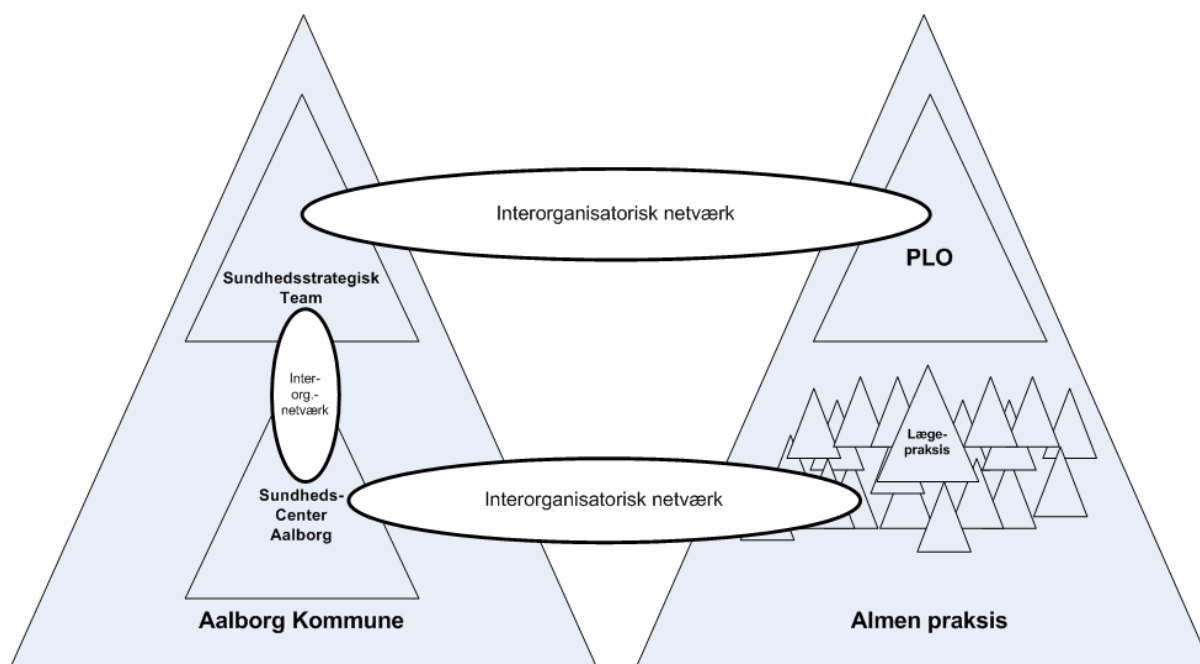
Teorien anvendes i diskussionen til at afdække forandringspotentialerne i samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis og diskutere, hvordan samarbejdet kan optimeres ud fra, hvad Alter og Hage samt Seemann beskriver som essentielt for samarbejdet i et systemisk netværk.

De enkelte afsnit i diskussionen af specialets resultater udmunder i forandringsforslag til, hvordan samarbejdet kan optimeres, så der kommer flere henvendelser til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge. Dette med henblik på at skabe flere sammenhængende forebyggelsesforløb med høj kvalitet, som kan medvirke til at forebygge alkoholrelaterede skader- og afhængighed blandt borgerne i Aalborg Kommune.

Diskussionen af resultaterne afrundes med forslag til implementering og evaluering af forandringsforslagene.

I diskussionen betragtes Aalborg Kommune og almen praksis som et interorganisatorisk netværk, der skal samarbejde om forebyggelse af alkoholproblemer. Ud fra Alter og Hages teori kan dette netværk betragtes som et systemisk netværk, som i fællesskab producerer et produkt eller en service (forebyggelse af alkoholproblemer) vha. koordination og opgaveintegration på tværs af det interorganisatoriske felt. Dette er en opgave, der kræver en høj grad af koordinering. Komplexiteten forøges yderligere af, at Aalborg Kommune og almen praksis ikke blot kan betragtes som ét netværk med to aktører, der skal samarbejde om opgaven, men at der ud fra analysen af interviewene med alkoholrådgiveren og sundhedskonsulenterne kan afdækkes tre interorganisatoriske netværk, se figur 12, inden for netværket mellem Aalborg Kommune og almen praksis, som tilsammen skal løse opgaven med forebyggelse af alkoholproblemer:

- Alkoholrådgiver > < Alment praktiserende læger (samarbejde på operationelt niveau)
- Sundhedsstrategisk Team > < PLO-Aalborg (samarbejde på administrativt niveau)
- Alkoholrådgiver > < Sundhedsstrategisk Team (samarbejde mellem operationelt og administrativt niveau i kommunen)



Figur 12: Specialets interorganisatoriske netværk.

10.2.1 Styrke den operationelle koordinering mellem alkoholrådgiveren og de praktiserende læger

Overordnet set er oplevelsen af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis forskellig på henholdsvis operationelt og administrativt niveau, hvor det administrative niveau oplever samarbejdet som velfungerende, mens det operationelle niveau oplever det som mangelfuldt. Denne forskel understøttes af en PhD-afhandling omhandlende måling af 'integrated care', som viser en klar tendens til en lavere prioritering af koordinering, jo længere ned i det organisatoriske hierarki, man kommer (59).

Konsulenterne fra Sundhedsstrategisk Team betegner samarbejdet mellem kommunen og almen praksis som velfungerende, fordi PLO-Aalborg er interesseret og deltager aktivt i samarbejdet via den koordinerende funktion Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU). Der ser således ud til at være en velfungerende administrativ koordinering mellem Sundhedsstrategisk Team i Aalborg Kommune og PLO-Aalborg, hvilket ifølge Alter og Hage er essentielt for samarbejdet, fordi der ikke eksisterer en fælles ledelse i et interorganisatorisk netværk (33), s. 91). Den administrative koordinering udgør derfor fundamentet for den operationelle koordinering, og den velfungerende koordinering mellem Aalborg Kommune og almen praksis betyder således, at der er et godt fundament for den operationelle koordinering mellem alkoholrådgiveren og de enkelte praktiserende læger.

Alkoholrådgiveren oplever til gengæld, at der ikke er meget samarbejde med almen praksis, og hun beskriver kontakten mellem hende som kommunal alkoholrådgiver og de enkelte praktiserende læger som sparsom. Hendes beskrivelser viser således, at der ikke er megen operationel koordinering mellem Aalborg Kommune og almen praksis i relation til forebyggelse af alkoholproblemer. Ifølge Alter og Hage er den operationelle koordinering afgørende for selve opgaveløsningen, og når den operationelle koordinering er mangelfuld, har det derfor betydning for det forebyggelsesforløb, den enkelte borger deltager i, da sammenhængende forebyggelsesforløb således ikke koordineres (33), s. 91). Ifølge studier omkring 'integrated care' bevirker specialiseringen og fragmenteringen inden for sundhedsvæsenet, at koordinering mellem de aktører, der skal bidrage til en borgers/patients forløb, er afgørende for, at borgeren får sundhedsydelser med god kvalitet (23,59). Den operationelle koordinering er ud fra dette således afgørende for kvaliteten af de alkoholforebyggelsesforløb, borgerne i Aalborg Kommune tilbydes. Der er derfor et forandringspotentiale i at styrke den operationelle koordinering mellem alkoholrådgiveren og de praktiserende læger med henblik på at opnå en bedre fælles opgaveløsning og dermed forebyggelsesforløb af højere kvalitet.

Lægernes kendskab til kommunens tilbud om alkoholsamtaler

Både alkoholrådgiveren og konsulenterne fra Sundhedsstrategisk Team formoder, at lægerne ikke har et tilstrækkeligt kendskab til kommunens tilbud om alkoholsamtaler. Hvis de har ret i denne formodning, er dette manglende kendskab en afgørende barriere for, at de praktiserende læger og alkoholrådgiveren i fællesskab kan skabe sammenhængende forløb omkring forebyggelse af alkoholproblemer, da viden om kommunens forebyggelsestilbud er en forudsætning for, at lægerne kan informere patienterne herom, og dermed hjælpe dem i gang med et forebyggelsesforløb i samarbejde med Aalborg Kommune.

Den kvantitative analyse viser, at kun 5% af henvendelserne til alkoholsamtaler er sket via egen læge. Resultatet skal tages med forbehold, da datamaterialet, som tidligere beskrevet, er mangelfuldt med mange missing data, men det understøtter dog alkoholrådgiverens oplevelse af, at lægerne ikke i høj grad informerer patienterne om kommunens alkoholtilbud. Det kan dog ikke vides, om lægerne informerer deres patienter om tilbuddet, men at patienterne efterfølgende ikke følger lægens råd om at henvende sig til Sundhedscenterets alkoholsamtaler. Høgsgaard Andersen et al. viser i en undersøgelse af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om henvisninger til kommunens tilbud til borgere med kronisk sygdom, at op imod halvdelen af de adspurgte læger ikke har henvist til kommunens tilbud inden for det seneste år. Lægerne angav som en af forklaringerne herpå, at de ikke havde tilstrækkelig viden om kommunens tilbud (10). Undersøgelsen går på

sygdomsspecifikke tilbud, men da kommunerne generelt har gjort en større informationsindsats over for almen praksis omkring sygdomsspecifikke tilbud end om forebyggelsestilbud, som fx alkoholsamtaler, er der grund til at formode, at lægerne også mangler viden om kommunernes alkohol-forebyggelsestilbud og derfor ikke informerer deres patienter herom (10). Alkoholrådgiveren giver udtryk for en forestilling om, at lægerne ikke kender til kommunens tilbud om alkoholsamtaler, men kun forbinder kommunens alkoholforebyggelsestilbud med Misbrugscenteret. Denne formodning bakkes op af et studieprojekt omhandlende opsporing af alkoholoverforbrug i almen praksis i Region Nordjylland. Heri giver interviewede læger fra en lægepraksis i Aalborg Kommune udtryk for at en af årsagerne til, at de er tilbageholdende med at spørge til patienternes alkoholvaner, er, at de mangler henvisningsmuligheder til de patienter, som har et alkoholstorforbrug, men ikke er afhængige af alkohol, og derfor ikke er relevante at henvise til kommunens Misbrugscenter (9). Dette viser, at de interviewede læger kender til Aalborg Kommunes Misbrugscenter, men tilsyneladende ikke har kendskab til kommunens tilbud om alkoholsamtaler, som netop er et tilbud til alkoholstorforbrugere, der ikke er afhængige af alkohol.

Når lægerne ikke kender til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler, mangler der ud fra Alter og Hages teori et af de grundlæggende normative karakteristika, som kendetegner interorganisatoriske netværk: *interorganisatoriske netværk er kognitive strukturer med en erkendelse af gensidig afhængighed* (33), s. 77-79). Dette karakteristika indebærer netop, at det i et interorganisatorisk netværk er nødvendigt med *kendskab til hinandens kompetencer*. Derudover indebærer det, at man har en *gensidig delt konceptuel ramme*, hvilket man kan sætte spørgsmålstegn ved, om alkoholrådgiveren og lægerne har. Alkoholrådgiveren arbejder med forebyggelse af alkoholproblemer for borgere med alkoholstorforbrug, mens lægerne ifølge førnævnte studieprojekt ofte først tænker alkohol som et problem, der skal sættes ind over for, når patienten er afhængig eller har alkoholrelaterede skader, og dermed er behandlingskrævende. Projektet viser dermed, at lægerne ikke har fokus på den primære forebyggelse af alkoholproblemer hos de patienter, som har et storforbrug af alkohol, men derimod på sekundær forebyggelse eller behandling af de patienter, der er afhængige (9).

Når alkoholrådgiveren arbejder med et fokus på primær forebyggelse, mens lægerne har fokus på sekundær forebyggelse i relation til alkoholproblemer, arbejder de således ud fra to forskellige tilgange til forebyggelsesopgaven, og de er dermed ikke nødvendigvis enige om, hvad den fælles forebyggelsesopgave består i. Der er derfor ikke, hvad Seemann kalder *ideologisk konsensus* mellem aktørerne, hvilket hun fremhæver som et vigtigt element, der kan skabe et godt og konstruktivt samarbejde (64), s.287-288)(63), s.18). Lægernes og alkoholrådgiverens forskellige tilgange til forebyggelsesopgaven afspejler dermed også en grundlæggende udfordring i interorganisatoriske netværk, som ifølge Seemann består i, at de involverede

organisationer kommer med hver sin kultur og hvert sit sæt af værdier og normer, som er knyttet til forskellige fagligheder (63), s.14). I dette tilfælde arbejder lægerne først og fremmest ud fra et behandlingsperspektiv, mens alkoholrådgiveren udelukkende arbejder ud fra et forebyggelsesperspektiv, og denne diskrepans udgør en barriere for samarbejdet. Dette understøttes af artikler, der undersøger tværsektorielt samarbejde i hhv. Norge og Danmark og konkluderer, at forskellige paradigmer og kulturer i de samarbejdende sektorer er en afgørende barriere for samarbejdet (78,79).

Opsummerende kan man sige, at der på det operationelle niveau er et forandringspotentiale i at få styrket det interorganisatoriske netværk mellem Aalborg Kommune og almen praksis i samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer gennem et øget kendskab til hinandens kompetencer og en udvikling af *en delt konceptuel ramme* omkring forebyggelsesopgaven.

Styrkelse af netværket via øget kendskab til hinanden

Som SST anbefaler i "*Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner*" (8) anvender Aalborg Kommune internetportalen Sundhed.dk til at informere om kommunens tilbud om alkoholsamtaler, og lægerne har derfor muligheden for her at hente information om tilbuddene og derigennem få et kendskab hertil. Konsulenterne fortæller, at erfaringerne fra andre forebyggelsesområder, som fx diabetes, viser, at lægerne anvender portalen til informationssøgning. Imidlertid kan Sundhed.dk kun fungere som én-vejs-kommunikation og indebærer derfor ikke en mulighed for informationsudveksling mellem læger og kommune, hvilket ifølge Seemann ellers ville kunne skabe tillid mellem de to organisationer, fordi det øger forudsigeligheden ved, at læger og alkoholrådgiver derigennem ville kunne få et indblik i, hvad den anden part gør i relation til forebyggelse af alkoholproblemer (61). Da kommunen desuden er afhængig af, at lægerne aktivt vælger at søge information om kommunens alkoholtilbud via Sundhed.dk kan denne informationskanal ikke siges at være en effektiv strategi for kommunen ift. at øge lægernes kendskab til alkoholsamtalerne.

En øget operationel koordinering mellem læger og alkoholrådgiver har derimod potentialet til at øge ikke kun lægernes kendskab til kommunens alkoholsamtale-tilbud, men også til informationsudveksling mellem de to aktører, der vil kunne give øget kendskab til hinandens kompetencer og derigennem styrke samarbejdet og skabe forebyggelsesforløb med god kvalitet. Som beskrevet i specialets teori afsnit kan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis ud fra Alter og Hages teori betragtes som et systemisk netværk, som

samarbejder om levering af en fælles ydelse: forebyggelse af alkoholproblemer. Det er derfor et netværk, som kræver en høj grad af koordinering mellem aktørerne(33), s. 73-74). Da forebyggelse af alkoholproblemer desuden er en opgave, som omhandler mennesker, er det ifølge Alter og Hage nødvendigt, at de anvendte koordineringsmekanismer indebærer feedback mellem aktørerne i netværket, fordi opgaven ikke kan standardiseres, men må tilpasses den borger, som deltager i forebyggelsesforløbet(33), s. 93).

Ud fra SST's anbefalinger i "*Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner*" bør alkoholrådgiveren give en tilbagemelding til borgerens læge efter endt alkoholsamtaleforløb (8), men alkoholrådgiveren fortæller, at hun sjældent giver tilbagemeldinger til de praktiserende læger, fordi de oftest ikke har været involveret i borgerens henvendelse til Sundhedscenteret. En sådan tilbagemelding kunne ellers være en feedback-mekanisme, som kunne give lægerne information om kommunens tilbud om alkoholsamtaler samt en erfaring med, hvilke kompetencer alkoholrådgiveren har, og hvilken betydning kommunens tilbud kan have for patienter med et alkoholstorforbrug.

Der er derfor et forandringspotentiale i at udnytte mulighederne for at give lægerne feedback omkring borgernes alkoholsamtaleforløb for derigennem at styrke den operationelle koordinering. Som det er i dag, fortæller alkoholrådgiveren, at hun kun kontakter en borgers læge, hvis borgeren kan have gavn af at supplere alkoholsamtalerne med medicinsk behandling mhp. at afhjælpe abstinens-symptomer. Hun giver derfor kun lægerne feedback omkring de borgere, som reelt er afhængige af alkohol, og denne feedback kan derfor være med til at fastholde lægernes fokus på, at alkohol kun er et problem, hvis patienten er afhængig. Hvis lægerne derimod får en tilbagemelding om borgere, der har deltaget i alkoholsamtaler, kan denne feedback være med til at give lægerne information om, at der i Aalborg Kommune er et tilbud til de borgere, som har et alkoholstorforbrug og dermed har brug for et tilbud om forebyggelse af alkoholproblemer.

Tilbage meldingen til lægerne kan desuden teoretisk være en måde for kommunen at demonstrere sine kompetencer over for lægerne. Ifølge Alter og Hage er et karakteristika ved interorganisatoriske netværk, at de har en arbejdsdeling, og at hver organisation bidrager med kompetencer til netværket. En manglende demonstrering af kompetencer kan medføre, at netværket opløses, mens en demonstrering af kompetencerne resulterer i *gensidig afhængighed*, fordi de øvrige aktører derigennem oplever, at netværket er relevant at indgå i (33), s. 77-79). Hvis alkoholrådgiveren giver lægerne en tilbagemelding om borgernes alkoholsamtaleforløb, kan hun således demonstrere kommunens kompetencer og dermed bidrage til, at der opstår en *gensidig afhængighed*, som styrker netværket omkring forebyggelse af alkoholproblemer.

Alkoholrådgiveren giver et eksempel på netop denne mekanisme under interviewet, idet hun fortæller om en borger, der har henvendt sig efter anbefaling fra sin læge. Lægen har fortalt borgeren/patienten, at han har erfaring med, at "de er gode at tale med på Sundhedscenteret". Lægen må altså have fået en tilbagemelding i en eller anden form, som viser, at hans patienter har fået et godt udbytte af et forløb på Sundhedscenteret, og denne erfaring betyder, at lægen efterfølgende informerer andre patienter om kommunens forebyggelsestilbud. Patienten havde i første omgang henvendt sig til sin læge for at få medicinsk behandling for sit alkoholforbrug, men lægen vælger at supplere behandlingen med en anbefaling om at deltage i kommunens tilbud om alkoholsamtaler. Eksemplet viser således, at lægen har fået en oplevelse af, at kommunen kan bidrage med en service, som vil øge kvaliteten af borgerens forebyggelsesforløb, og at læge og kommune dermed er *gensidigt afhængige*.

Muligheder for gensidig informationsudveksling

Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler er bygget op som et anonymt tilbud for borgerne, der ikke kræver lægehenvi sning. Denne faktor kan imidlertid være medvirkende til, at lægerne ikke kender tilbuddet, og at alkoholrådgiveren ikke giver borgerens læge en tilbagemelding om forløbet. Hvis tilbuddet krævede lægehenvi sning, eller hvis blot lægerne havde mulighed for at sende en henvi sning til tilbuddet på borgerens vegne, ville dette kunne betyde, at der blev taget kontakt mellem læge og alkoholrådgiver som opstart på et alkoholsamtaleforløb, og at det efterfølgende var mere naturligt for alkoholrådgiveren at give lægen en tilbagemelding. Samtidig ville lægen have mulighed for at begrunde sin vurdering af borgerens forebyggelsesbehov, og alkoholrådgiveren ville kunne give feedback til lægen om denne vurdering og resultatet af forløbet.

Denne informationsudveksling ville yderligere kunne bidrage til at skabe tillid mellem læger og alkoholrådgiver, hvilket ifølge Seemann er en forudsætning for, at et samarbejde kan fungere. Hun beskriver, hvordan udveksling af information mellem to samarbejdende organisationer kan skabe *en forståelsesbaseret tillid*, som bygger på, at læger og alkoholrådgiver får samme opfattelse af relevante forhold - i dette tilfælde, at de får en fælles opfattelse af forebyggelsesopgaven (63), s.19-20).

Opsummerende kan man sige, at operationel koordinering i form af mulighed for elektronisk henvi sning fra praktiserende læger til kommunens tilbud om alkoholsamtaler samt brugen af tilbagemelding om borgernes alkoholsamtaleforløb fra alkoholrådgiveren til borgernes læger udgør et forandringsforslag, som vil kunne give

lægerne og alkoholrådgiveren kendskab til hinandens roller og kompetencer i relation til forebyggelse af alkoholproblemer. Denne form for informationsudveksling vil kunne skabe en forståelsesbaseret tillid mellem parterne, som vil styrke et samarbejde og derfor potentielt kunne føre til flere henvendelser til kommunens tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge, hvilket potentielt kan føre til flere sammenhængende forebyggelsesforløb og dermed en bedre forebyggelse af alkoholproblemer i Aalborg Kommune.

En faktor, der taler imod dette forslag er imidlertid, at Aalborg Kommune vægter borgernes mulighed for anonymitet højt ud fra en forventning om, at det fører til flere borgerhenvendelser, og at det derfor ikke altid er muligt for læger og alkoholrådgiver at udveksle information om borgerens deltagelse i alkoholsamtaler. Muligheden for anonymitet er dog ikke en barriere for, at læger og alkoholrådgiver udveksler information om de borgere, som ikke har noget imod, at deres læge kender til deres deltagelse i kommunens alkoholsamtaler.

Ud fra dette opstilles specialets **Forandringsforslag 1:**

Forandringsforslag 1:

Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan optimeres ved at styrke den operationelle koordinering gennem øget informationsudveksling mellem alkoholrådgiveren i Aalborg Kommune og de praktiserende læger. Dette kan gøres ved at give lægerne mulighed for at kunne henvise elektronisk til kommunens tilbud om alkoholsamtaler, mens alkoholrådgiveren efter endt alkoholsamtaleforløb giver borgerens læge en tilbagemelding om forløbet og resultatet heraf. Dette vil øge parternes kendskab til hinandens roller og kompetencer i relation til forebyggelse af alkoholproblemer og føre til et øget samarbejde, som potentielt kan føre til flere henvendelser til kommunens tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge.

10.2.2 Dialogmøder som forum for administrativ og operationel koordinering

Dialogmøder som operationel koordinering

Konsulenterne fra Sundhedsstrategisk Team fremhæver de såkaldte dialogmøder som en væsentlig del af koordineringen af fælles opgaver mellem Aalborg Kommune og almen praksis. Møderne afholdes 2 gange årligt, og arrangeres af det administrative niveau i hhv. kommunen og almen praksis: Sundhedsstrategisk Team

og PLO-Aalborg. Til møderne inviteres praktiserende læger, og hvad konsulenterne kalder 'relevante aktører' i kommunen for at udveksle erfaringer og idéer omkring et konkret emne. Konsulenterne fortæller dog, at det er svært at få de praktiserende læger til at deltage, og at det højst er en femtedel af de praktiserende læger i Aalborg Kommune, som møder op. Som det fremgår af interviewet er der derfor stort fokus på at få de praktiserende læger til at deltage, og arrangementerne tilrettelægges, så de passer til lægernes arbejdstid og er praksisnære, så lægerne oplever det som relevant at deltage. Der gøres således ihærdige forsøg på at inddrage det operationelle niveau i almen praksis, mens der paradoksalt nok ikke er fokus på at få inddraget det operationelle niveau i kommunen, da Sundhedsstrategisk Team betegner 'relevante aktører' fra kommunen som ledere og konsulenter.

Da formålet med dialogmøderne er at koordinere kommunen og almen praksis' fælles opgaver er der således ud fra Alter og Hages teori et forandringspotentiale i at få inddraget operationelt niveau både fra almen praksis og fra kommunen, således at møderne kan bidrage til den operationelle koordinering mellem de aktører, som skal skabe den egentlige opgaveløsning (33), s. 91).

Dette underbygges af flere danske studier, som konkluderer, at dét at skabe et tværsektorielt mødeforum, som fx dialogmøder, kan være medvirkende til, at de aktuelle parter kan mødes og få en gensidig forståelse for hinanden med henblik på at kunne koordinere en fælles indsats (78,80). Hvis det operationelle niveau fra begge organisationer inviteres, kan dialogmøderne derfor bidrage til opbygningen af, hvad Seemann kalder *forståelsesbaseret tillid*, da alkoholrådgiveren og praktiserende læger ville få lejlighed til at lære hinanden at kende og udveksle erfaringer og idéer, hvilket ifølge Seemann, som nævnt tidligere, er fremmede for et samarbejde (63), s. 19-20). At dette kan føre til flere henvendelser til kommunens tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge, understøttes af alkoholrådgiverens beskrivelser af samarbejdet med kommunens Misbrugscenter. Heri forklarer hun netop, hvordan fælles møder og fælles undervisningsopgaver har betydet, at hun og personalet fra Misbrugscenteret har mødtes 'rundt om bordet' og har fået 'sat ansigt på hinanden', og herigennem har udvekslet information samt koordineret den praktiske opgaveløsning. Dette har netop medført, at der er kommet flere henvendelser til kommunens tilbud om alkoholsamtaler via kommunens Misbrugscenter. Dialogmøderne har således potentiale til at supplere specialets Forandringsforslag 1 ift. at styrke den operationelle koordinering gennem personlig kontakt mellem de aktører, som skal stå for selve opgaveløsningen. Dette fordrer, at de operationelle aktører fra kommunen inviteres til at deltage i dialogmøderne, hvilket i relation til forebyggelse af alkoholproblemer vurderes realistisk at gøre, da der i Aalborg Kommune netop på dette område kun er én alkoholrådgiver, som varetager alkoholsamtalerne.

Dannelse af en delt konceptuel ramme omkring forebyggelse af alkoholproblemer

Konsulenterne fortæller, at der ikke har været arrangeret dialogmøder med alkoholforebyggelse som enkeltstående tema. At alkohol således ikke har været prioriteret går i tråd med Sundhedsstyrelsens rapport ”Spørg til alkoholvaner”, hvori det pointeres, at forebyggelse på alkoholområdet har været nedprioriteret i forhold til de øvrige KRAM-faktorer i kommunalt regi, ligesom forebyggelse af alkoholproblemer i almen praksis foregår i et begrænset omfang (2,21). Alkoholrådgiveren udtrykker i interviewet, at hun har mere samarbejde med almen praksis omkring diabetes, end hun har omkring alkohol, og at dette blandt andet skyldes, at alkohol som arbejdsfelt ikke har haft stort fokus hverken i kommunen eller blandt lægerne. Alkoholrådgiveren formoder, at dette kan skyldes, at arbejdet med alkohol er forbundet med lav status. Hvorvidt alkoholrådgiveren har ret i denne formodning er uvist, men et dansk kvalitativt studie fra 2002 konkluderer, at danske praktiserende læger betragter alkohol som et ømfindtligt emne, hvilket blandt andet resulterer i, at de undlader at drøfte alkoholforbrug med deres patienter (41). Samtidig viser det tidligere nævnte studieprojekt omhandlende opsporing af alkoholstorforbrug i almen praksis, at lægerne ikke betragter alkoholstorforbrug som et problem, og at de ofte først taler med deres patienter om alkoholforbrug, når patienten viser fysiske eller psykiske tegn på et overforbrug, og dermed er enten afhængig eller har alkoholrelaterede skader (9). Alkoholrådgiveren har dermed ikke nødvendigvis ret i, at alkoholområdet har lav status blandt lægerne, men de betragter det som et ømtåleligt emne og først som et problem, som læger skal blande sig i, hvis patienten viser tegn på et problematisk alkoholforbrug.

Som nævnt i relation til Forandringsforslag 1 har lægerne dermed ikke den samme tilgang til alkoholforebyggelse som alkoholrådgiveren. Der er således grund til at skabe en mulighed for, at disse kan udveksle erfaringer med alkoholforebyggelse for derigennem at opnå en fælles opfattelse af opgaven og dermed skabe *ideologisk konsensus* om opgaven, hvilket er et centralt element i et godt og konstruktivt samarbejde (63), s. 18). Dette kunne ske via et dialogmøde med alkoholforebyggelse som tema. Relevansen af et sådant dialogmøde understøttes af, at der i Aalborg Kommune skønnes at være ca 14.000 borgere med et alkoholoverforbrug (46), mens den kvantitative analyse viser, at kun 62 borgere foreløbig har deltaget i kommunens tilbud om alkoholsamtaler. Der er således et stort forebyggelsespotentiale i at skabe større fokus på forebyggelse af alkoholproblemer i Aalborg Kommune, og et forandringspotentiale i at skabe dette fokus via et dialogmøde omkring alkoholforebyggelse.

Skabe sammenhæng mellem administrativt og operationelt niveau

Konsulenterne fra Sundhedsstrategisk Team oplever, at der er stort fokus på forebyggelse af alkohol i samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis, og de nævner den nyeste sundhedsaftale mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner som et eksempel herpå. Som tidligere nævnt er der i aftalen et specifikt fokus på forebyggelse af alkohol og aftaler om, hvad henholdsvis almen praksis og kommunerne skal gøre ifm. alkoholforebyggelse (47). Alkoholrådgiveren oplever derimod, at der ikke er meget fokus på forebyggelse af alkoholproblemer fra almen praksis' side. En forklaring på denne divergens kan findes i et dansk studie omhandlende koordinering af sundhedstilbud, hvori der sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt sundhedsaftalerne skaber koordination på det operationelle plan (23). Tilsvarende vurderes det i et sammenlignende studie, hvor det danske og svenske sundhedssystem sammenlignes, at sundhedsaftalerne skaber administrativ koordinering, men ikke sikrer koordinering og feedback mellem de operationelle aktører (25). Ifølge en evaluering af kommunalreformen er en af svaghederne ved sundhedsaftalerne netop, at det er en udfordring at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led (6). Dette kan formodes også at være tilfældet i Aalborg Kommune, idet alkoholrådgiveren ikke af sig selv omtaler sundhedsaftalen i sine beskrivelser af samarbejdet med almen praksis omkring alkoholforebyggelse. Der er derfor et forandringspotentiale i at styrke sammenhængen mellem administrativ og operationel koordinering, så de aftaler der laves på administrativt niveau, og som ifølge Alter og Hage udgør fundamentet for den operationelle koordinering, formidles til det operationelle niveau og derigennem får en betydning for selve opgaveløsningen (33), s. 91). Dialogmøderne har potentialet til at kunne skabe sammenhæng mellem administrativ og operationel koordinering, hvis begge niveauer i både kommune og almen praksis inviteres til møderne. Aktørerne fra administrativt og operationelt niveau ville derved få lejlighed til at udveksle erfaringer og idéer til den fælles opgave omkring forebyggelse af alkoholproblemer og derigennem opnå, hvad Seemann kalder *ideologisk konsensus* i forhold til at være enige om, hvad forebyggelsesopgaven består i, og hvordan den bedst løses (63), s. 18). Dette formodes i sidste ende at kunne betyde, at borgerens forløb bliver mere sammenhængende og af højere kvalitet.

Forandringsforslag 2 lyder derfor:

Forandringsforslag 2:

Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan optimeres gennem afholdelse af et dialogmøde specifikt omhandlende alkoholforebyggelse, hvor det operationelle og administrative niveau i både almen praksis og kommune inviteres. Dette vil kunne medføre et øget fokus på alkoholforebyggelse, en øget operationel koordinering og en sammenhæng mellem den

administrative og operationelle koordinering, så aftaler indgået mellem kommunen og almen praksis på det administrative niveau får betydning for selve opgaveløsningen på det operationelle niveau.

10.2.3 Optimere indsamling af data om alkoholsamtaler

Som tidligere nævnt er der i Sundhedsaftalen 2015-18 lavet aftaler om, at almen praksis skal henvise en vis procentdel af borgere med et alkoholoverforbrug til kommunens forebyggelsestilbud(47). Konsulenterne fra Sundhedsstrategisk Team fortæller i interviewet, at denne aftale tænkes evalueret ved hjælp af kommunens indsamling af data omkring alkoholforebyggelsestilbud - herunder alkoholsamtaler.

Registreringen af data på de borgere, som deltager i alkoholsamtaler, indsamles af Aalborg Kommunes Dokumentationsenhed via alkoholrådgiveren på Sundhedscenteret. Specialets kvantitative analyse er udarbejdet ud fra disse data, og da analysen viser, at dataregistreringerne er så mangelfulde, at man ikke kan konkludere på analyserne, er det problematisk, at disse data skal udgøre grundlaget for at vurdere, hvorvidt almen praksis lever op til sin del af Sundhedsaftalen. Der er derfor et forandringspotentiale i at skabe en mere systematisk dataindsamling, så data vil kunne anvendes i evalueringer af Sundhedsaftalen.

En bedre dataindsamling omkring alkoholsamtalerne vil desuden kunne afdække, hvilke borgere, der henvender sig til samtalerne for derigennem at kunne vurdere, hvorvidt det lykkes at få den relevante målgruppe til at henvende sig. En grundig dataindsamling vil fx kunne vise, hvorvidt der er bestemte grupper af alkoholstorforbrugere, som der skal gøres en yderligere indsats for at få til at komme til alkoholsamtaler. Denne viden vil kunne bruges i samarbejdet med almen praksis ift. at opnå viden om, hvilke grupper af alkoholstorforbrugere, som der kan være brug for, at almen praksis er opmærksom på at opspore, fordi de ikke henvender sig til alkoholsamtaler af sig selv. En af konsulenterne nævner netop en formodning om, at almen praksis via sin store kontaktflade har mulighed for at opspore andre grupper af alkoholstorforbrugere end kommunen. Hvis Aalborg Kommune har viden om, hvilke grupper af borgere, der særligt har brug for, at almen praksis gør en indsats for at opspore, vil denne viden hjælpe til at målrette kommunikationen med almen praksis omkring samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer. Dette vil derigennem kunne bidrage til udviklingen af *en delt konceptuel ramme*, hvor der er enighed mellem læger og kommune om, hvilke borgere, der skal samarbejdes omkring. Ifølge Alter og Hage er dette, som nævnt i forbindelse med Forandringsforslag 1, en nødvendighed i et interorganisatorisk netværk og fremmende for samarbejdet (33), s. 77-79).

Der er således et forandringspotentiale i at optimere dataindsamlingen omkring alkoholsamtaler med henblik på at kunne anvende data til en vurdering af, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer fungerer. Og i tillæg hertil at kunne vurdere, hvorvidt Aalborg Kommune og almen praksis i fællesskab bør gøre en ekstra opsporingsindsats over for bestemte grupper af alkoholstorforbrugere.

Forandringsforslag 3 lyder derfor:

Forandringsforslag 3:

Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan optimeres ved at foretage en systematisk indsamling af data omkring borgerne, der henvender sig til alkoholsamtaler, for derigennem at kunne vurdere, hvorvidt almen praksis lever op til de indgåede aftaler i Sundhedsaftalerne om at henvise en vis procentdel til kommunens forebyggelsestilbud. En mere grundig dataindsamling kan desuden bruges til at undersøge, hvilke grupper af borgere, der evt. er brug for, at der i fællesskab gøres en særlig indsats for at opspore. Denne viden vil kunne målrette kommunikationen med almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer og medvirke til opbyggelsen af en delt konceptuel ramme, som kan styrke samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer. Dette vil teoretisk kunne føre til flere henvendelser til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge.

10.3 Implementering og evaluering af specialets forandringsforslag

10.3.1 Forandringsforslag 1

Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan optimeres ved at styrke den operationelle koordinering gennem øget informationsudveksling mellem alkoholrådgiveren i Aalborg Kommune og de praktiserende læger. Dette kan gøres ved at give lægerne mulighed for at kunne henvise elektronisk til kommunens tilbud om alkoholsamtaler, mens alkoholrådgiveren efter endt alkoholsamtaleforløb giver borgerens læge en tilbagemelding om forløbet og resultatet heraf. Dette vil øge parternes kendskab til hinandens roller og kompetencer i relation til forebyggelse af alkoholproblemer og føre til et øget samarbejde, som potentielt kan føre til flere henvendelser til kommunens tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge.

Implementeringsforslag

Det er i dag ikke en mulighed for lægerne at sende elektronisk henvisning til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler. Ifølge Sundhedsaftalen 2015-2018 indgået mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner er det dog aftalt, at der skal arbejdes med at tilpasse indholdet i den elektroniske sygehushenvisning, så denne kan anvendes af almen praksis og sygehusene i forbindelse med henvisning til forebyggelse i kommunerne (47). Ifølge MedComs¹¹ hjemmeside er der derfor igangsat et projekt, der skal sikre, at alle kommuner kan modtage henvisninger elektronisk på alle forebyggelsesområder, at der udarbejdes en standardhenvisningsformular, som skal sikre, at lægerne guides til at give relevant information om patienten til det kommunale forebyggelsestilbud, og at der udarbejdes en såkaldt epikrisestandard, som kommunale medarbejdere kan bruge i tilbagemeldinger til borgerens læge efter endt forløb (43). Der er dermed elektroniske løsninger på vej, som kan medvirke til en implementering af forandringsforslag 1, men det fremgår ikke, hvornår disse løsninger er klar til implementering i kommunerne.

Det foreslås derfor, at Aalborg Kommune, indtil da, anvender den elektroniske informationskanal, EDIFACT¹² i kommunens elektroniske omsorgssystem, som alkoholrådgiveren nævner, hun kan anvende til at kontakte borgernes læger. Ved hjælp af EDIFACT bør alkoholrådgiveren systematisk sende borgernes læger en tilbagemelding om alle borgernes alkoholsamtaleforløb og udbytte heraf, for derigennem at øge lægernes

¹¹ MedCom er en non-profit organisation, som udvikler tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger

¹² Electronic Data Interchange - MedCom's løsning til at sende fortrolige sundhedsinformationer

kendskab til tilbuddet. Systematikken fordrer, at alkoholrådgiveren spørger alle borgerne - også de, der henvender sig uden forudgående involvering af almen praksis - om hun må sende en tilbagemelding til lægen. Derved vil lægerne blive gjort opmærksom på, hvilke grupper af borgere, der har gavn af tilbuddet, hvilket potentielt vil kunne føre til flere henvisninger fra lægerne til kommunens tilbud, fordi det vil øge deres opmærksomhed på, hvilke af deres patienter, det vil være relevante at henvise. Systematikken bør bibeholdes, når MedComs elektroniske løsning i forhold til at kunne sende henvisninger og epikriser mellem læger og kommune implementeres, da det fortsat vil være vigtigt, at alkoholrådgiveren prioriterer at sende lægerne en epikrise omkring de borgere, der har henvendt sig uden henvisning fra lægen.

Evalueringsforslag

Når MedComs elektroniske løsning for henvisning til alkoholforebyggelsestilbud og efterfølgende epikrise retur til almen praksis implementeres, bør der kunne trækkes data via MedCom, der kan vise, hvor hyppigt lægerne henviser, og alkoholrådgiveren sender epikriser retur til lægerne. Disse data vil efterfølgende kunne bruges til vurdering af, i hvilket omfang denne informationsudveksling mellem læger og alkoholrådgivning sker, og i hvilket omfang almen praksis henviser til kommunens tilbud om alkoholsamtaler.

Indtil da kan alkoholrådgiverens tilbagemeldinger til borgernes læger registreres via Aalborg Kommunes indsamling af data omkring alkoholsamtaler. Man kan med fordel tilføje et registreringspunkt i det eksisterende dataskema, som alkoholrådgiveren udfylder, hvori hun kan krydse af, hvis der er sendt tilbagemelding til egen læge. Dette punkt vil både kunne tjene som registrering af tilbagemeldingerne, men også som understøttelse af den systematik, der er anbefalet i implementeringsforslaget.

10.3.2 Forandringsforslag 2

Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan optimeres gennem afholdelse af et dialogmøde specifikt omhandlende alkoholforebyggelse, hvor det operationelle og administrative niveau i både almen praksis og kommune inviteres. Dette vil kunne medføre et øget fokus på alkoholforebyggelse, en øget operationel koordinering og en sammenhæng mellem den administrative og operationelle koordinering, så aftaler indgået mellem kommunen og almen praksis på det administrative niveau får betydning for selve opgaveløsningen på det operationelle niveau.

Implementeringsforslag

En høj deltagelsesprocent blandt praktiserende læger er en forudsætning for, at et dialogmøde omhandlende alkoholforebyggelse vil kunne bidrage til en øget operationel koordinering mellem alkoholrådgiveren og lægerne. Konsulenterne fortæller, at de forsøger at tilrettelægge dialogmøderne, så det passer ind i lægernes arbejdstid, og så emnerne er praksisnære for lægerne. Der foretages dog ikke evalueringer af møderne eller af årsagerne til lægernes lave deltagelsesprocent. Det foreslås derfor, at der forud for planlægningen af mødet foretages en evaluering af de hidtidige dialogmøder med henblik på at afdække fremmende og hæmmende faktorer for lægernes deltagelse. En viden herom vil kunne anvendes i planlægningen af fremtidige dialogmøder, så fremmende faktorer for lægernes motivation for at deltage i møderne tænkes ind i tilrettelæggelsen med henblik på at øge lægernes deltagelsesprocent. En sådan evaluering af de hidtidige dialogmøder bør omfatte både deltagende læger og ikke-deltagende læger, da de deltagende læger vil kunne bidrage med viden om, hvordan de oplever dialogmøderne, mens de ikke-deltagende vil kunne give viden om årsager til deres fravær.

Ud fra Alter og Hages teori er koordineringen af samarbejdet i et interorganisatorisk netværk afhængig af parternes villighed til at samarbejde og indgå i netværket, og det er derfor essentielt at få afdækket fremmende og hæmmende faktorer for lægernes villighed eller interesse for at indgå i samarbejdet med Aalborg Kommune og deltage i dialogmøderne (33), s. 86). Med henblik på at opnå viden om, hvorfor størstedelen af de praktiserende læger ikke deltager i dialogmøderne foreslås det derfor at anvende en kvalitativ tilgang til evaluering, der netop kan afdække lægernes holdninger og perspektiver på dialogmøderne og dermed deres villighed til at indgå i samarbejdet.

Aalborg Kommune kan i udformningen af evalueringen med fordel lade sig inspirere af en rapport fra KORA, hvori lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden afdækkes. Denne rapport er udarbejdet, fordi Region Hovedstaden havde svært ved at få både praktiserende og hospitalsansatte læger til at deltage i tværsektoriel kompetenceudvikling, og problemstillingen er således sammenlignelig med Aalborg Kommunes udfordring med at få de praktiserende læger til at deltage i dialogmøderne (76). Afdækningen af lægeperspektiver i KORA-rapporten tager udgangspunkt i kvalitative interview, som skal give indsigt i en række udarbejdede erkendelsesperspektiver. I forbindelse med undersøgelsen af fremmende og hæmmende faktorer

for lægernes deltagelse i dialogmøder kunne man tilsvarende foretage interviews med læger ud fra temaer, der udarbejdes ud fra eksisterende undersøgelser af fremmende og hæmmende faktorer for lægers deltagelse i tværsektorielle koordineringsaktiviteter, så man inddrager den viden, der allerede findes om problemstillingen.

I den forbindelse nævnes nedenfor en række faktorer, som studier har afdækket som betydende for lægernes deltagelse i tværsektorielle koordineringstiltag. De nævnte faktorer skal ikke forstås som en udtømmende liste, men som inspiration til udvikling af en undersøgelse af lægernes bevæggrunde for at deltage eller ikke deltage i dialogmøderne.

Faktorer af betydning for lægernes deltagelse i tværsektorielle koordineringsaktiviteter:

- Faglig motivation: Ifølge den førnævnte KORA-rapport er det vigtigt for lægernes deltagelse i tværsektorielle arrangementer, at disse har en faglig relevans for lægerne, da dette øger deres motivation for at deltage (76).
- Strukturelle faktorer: I et dansk studie omhandlende tværsektorielt samarbejde identificeres strukturelle faktorer som manglende tid og ressourcer som barrierer for samarbejdet (78).
- Kulturelle faktorer: Seemann pointerer, at en indbygget barriere for tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet er modstridende interesser og modstridende mål qua de involverede parter forskellige kulturer (81). Ifølge det førnævnte studie om tværsektorielt samarbejde kan kulturelle barrierer bl.a. bestå i manglende tillid til den anden part og lav motivation for samarbejdet (78). I forlængelse heraf udledes der, i et dansk litteraturreview, at strukturen i det danske sundhedsvæsen, med de praktiserende læger som små selvstændige praksis, kan medvirke til at skabe en 'kultur af individualisme', som bl.a. kan være en hindring for gennemførelsen af koordineringsaktiviteter (25).

Inddragelse af alkoholrådgiveren

Under planlægningen af et dialogmøde specifikt omhandlende alkoholforebyggelse kan man med fordel inddrage den kommunale alkoholrådgiver, da hun fortæller i interviewet, at hun ofte bruges som oplægsholder eller underviser i regionalt regi i forbindelse med fælles kompetenceudvikling inden for forebyggelse af alkoholproblemer. Hun har således en erfaring og viden, som kan bruges i dialogen med lægerne med henblik

på at opbygge *en delt konceptuel ramme* omkring forebyggelse af alkoholproblemer. Et oplæg holdt af alkoholrådgiveren vil desuden kunne demonstrere hendes kompetencer på området, hvilket ifølge Alter og Hage vil kunne resultere i *gensidig afhængighed*, fordi lægerne derigennem bliver opmærksomme på, at alkoholrådgiveren er en kompetent samarbejdspartner. Dette vil teoretisk kunne fremme deres villighed til at indgå i samarbejdet med kommunen omkring forebyggelse af alkoholproblemer (33), s. 77-79 +86).

Opsummerende foreslås det således, at en implementering af forandringsforslaget om at afholde et dialogmøde omhandlende alkoholforebyggelse, hvor både operationelt og administrativt niveau inviteres, indeholder:

- En evaluering af de hidtidige dialogmøder med henblik på at afdække fremmede og hæmmende faktorer for lægernes deltagelse. Resultaterne heraf bør indtænkes i planlægningen af dialogmødet om alkoholforebyggelse for at øge sandsynligheden for en høj deltagelsesprocent blandt lægerne.
- En inddragelse af alkoholrådgiveren i planlægningen af dialogmødet og som oplægsholder på mødet omkring forebyggelse af alkoholproblemer, fordi hun har stor erfaring hermed og samtidig får mulighed for at vise lægerne, hvordan forebyggelse af alkoholproblemer varetages i Aalborg Kommune.

Evalueringsforslag

Formålet med at arrangere et dialogmøde omkring alkoholforebyggelse er at styrke samarbejdet, så der kommer flere henvendelser til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler. En evaluering af et dialogmøde omhandlende alkoholforebyggelse bør således tage udgangspunkt i metoder, der kan måle en effekt af et tværsektorielt samarbejde.

I et dansk review konkluderer Strandberg-Larsen et al., at der findes mange forskellige målemetoder i relation til effekten af et tværsektorielt samarbejde, men at der mangler forskning med henblik på at sikre validitet og reliabilitet af målemetoderne. Det beskrives, at dette er forventeligt, fordi 'integrated care' er et komplekst felt, hvor målemetoden i høj grad afhænger af, hvilket mål der er relevant at undersøge i den kontekst, man undersøger i (67).

En simpel måde at evaluere dialogmødernes effekt på samarbejdet omkring alkoholforebyggelse vil være at anvende den dataregistrering, som foretages i forbindelse med alkoholsamtalerne. Aalborg Kommune kan derigennem anvende en kvantitativ tilgang til effekten af samarbejdet, hvor antallet af henvendelser på baggrund af information fra almen praksis betragtes som proxy for, hvordan samarbejdet mellem kommunen og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer fungerer. En stigning i antallet af henvendelser via almen praksis i tiden efter et dialogmøde omkring alkoholproblemer ville, ud fra denne tankegang, være et udtryk for, at samarbejdet er blevet forbedret.

Imidlertid viser antallet af henvendelser via almen praksis ikke, hvor mange patienter lægerne informerer om tilbuddet, men kun det antal, som det lykkes at få motiveret til efterfølgende at henvende sig på Sundhedscenteret. Evaluering ved hjælp af dataregistrering om alkoholsamtaler kan derfor med fordel suppleres af en undersøgelse af lægernes tilgang til samarbejdet - fx i forhold til deres kendskab til kommunens tilbud om alkoholsamtaler, hvor mange patienter de informerer herom, hvor mange tilbagemeldinger de får omkring deres patienters deltagelse i alkoholsamtaler med mere. Dette kunne gøres ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger, hvorved man kunne få besvarelser fra mange læger og dermed få evalueret samarbejdet via et større udsnit af lægerne, end tilfældet er med de mundtlige evalueringer, som i dag foretages under dialogmøderne. Det er dog relevant at fremhæve, at den tidligere nævnte undersøgelse af Høgsgaard Andersen, omhandlende samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud, viser, at det kan være en udfordring at opnå en tilstrækkelig høj svarprocent ved sådanne spørgeskemaundersøgelser blandt læger. I undersøgelsen nåede man således kun en svarprocent på 38 efter to påmindelser til de praktiserende læger (10).

10.3.3 Forandringsforslag 3

Samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan optimeres ved at foretage en systematisk indsamling af data omkring borgerne, der henvender sig til alkoholsamtaler, for derigennem at kunne vurdere, hvorvidt almen praksis lever op til de indgåede aftaler i Sundhedsaftalerne om at henvise en vis procentdel til kommunens forebyggelsestilbud. En mere grundig dataindsamling kan desuden bruges til at undersøge, hvilke grupper af borgere, der evt. er brug for, at der i fællesskab gøres en særlig indsats for at opspore. Denne viden vil kunne målrette kommunikationen med almen

praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer og medvirke til opbyggelsen af en delt konceptuel ramme, som kan styrke samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer. Dette vil teoretisk kunne føre til flere henvendelser til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge.

Implementeringsforslag

Da der i Aalborg Kommune allerede findes et registreringsskema, hvori der registreres forskellige data på de borgere, som henvender sig til alkoholsamtaler, vil det være oplagt at videreudvikle på dette. I skemaet registreres socioøkonomiske faktorer, hvor borgeren er henvist fra, og hvorvidt der henvises videre til anden instans. Derudover registreres diverse forhold i relation til alkoholsamtaleforløbet - fx, hvor mange samtaler den enkelte borger deltager i.

Det foreslås, at skemaet gennemgås med henblik på at sikre sig, at der indsamles de oplysninger, der er brug for, til at kunne evaluere målene fra Sundhedsaftalerne og vurdere, hvorvidt der er grupper af borgere med alkoholoverforbrug, som Aalborg Kommune og almen praksis i fællesskab bør gøre en ekstra indsats for at opspore.

Det foreslås desuden, at der skabes en systematik omkring registreringen af data, så kvaliteten af data øges, fordi man sikrer sig, at der ikke er mange missing data, og at de derfor kan anvendes i en statistisk sammenhæng.

I den forbindelse bør såvel administrativt og operationelt niveau inddrages, da det er det administrative niveau, som skal foretage evalueringerne, mens det er alkoholrådgiveren på det operationelle niveau, som i sit daglige arbejde skal foretage registreringerne. En inddragelse af alkoholrådgiveren kan muliggøre en identificering af og opmærksomhed på de barrierer, som hun oplever i forbindelse med registreringen, og som der bør tages højde for i tilretningen af skemaet og udviklingen af systematik. Derved kan det sikres, at der udarbejdes en systematik omkring registrering af data, som passer til alkoholrådgiverens daglige arbejde med alkoholsamtaler, og som giver mening i den kontekst, hun arbejder i. Ifølge Seemann er det netop en udfordring i interorganisatoriske netværk, at organisationerne kommer med hver sin kultur og sæt af normer og værdier, der er knyttet til forskellige fagligheder og lokale tilholdssteder (63), s. 14). Hvis administrativt og operationelt niveau betragtes som et interorganisatorisk netværk, der skal samarbejde om evaluering af alkoholsamtaler, illustrerer Seemanns beskrivelse netop, at administrativt niveau, som skal foretage evalueringerne af alkoholsamtaler, og operationelt niveau, som skal foretage registreringen, har hver sin kultur og faglighed. Det er derfor nødvendigt med en dialog om, hvordan registreringerne kan foretages, så

indsamlingen af data kan anvendes i begge kulturer. En fælles udarbejdelse af systematik omkring registreringen af alkoholsamtaler vil kunne skabe en *ideologisk konsensus* om registreringsopgaven - dvs. en enighed om, hvad opgaven består i og hvilke foranstaltninger, der er bedst at anvende, når opgaven skal løses, hvilket vil fremme samarbejdet herom, og derfor øge sandsynligheden for, at data registreres i fornødent omfang (63), s. 18).

Evalueringsforslag

Der bør med jævne mellemrum følges op på, hvorvidt dataregistreringerne bliver udfyldt, og undersøges, hvilke barrierer der ligger til grund herfor. Også her bør alkoholrådgiveren og de medarbejdere fra det administrative niveau, som skal anvende data i evalueringsøjemed, inddrages for at evaluere, hvorvidt de opstillede variabler fortsat er relevante at registrere, og om der er variabler, som i særlig grad ikke udfyldes. Derved sikres, at registreringsskemaet kun indeholder de variabler, som ender med at blive anvendt i evalueringer, så registreringsopgaven gøres så simpel og kortfattet som muligt, hvilket vil øge sandsynligheden for, at registreringerne bliver foretaget.

11 Konklusion

Specialets formål har været at udarbejde forandringsforslag til, hvordan samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer kan styrkes, så der bliver skabt flere sammenhængende forebyggelsesforløb med høj kvalitet for den enkelte borger.

Elementer af virkningsevaluering er anvendt som udgangspunkt for valget af en kvantitativ analyse og to semistrukturerede interviews til indsamling af empiri.

Det konkluderes, at implementering af nedenstående forslag vil kunne optimere samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer, så flere borgere henvender sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler på baggrund af information fra egen læge:

1) Den operationelle koordinering mellem kommunens alkoholrådgiver og de praktiserende læger skal styrkes gennem øget informationsudveksling mellem alkoholrådgiveren i Aalborg Kommune og de praktiserende læger. Dette kan gøres ved at give lægerne mulighed for at henvise elektronisk til kommunens tilbud om alkoholsamtaler, mens alkoholrådgiveren efter endt alkoholsamtaleforløb giver borgerens læge en tilbagemelding om forløbet og resultatet heraf. Herigennem vil aktørerne få et bedre kendskab til hinandens roller og kompetencer i relation til forebyggelse af alkoholproblemer, hvilket teoretisk kan føre til et øget samarbejde.

Forandringsforslaget kan implementeres gennem indførelse af en elektronisk henvisningsløsning og en systematisk brug af tilbagemeldinger fra alkoholrådgiveren til lægerne om borgernes alkoholsamtaleforløb uanset, om lægen har været indblandet i borgerens henvendelse til alkoholsamtaler eller ej.

Forandringsforslaget kan evalueres ved hjælp af dataregistreringer om alkoholsamtalerne.

2) Afholdelse af et dialogmøde omkring alkoholforebyggelse, hvor både det operationelle og administrative niveau i Aalborg Kommune og almen praksis inviteres, vil kunne styrke samarbejdet, fordi det vil skabe et øget fokus på alkoholforebyggelse, en øget operationel koordinering som følge af, at aktørerne lærer hinanden at kende og en sammenhæng mellem den administrative og operationelle koordinering, så aftaler indgået mellem

kommunen og almen praksis på det administrative niveau får betydning for selve opgaveløsningen på det operationelle niveau.

Forslaget kan implementeres ved i første omgang at lave en evaluering af de hidtidige dialogmøder med henblik på at afdække årsager til de praktiserende lægers lave deltagelsesprocent, så der i planlægningen af et dialogmøde omkring alkoholforebyggelse kan tages højde for barrierer for lægernes deltagelse heri.

Alkoholrådgiveren kan med fordel inddrages i planlægningen og som oplægsholder på dialogmødet på grund af hendes erfaring med forebyggelse af alkoholproblemer.

Evaluering af, hvorvidt dialogmødet styrker samarbejdet omkring alkoholforebyggelse, kan foretages ud fra indsamlede data omkring alkoholsamtaler, evt. suppleret af kvalitative interviews med de praktiserende læger omkring deres oplevelser af samarbejdet.

3) En systematisk indsamling af data omkring borgerne, der henvender sig til Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler kan anvendes i en evaluering af, hvorvidt almen praksis lever op til de indgåede aftaler i Sundhedsaftalerne om at henvise en vis procentdel til kommunens forebyggelsestilbud. En mere grundig dataindsamling kan desuden bruges til at undersøge, hvilke grupper af borgere, der evt. er brug for, at der i fællesskab gøres en særlig indsats for at opspore. Denne viden vil kunne målrette kommunikationen med almen praksis omkring forebyggelse af alkoholproblemer og medvirke til opbyggelsen af en delt konceptuel ramme, som kan styrke samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer.

Det foreslås, at medarbejdere fra såvel operativt som administrativt niveau inddrages i tilretning af det eksisterende registreringsskema og udviklingen af systematik i dataindsamlingen. Dette vil kunne sikre, at systematikken opbygges, så den passer til arbejdsgangen på både administrativt og operationelt niveau og dermed øge sandsynligheden for, at data registreres systematisk.

12 Referenceliste

- (1) Sørensen J, f.1961, Juel K, Brønnum-Hansen H, Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (2) Bjerrum L, Barfod S, Becker U. Spørg til alkoholvaner : diagnostik og behandling af alkoholproblemer. Kbh.: Dansk Selskab for Almen Medicin; i samarbejde med Sundhedsstyrelsen; eksp. Komiteen for Sundhedsoplysning; 2010.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed : Den nationale sundhedsprofil 2013. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (4) Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003 09;98(9):1209-1228 20p.
- (5) Kjellberg J, Aavang Poulsen C. Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug. : KORA; 2014.
- (6) Økonomi- og Indenrigsministeriet, Udvalget om Evaluering af Kommunalreformen. Evaluering af kommunalreformen : afrapportering. : Økonomi- og Indenrigsministeriet; 2013.
- (7) Aabel MK, Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – alkohol. 2nd ed. Kbh.; 2013.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner. 2014.
- (9) Øgendahl IK, Holst-Stensborg HW, Autzen P, Breer CB. Osporing af alkoholstorforbrug i almen praksis. 2015, Aalborg Universitet.
- (10) Høgsgaard Andersen J, Thorsen T, Kousgaard MB. Praktiserende læger savner viden om de kommunale sundhedstilbud : viser ny undersøgelse fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen online* 2015;91(4).
- (11) Sundhedsstyrelsen. Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data.
Redigering: Lene Halmø Terkelsen. 2015; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~media/AD0E935AE31446C4AA09250B270A780B.ashx>. Accessed 02/01, 2016.
- (12) Grønkjær M, Curtis T, Crespigny CD, Delmar C. Acceptance and expectance: Cultural norms for alcohol use in Denmark. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 2011 2011;6(4).
- (13) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol. 2010; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/BC7F94D1D0124D3BAED38D0D0E8C0DAC.ashx>. Accessed 02/01, 2016.
- (14) Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *The Lancet* 2005 2005;365(9458):519-519-530.

- (15) Poikolainen K. Alcohol and mortality: a review. *J Clin Epidemiol* 1995;48(4):455-465.
- (16) Wannamethee SG. Commentary: Alcohol and mortality: diminishing returns for benefits of alcohol. *Int J Epidemiol* 2005;34(1):205-206.
- (17) Friesema IHM, Zwietering PJ, Veenstra MY, Knottnerus JA, Garretsen HFL, Kester ADM, et al. The effect of alcohol intake on cardiovascular disease and mortality disappeared after taking lifetime drinking and covariates into account. *Alcoholism: clinical and experimental research* 2008;32(4):645-651.
- (18) Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann Epidemiol* 2007;17(5 Suppl):S16-S23.
- (19) Schneekloth Christiansen N. Kortlægning : kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015 : udvikling i arbejdet fra 2013-2015. : Center for Interventionsforskning; 2015.
- (20) Blædel UA, Center for Alkoholforskning. Alkoholforbrug i Danmark : Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. København: Statens Institut for Folkesundhed; Center for Alkoholforskning; 2008.
- (21) Illemann Christensen A, Statens Institut for Folkesundhed. Kram-undersøgelsen i tal og billeder. Kbh.; Lyngby: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; TrykFonden; 2009.
- (22) Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T, f.1946. Sygdomsforebyggelse. Kbh.: Munksgaard; 2014.
- (23) Rudkjøbing A, Olejaz M, Birk HO, Nielsen AJ, Hernández-Quevedo C, Krasnik A. Integrated care: a Danish perspective. *BMJ.British medical journal* 2012;345:e4451-e4451.
- (24) Møller Pedersen K. Sundhedsøkonomi. Kbh.: Munksgaard; 2013.
- (25) Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangbæk K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International journal of integrated care* 2009;9:e04-e04.
- (26) Vallgård S, Krasnik A. Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2010.
- (27) Olejaz M, World Health Organization,WHO.Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark : health system review. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems and Policies; 2012.
- (28) Hanak ML, Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen : en vejledning til Sundhedslovens §§119 stk. 1 og 2. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (29) Sundheds og ældreministeriet. Sundhedsloven. 2005;546.
- (30) Vedsted P. Almen praksis : omdrejningspunktet for det sammenhængende sundhedsvæsen. *Månedsskrift for almen praksis* 2014;92(11):882-889.
- (31) Holm-Petersen C, Buch MS. Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. : KORA; 2014.

- (32) Seemann J. Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk. . In: Zeuthen Bentsen E, editor. Når styringsambitioner møder praksis : den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige Kbh.: Handelshøjskolens Forlag; distribution: Munksgaard; 1999. p. 87-108.
- (33) Alter C, Hage J. Organizations working together. 2. print. ed.: London : Sage; 1993.
- (34) Rudkjøbing A, Strandberg-Larsen M, Vrangbaek K, Andersen JS, Krasnik A. Health care agreements as a tool for coordinating health and social services. International journal of integrated care 2014 2014;14:e036-e036-e036.
- (35) Vinge S, Strandberg-Larsen M. Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet. Ugeskrift for læger 2010;172(10):775-777.
- (36) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. 2015; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler/vejledning-om-sundhedsaftaler>. Accessed 03/01, 2016.
- (37) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af sundhedsaftaler 2010-2011. 2013; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler/evaluering-2010-2011>. Accessed 03/01, 2016.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler. 2015; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler>. Accessed 02/01, 2016.
- (39) KL. PLO. Kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning. 2011; Available at: <http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F22051/Praksi~1.pdf>. Accessed 04/01, 2016.
- (40) Lægeforeningen. Overenskomst om almen praksis.
§ 96 Kommunalt-lægelige udvalg mellem kommunerne og de praktiserende læger. Available at: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/OK%20om%20almen%20praksis/OK%2001-09-2014/%C2%A7%2096%20Kommunalt-%C3%A6gelige%20udvalg%20mellem%20kommunerne%20og%20de%20pra. Accessed 04/01, 2016.
- (41) Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ.British medical journal 2002 2002;325(7369):870-870-870.
- (42) Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. New York: The Guilford Press; 2002.
- (43) medcom. Henvisning til kommunal forebyggelse. 2016; Available at: <http://medcom.dk/projekter/henvisning-til-kommunal-forebyggelse>. Accessed 04/01, 2016.
- (44) Krogstrup HK, Dahler-Larsen P. Nye veje i evaluering : håndbog i tre evalueringsmodeller. Århus: Academica; 2003.
- (45) Aalborg Kommune. Statistik om folketal 2016 for Aalborg Kommune.
Hele Kommunen: Befolkningen pr. 31. december efter alder - i alt. Available at: http://apps.aalborgkommune.dk/statistik/webaarbog/Folketal2016/Struktur/Hele_Kommunen/indexlevel1/HeleKommunen1aarsaldersklasser.html. Accessed 04/01, 2016.

- (46) Hayes VS. Sundhedsprofil 2013 : trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland. Aalborg: Region Nordjylland; 2014.
- (47) Region Nordjylland. Den Administrative Sundhedsaftale 2015-2018. 2015; Available at: http://www.rn.dk/~media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejds partnere/Sundhedsa ftaler/Sundhedsaftale%202015/Endelig%20sundhedsaftale%202015-2018/Den%20Administrative%20Sundhedsaftale_final.ashx. Accessed 03/01, 2016.
- (48) Aalborg Kommune. Sundhedspolitik 2015-2018. 2015; Available at: <http://www.e-pages.dk/aalborgkommune/1258/>. Accessed 03/01, 2016.
- (49) Aalborg Kommune. Kommunalt Lægeligt Udvalg. Available at: <http://praksisinfo.aalborg.dk/samarbejde/kommunalt-laegeligt-udvalg/klu-deltagere>. Accessed 03/01, 2016.
- (50) Sundhed.dk. Praktiserende læger i Aalborg Kommune. Available at: <https://www.sundhed.dk/find-behandler/?action=Search&Name=&OrganizationTypeld=2&Street=&ZipCode=&City=&MunicipalityId=+851&RegionId=0&Sex=0&AgeGroup=0&DisabilityFriendlyAccess=false&EMailConsultation=false&EMailAppointmentReservation=false&EMailPrescriptionRenewal=false&pageSize=10&ExternalOrganizationTypeld=52&ExternalOrganizationTypeld=&OpenForNewPatients=False>. Accessed 03/01, 2016.
- (51) Aalborg Kommune. Sundheds- og kulturforvaltningen. Sundhedsstrategisk Team. Available at: <http://www.aalborg.dk/om-kommunen/organisation/sundheds-og-kulturforvaltningen>. Accessed 03/01, 2016.
- (52) Aalborg Kommune. Sundheds- og Kulturforvaltningen. 2015; Available at: http://www.aalborg.dk/media/3613813/sundhedkultur_eksternnov2015.jpg. Accessed 03/01, 2016.
- (53) Sundhed.dk. Aalborg Kommune. Sundhedstilbud. Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-nordjylland/kommuner/aalborg/>. Accessed 03/01, 2016.
- (54) Sundhed.dk. Aalborg Kommune. Samtaler om alkoholvaner. 2013; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-nordjylland/kommuner/aalborg/alkohol/samtale-om-alkoholvaner/>. Accessed 03/01, 2016.
- (55) Aalborg Kommune. Sundhedscenter Aalborg. Alkoholsamtaler. Available at: <http://sundhedscenter.aalborg.dk/livsstil/alkoholsamtale>. Accessed 03/01, 2016.
- (56) Launsø L, Rieper O, Olsen L,f.1963. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6th ed. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2011.
- (57) Holm AB. Videnskab i virkeligheden : en grundbog i videnskabsteori. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2011.
- (58) Koch L, Vallgård S. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 3rd ed. København: Munksgaard; 2007.
- (59) Strandberg-Larsen M. Measuring integrated care : an International Comparative Study. Danish medical bulletin online 2011 Vol. 58, nr. 2, (2011).

- (60) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 2001 2001-08;358(9280):483-483-488.
- (61) Seemann J. *Interorganisatoriske perspektiver*. In: Bømler T, editor. *Sociale organisationer i en omstillingstid : grundbog i organisationsteori til social- og sundhedsuddannelserne*. 3rd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2008. p. p.184-203.
- (62) Axelsson R, Bihari-Axelsson S,1949-, Axelsson R, Gunnersen M. Gustafsson, J; *Ledarskap i interorganisatoriska nätverk för folkhälsa*. *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* Lund: Studentlitteratur; 2007. p. p. 61-86.
- (63) Seemann J, Johansen M. Unge i organisatorisk grænseland : organisering, samarbejdsstrategier, tillid og ledelse. *Uden for nummer* 2013;14(27):12-21.
- (64) Seemann J. Samspel och konflikt i organisatoriska gränssnit - analys av et demensnätverk. In: Axelsson R,1947-, Bihari-Axelsson S,1949-, Axelsson R, Gunnersen M, editors. *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 285-302.
- (65) Danmarks Evalueringsinstitut editor. *Hvordan kan man evaluere effekt?* København: Danmarks Evalueringsinstitut, EVA; 2012.
- (66) Beskæftigelsesregion Nordjylland, Aalborg Universitet. *Forskningscenter for Evaluering, New Insight (firma), Aalborg Universitet. Center for Arbejdsmarkedsforskning. Håndbog i virkningsevaluering - inden for beskæftigelsesområdet*. Aalborg; Kbh.: Forskningscenter for Evaluering; Newinsight; 2011.
- (67) Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *International journal of integrated care* 2009 2009;9:e01-e01-e01.
- (68) Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *International journal of integrated care* 2010 2010;10:e043-e043-e043.
- (69) Rieper O, Foss Hansen H, AKF. *Metodedebatten om evidens*. Kbh.: AKF; 2007.
- (70) Tracy SJ. Qualitative Quality: Eight “ Big- Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry* 2010;16(10):837-851.
- (71) Børllum Kristensen F, Sigmund H, Sundhedsstyrelsen. *Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*. 2nd ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007.
- (72) Juul S,f.1940. *Epidemiologi og evidens*. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard; 2012.
- (73) Brinkmann S, Tanggaard L. *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode*. I: *Kvalitative metoder : en grundbog*. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015.
- (74) Kvale S, Brinkmann S. *Interview : introduktion til et håndværk*. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
- (75) Justitsministeriet. *Persondataloven §5 + §28, stk 1*. 2000.

(76) Jansbøl K, Buch MS. Afdækning af lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden. KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning 2012.

(77) Larsen T. Successful collaboration in healthcare-a guide for physicians, nurses and clinical documentation specialists. INT J INTEGR CARE 2010 2010;10.

(78) Johansen K, Andersen JS, Mikkelsen S, Lynge E. Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality. Journal of interprofessional care 2011 2011-01-09;25(1):59-59-65.

(79) Romøren TI, Torjesen DO, Landmark B. Promoting coordination in Norwegian health care. International journal of integrated care 2011 2011;11(Spec 10th Anniversary Ed):e127-e127-e127.

(80) Mikkelsen EN, Petersen A, Kaae AML, Petersen H. Cross-sector problems of collaboration in psychiatry. Danish medical journal 2013 2013-09;60(9):A4707-A4707.

(81) Dinesen B, Seemann J, Gustafsson J. Development of a program for tele-rehabilitation of COPD patients across sectors: co-innovation in a network. International journal of integrated care 2011 2011-03-29;11.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgebilag

Bilag 2: Vurderinger af udvalgte artikler

Bilag 3: Tjekliste: PRISMA + CASP

Bilag 4: Data fra Sundhedscenter Aalborg: registrering af alkoholsamtaler

Bilag 5: Interviewguide: interview 1

Bilag 6: Interviewguide: interview 2

Bilag 7: Transskribering, meningskat., tematisering: interview 1

Bilag 8: Transskribering, meningskat., tematisering: interview 2

Bilag 9: Samarbejdsaftaler + samtykkeerklæringer

Bilag 1: Søgebilag

Indledningsvist begrundes valg af de anvendte databaser i specialets litteratursøgning. Derefter præsenteres søgeskemaer for specialets systematiske søgninger, som beskrevet i specialets metode-afsnit, jf. nr. 8.2: *Litteratursøgning*. Efterfølgende præsenteres resultaterne af specialets endelige søgning (søgning 3), herunder antal hits og udvælgelsesprocessen som præsenteres i et illustrativt flowdiagram.

Afslutningsvis præsenteres de udvalgte artikler fra specialets endelige søgning samt fra kædesøgninger – efterfulgt af en kvalitetsvurdering af disse.

Anvendte databaser i specialets systematiske søgninger

Database	Begrundelse for valg af database
PubMed	PubMed vurderes at være relevant at anvende i specialets litteratursøgningsproces, mhp. at kunne belyse specialets sundhedsfaglige problemfelt - da denne database er en af verdens største databaser inden for sundhedsrelaterede fagområder, med dagligt opdaterede forskningsartikler inden for sundhedsfaglige emner.
CINAHL	CINAHL indeholder ligeledes engelske forskningsartikler inden for sundhedsrelaterede fagområder og er primært rettet mod forskellige sundhedsfaglige-professioner inden for sundhedsområdet. Denne omfangsrige database vurderes at være relevant at anvende mhp. at kunne belyse specialets problemfelt, bl.a. via forskningsartikler, tidsskrifter og afhandlinger inden for forskellige sundhedsfaglige professioner.
Embase	Embase er en verdens største database indenfor medicin og tilgrænsede områder med bl.a. henvisninger til forskningsartikler fra biomedicinske tidsskrifter og dækker emner som bl.a. sundhed og folkesundhed, hvorfor denne database vurderes at være relevant mhp. at belyse specialets problemfelt.
Scopus	Scopus er en stærk database inden for samfundsvidenskaberne og det biomedicinske område, hvorfor den vurderes at være relevant at anvende bl.a. mhp. at belyse det organisatoriske aspekt af specialets problemfelt.

Ovenstående begrundelser er med udgangspunkt i Aalborg Universitetsbiblioteks oversigt over databaser.

Specialets systematiske søgninger

Søgning 1: Samarbejde mellem almen praksis og kommuner omkring forebyggelse				
	Database	Samarbejde mellem to aktører/ Tværfagligt samarbejde/ Koordinering af sundhedsydelse	Forebyggelse	Aktør: Almen Praksis
Boolske operatører		AND		
OR	PubMed	"Interprofessional Relations" [Mesh] "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Delivery of Health Care, Integrated" [Mesh] "Integrated Health Care System*" "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Services [Mesh]"	"General Practice"[Mesh]
	Cinahl	"Interprofessional Relations" [Heading] "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Health Care Delivery, Integrated" [Heading] "Integrated Health Care System*" "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Care" [Heading]	
	Embase	"Interprofessional Relations" "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Integrated Health Care System/exp "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Services"/exp	
	Scopus	"Interprofessional Relation*" "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Integrated Health Care System*" "Integrated Delivery of Health Care" "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Services*"	

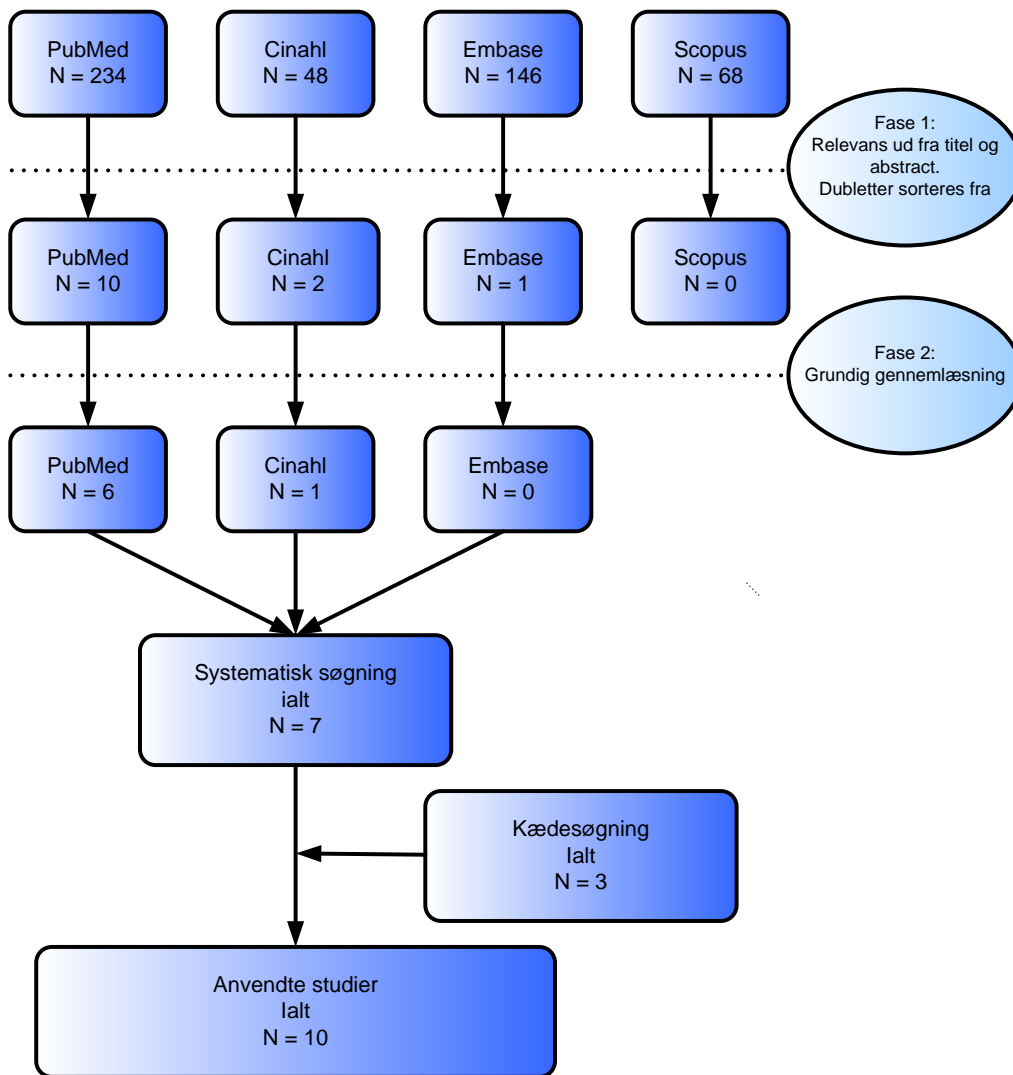
Søgning 2: Samarbejde omkring forebyggelse i en dansk kontekst				
	<i>Database</i>	<i>Samarbejde mellem to aktører/ Tværfagligt samarbejde/ Koordinering af sundhedsydelser</i>	<i>Forebyggelse</i>	<i>Danmark</i>
<i>Boolske operatører</i>		AND		
OR	PubMed	"Interprofessional Relations" [Mesh] "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Delivery of Health Care, Integrated" [Mesh] "Integrated Health Care System*" "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Services [Mesh]"	"Denmark"[Mesh] "Denmark"
	Cinahl	"Interprofessional Relations" [Heading] "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Health Care Delivery, Integrated" [Heading] "Integrated Health Care System*" "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Care" [Heading]	"Denmark" [Heading] "Denmark"
	Embase	"Interprofessional Relations" "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Integrated Health Care System/exp" "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Services"/exp	"Denmark"/exp "Denmark"
	Scopus	"Interprofessional Relation*" "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Integrated Health Care System*" "Integrated Delivery of Health Care" "Coordination Healthcare"	"Preventive Health Services*"	"Denmark"

Søgning 3: Den endelige søgning: Samarbejde mellem flere aktører i en dansk kontekst			
	Database	Samarbejde mellem to aktører/ Tværfagligt samarbejde/ Koordinering af sundhedsydelser	Danmark
<i>Boolske operatører</i>		AND	
OR	PubMed	"Interprofessional Relations" [Mesh] "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Delivery of Health Care, Integrated" [Mesh] "Integrated Health Care System*" "Coordination Healthcare"	"Denmark"[Mesh] "Denmark"
	Cinahl	"Interprofessional Relations" [Heading] "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Health Care Delivery, Integrated" [Heading] "Integrated Health Care System*" "Coordination Healthcare"	"Denmark" [Heading] "Denmark"
	Embase	"Interprofessional Relations" "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Integrated Health Care System/exp" "Coordination Healthcare"	"Denmark"/exp "Denmark"
	Scopus	"Interprofessional Relation*" "Interprofessional Collaboration*" "Intersectoral Collaboration*" "Integrated Health Care System*" "Integrated Delivery of Health Care" "Coordination Healthcare"	"Denmark"

Resultater af specialets endelige søgning (søgning 3)

Antal hits	
Database	Søgning 3
PubMed	234 hits
Cinahl	48 hits
Embase	146 hits
Scopus	68 hits

Nedenstående flowdiagram illustrerer udvælgelsesprocessen herunder de to faser, som er beskrevet i specialets metode-afsnit, jf. nr. 8.2: *Litteratursøgning*.



Flowdiagram over specialets endelige systematiske søgning

De 7 udvalgte artikler fra den systematiske søgning samt de 3 udvalgte artikler fra kædesøgningen er som følgende:

Udvalgte artikler fra specialets endelige søgning (søgning 3)

- Mikkelsen, E.N. et al. (2013): *Cross-sector problems of collaboration in psychiatry*
- Johansen, K. et al. (2011): *Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick-leave. A case study in a Danish municipality*
- Wadman, S. et al (2009) *Coordination between primary and secondary Healthcare in Denmark and Sweden*
- Rudkjøbing, A. et al (2012): *Integrated care: a Danish perspective*
- Romøren, T. et al. (2011): *Promoting coordination in Norwegian healthcare*
- Ahgren, B. (2014): *The path to integrated healthcare: various Scandinavian strategies*
- Strandberg-Larsen, M. (2008): *Measuring integrated care*

Udvalgte artikler fra kædesøgning

- Strandberg-Larsen, M. et al. (2009): *Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions*
- Jansbøl, K. et al (2012) *Afdækning af lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden.*
- Andersen, J.H. et al. (2014): *Samarbejde mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud for patienter med kroniske sygdomme*

I efterfølgende bilag præsenteres vurderinger af specialets 10 udvalgte artikler fra hhv. den endelige systematiske søgning og kædesøgningen.

Bilag 2: Vurderinger af udvalgte artikler

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Mikkelsen, E.N. et al.. 2013. Danmark	<i>Cross-sector problems of collaboration in psychiatry</i>	Artikel (i Danish Medical Journal)	At undersøge problemstillinger vedr. samarbejde på tværs af sektorer inden for mental sundhed - og at belyse, hvordan disse problemstillinger kan afhjælpes ud fra medarbejdere og ledelsens perspektiver. I forlængelse heraf søges, ud fra et teoretisk perspektiv, der analyserer specifikke samarbejdsproblematikker ud fra et problemløsende perspektiv, at generere konkrete, praktiske og holdbare løsninger på de identificerede problemstillinger.	Der er foretaget to kvalitative undersøgelser: 1. bestod af 24 individuelle, kvalitative interviews med personale fra og ledelse af hhv. en psykiatrisk akut enhed, en lukket psykiatrisk afdeling, og et kommunalt døgntilbud. 2. bestod af fire individuelle interviews med brugere og psykiatrisk personale samt af tre fokusgruppinterview hver med seks medarbejdere fra både hospitals- og kommunalafsnit.	Både personale og ledelse oplever problemer med det tværsektorielle samarbejde, som kommer til udtryk i ineffektiv koordinering af tjenesteydelser mellem systemerne og manglende gensidig forståelse af, hvordan andre systemer end ens eget system arbejder. Løsninger omfatter specifikke proceduremæssige ændringer i form af foranstaltninger, der skal øge viden om hvert systemets praksis og metoder på tværs af sektorer. Dertil fremhæves, at en anden hindring for samarbejdet er manglende samspil mellem systemerne -	Formålet med undersøgelsen og baggrunden herfor fremstår tydeligt. Begrundelser for valg af metode samt redegørelsen herfor er mangelfulde, jf. tjekliste CASP - fx ift.: - valg af kvalitative interview som dataindsamlingsmetode - udvælgelsesstrategi - forhold ml. forskere og informanter - etiske overvejelser Dette resulterer i, at artiklens metodiske afsnit ikke fremstår så transparent. Ligesom der i beskrivelsen af analysen ikke er begrundelser for den anvendte strategi eller en kritisk stillingtagen til den anvendte metode og analysestrategi. Til trods for ovennævnte kritikpunkter, fremstiller artiklens forfattere dog en klar præsentation af undersøgelsens resultater, som vurderes overførbare indenfor specialets problemfeltet. Samlet set vurderes det, at der er sammenhæng mellem projektets enkelte dele, hvilket skaber en rød tråd gennem artiklen.

					snarere end det er systemernes forskellige tilgange til brugerne og en uklar arbejdsdeling.	
--	--	--	--	--	---	--

Anvendelse i specialet:

De fremstiller følgende elementer, som forslag til løsninger på de identificerede problemstillinger:

Som løsning på manglende gensidig forståelse for hinandens arbejde foreslås en etablering af tværsektorielle møde-fora, hvor medarbejdere kan mødes og lære om hinandens arbejde og koordinere deres indsats. Møde-fora kunne tilrettelægges som:

- 1) Regelmæssige netværksmøder med repræsentanter fra alle involverede systemer/sektorer - så det foregår på mere end kun forvaltningsniveau. Sådanne netværksmøder vil opretholde en løbende dialog om det generelle samarbejde på tværs af sektorer og koordination heraf.
- 2) Jobrotation, hvor personalet fra de to systemer/sektorer besøger hinanden for at lære om den anden parts arbejde.
- 3) Temadage hvor personalet fra de to systemer er inviteret til at tale om deres specifikke arbejde ift. en konkret problemstilling
- 4) Fælles uddannelse på områder af fælles interesse, såsom nye tilgange og metoder. Fælles uddannelse som organiseres på tværs af de to systemer vil øge kendskabet til og forståelsen af hinanden og interaktion mellem grupper af ansatte.

Ovennævnte mødeforum-variationer ville:

- a) øge tværsektoriel viden om hver systems praksis og metoder
- b) fjerne mange af de fordomme som man ser, at forskellige systemer/sektorer kan have om hinanden – hvilket herved kan medføre øget respekt og tillid mellem de to systemer/sektorer.

Den endelige konklusion på disse forslag, er at de 4 former for møde fora ville kunne forbedre samarbejdet på tværs af sektorer og koordinering af patient/borgerforløb.

Artiklens identificerede problemstillinger ift. tværsektorielt samarbejde samt løsningsforslag herpå, i form af forskellige møde-fora, findes overførbare til specialets problemfelt – mhp. at diskutere forandringstiltag som vil kunne optimere samarbejdet om forebyggelse af alkoholproblemer mellem Aalborg Kommune og almen praksis.

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Johansen, K., et al. 2011. Danmark	<i>Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality.</i>	Case studie	At beskrive og sammenligne de politiske strategier valgt i Danmark og Sverige samt at diskutere dem i forhold til Alter & Hages inter-organisatoriske netværk-teori.	Casestudie - indlejret med fem underenheder, fra én dansk kommune: - Fem sygemeldte borgere og deres respektive kommunale case manager og praktiserende læge blev interviewet.	Undersøgelsen viste overordnet set, at barrierer for samarbejdet i netværket er afledt af suboptimale relationer mellem interessenterne samt af strukturelle begrænsninger. Resultaterne af analysen opdeles i fire kategorier: - evne til at samarbejde - motivation til at samarbejde - mangel på tillid - interessenternes modstridende paradigmer.	Dette studie vurderes, ud fra tjeklisten CASP, som værende af god kvalitet. Generelt fremstår beskrivelsen af studiet transparent, med en klar metodologisk refleksion igennem hele studiet, som giver en rød tråd fra design til udførelse, analyse og resultater. Formålet fremstilles klart og valget af den kvalitative metode, med de underliggende elementer her i, forekommer velbegrundet. Dataanalysen omfatter en høj grad af stringens ligesom fremstillingen af resultater er tydelig og veldiskuteret.

Anvendelse i specialet:

De identificerede barrierer for samarbejdet, som beskrives nedenfor, belyser kompleksiteten ved et samarbejde med praktiserende læger, som selvstændige samarbejdsparter, hvilket også er tilfældet i specialet.

Overordnet set blev strukturelle og kulturelle parametre identificeret som de overordnede barrierer, der hindrede det optimale samarbejde mellem sektorernes netværk af kommunale sagsbehandlere og praktiserende læger.

Evnen til at samarbejde blev reduceret pga. manglende tid, hyppig personaleudskiftning, mangel på økonomiske ressourcer og lav tilgængelighed.

Nedsat motivation for samarbejde blev forklaret med lav status ved social medicin, asymmetrisk informationsudveksling og manglende tillid mellem parterne.

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Wadman S., Strandberg-Larsen M. & Vrangbæk K, 2009. Danmark	Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden	Analyse på baggrund af litteratur review	At beskrive og sammenligne de politiske strategier valgt i Danmark og Sverige samt at diskutere dem i forhold til Alter & Hages inter-organisatoriske netværk-teori.	Analysen er baseret på gennemgang af litteratur opnået ved at søge i Medline Database med følgende kombination af nøgleord: "Koordinering af pleje« og »Danmark«, »Koordinering af pleje« og »Sverige«, samt ved at søge i International Journal of Integrated Care Database med følgende nøgleord: »Danmark« og »Sverige«.	Begge lande oplever en høj grad af specialisering, differentiering og decentralisering af sundhedsydelser, og i begge tilfælde kan der argumenteres for, at dette skaber en bred ansvarsfordeling, hvilket kan resultere i usikkerhed om samarbejdspartnere og en risiko for, at patienterne går »tabt« i de organisatoriske grænseflader.	Beskrivelsen af emnet og formålet med og udførelsen af undersøgelsen er relevant og udførlig. Artiklens metodiske afsnit fremstår til dels transparent, dog med begrænset argumentation og redegørelse for valg og strategier, hvorfor undersøgelsens metodiske del ikke synes at være reflektiv velbegrunder. Forfatterne formår at præsentere undersøgelsen med en vis stringens og troværdighed – og alt i alt vurderes der at være en rød tråd gennem artiklen.

Anvendelse i specialet:

Idet dette studie giver en sammenligning af det danske og svenske sundhedsvæsen ift. samarbejde mellem primær og sekundær sektor (hospitaller og almen praksis), findes den anvendelig til at belyse specialets problemfelt (samarbejdet mellem kommuner og almen praksis), herunder kompleksiteten i - og betydningsfulde faktorer for - samarbejdet. Disse faktorer inddrages i specialets diskussion - mhp. at kunne opstille forandringsforslag som kan medvirke til forbedring af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis.

Der fremhæves bl.a., at decentralisering og differentiering introducerer en risiko for fragmentering, fordi sundhedsudbydere hører til i forskellige sektorer, med forskellige lovgivningsmæssige rammer og refererer til forskellige politiske og administrative enheder med separate budgetter. Forskellig arbejdskultur, de professionelle beskyttelse af egne faggrænser og begrænset kendskab til andre aktørers behov er blevet kædet sammen med manglen på koordination.

I artiklen defineres 'koordination' (coordination of care) som "the deliberate integration of patient care activities between two or more participants involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of healthcare services" (s.1).

Der fokuseres på forskellige former for regulering mhp. facilitering af strukturel koordination mellem primær og sekundær sektor.

Inter-organisational network theory anvendes som ramme for identificering af mulige koordinations-svagheder, ligesom er tilfældet i specialets diskussion af resultater.

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Rudkjøbing et al. (2012)	Integrated care: a Danish perspective	Peer reviewed 'Analysis'	Det danske sundhedsvæsen kæmper med at koordinere sundhedstilbud til en aldrende befolkning, med en høj byrde af kroniske sygdomme. Artiklen beskriver de seneste initiativer i arbejdet med at forbedre kontinuiteten i sundheds-plejen	Analyse	Erfaringer fra Danmark viser, at det er muligt at styrke samarbejdet i sundhedsvæsenet gennem decentraliserede aftaler mellem de forskellige udbydere i sundhedsvæsenet, hvor rammen er national lovgivning og monitorering. Kombinerer man disse forskellige elementer med relevante finansielle incitamenter og effektive informationssystemer, ser det ud til at være vejen frem. Dog har reformen fra 2007 ikke gjort noget ifht at stimulere nye veje for sundhedsfremme og forebyggelse.	Formålet med analysen beskrives kun i artiklens overskrift. Der er en udførlig gennemgang af elementerne i analysen, som samles i en konklusion, i sidste afsnit i artiklen. Der mangler overordnet en beskrivelse af metodiske valg som ikke berøres i artiklen. Dog fremstår artiklen troværdig og med en fin rød tråd i analysen af et meget relevant emne.

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Romøren T. et al. (2011)	Promoting coordination in Norwegian health care	Policy paper (peer reviewed)	At beskrive og analysere initiativer og forslag der er kommet indenfor de sidste år, når det gælder 'integrative health' samt diskuterer mulige grunde for ændringer og 'postponements i norsk sundhedspolitik. Derudover diskuteres de norske strategier for 'intergrative health care' i forhold til de politikker der tidligere er implementeret i Danmark og Sverige.	Analyse ud fra gennemgang af tidligere og nuværende reform initiativer i Norge. Reformen der kaldes 'The coordination reform' fra 2008 beskrives, og sammenlignes med strategier for koordination og integration af sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige.	Der er ligheder og sammenhæng mellem de tidligere reformer i Norge og den nye reform 'The coordination reform' fra 2008, der er dog en ændring i fokus, hvor den sidste reform tager økonomiske, lovgivningsmæssige og organisationel omstrukturering i brug. I Norge har tidligere strategier i forhold til 'integrative health care' haft fokus på frivillighed og har været opgaveorientere. Begge tilgange har lånt elementer fra politikker implementeret i Danmark og Sverige, men den sidste lovforslag der gav 'The coordination reform' ligner mest den danske politik for integration i sundhedsvæsenet. Fokus er overordnet skiftet fra en operativ til en administrativ strategi, dette kan forklares ved stigende omkostninger i sundhedsvæsenet, og de tidligere reformer har ikke	Der er fremstillingsmæssig indre konsistens, der er en rød tråd i artiklen. Artiklen undersøger det som de angiver er formålet Anvendelig og relevant til at beskrive hvordan strategier kan have fokus på det administrative eller det operationelle, og hvordan dette kommer til udtryk i den politik der laver rammerne for integration i sundhedsvæsenet. En administrativ strategi er afhængig af økonomiske incitamenter, istedet for at prøve at bruge organisatoriske og økonomiske midler mere begrænset. .

					brag økonomiske perspektiver.	
--	--	--	--	--	----------------------------------	--

Forfatter	Titel	Artikeltype	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Ahgren, B. (2014)	The path to integrated healthcare: Various Scandinavian strategies	Diskussions- og meningsdannende artikel	At undersøge hvilken betydning typen af strategi påtænkes at have på samarbejdet i sundhedsvæsenet i praksis i de tre skandinaviske lande, Norge, Danmark og Sverige	Henter information fra relevante publikationer af forskning samt officielle dokumente. Det anvendte litteratur er valgt ud fra, at det skal bidrage til formålet med dette studie. Litteraturen bruges som grundlag for at kunne præsentere samt portrætterer de tre landes strategier for implementering og udvikling af 'integrated healthcare'. Først er der en kort gennemgang af det udviklings arbejde som foregår i de tre skandinaviske lande.	De tre skandinaviske lande har valgt forskellige strategier i arbejdet med at udvikle samarbejdet i sundhedsvæsenet i de respektive lande. I Norge er der introduceret lovgivning der styrer patienters rettigheder til en 'care-giver-coordinated' behandlingsplan. I Norge oplever de, at disse individuelle planer ikke har ændret sundhedsvæsenet og sundhedsvæsenets interorganisatoriske struktur, og at arbejdet er dømt til at have en svag indvirkning på måden det overordnet fungerer på. Den danske strategi er overordnet er af en tydelig hierarkisk og administrativ karakter, og indebærer høj grad af top-down styring og er baseret på national lovgivning, og specificeret i de regionale sundhedsaftaler. Sveriges strategi bygger på regional selvstyre, dette betyder at der er stor regional forskel på udviklingen af samarbejdet i sundhedsvæsenet, som i flere tilfælde er bestemt af aktuelle behov, og udspringer af forskellige ambitioner i regionerne. Studiet indikerer at hvis der benyttes en en top-down tilgang når samarbejdet skal udvikles i sundhedsvæsenet, kan lede til en modstand hos medarbejderne i sundhedsvæsenet, dette kan medføre en langsom udvikling af arbejdet med at udvikle samarbejdet, og måske helt stoppe dette arbejde. Hvis der mangler national lovgivning, vil der på den anden side, være mulighed for at samarbejdet i sundhedsvæsenet udvikler sig på forskellige måder, som kan føre til varierede effekter for de involverede patienter.	Der er fremstillingsmæssig indre konsistens, der er en rød tråd i artiklen. Artiklen undersøger det som de angiver er formålet. Artiklen er relevant da den beskriver hvordan forskellige strategier i arbejdet med at udvikle samarbejdet i sundhedsvæsenet.

Forfatter	Titel	Artikeltype	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Strandberg-Larsen, Martin (2008)	Measuring Integrated Care	PhD-afhandling : sammenlignende studie. Afhandlingen er baseret på 5 artikler.	<p>Bidrage til forståelsen af konceptet "integrated care" og identificere målemetoder, der kan indfange multi-dimensionelle aspekter heraf.</p> <p>-Vurdere niveauet af integration i det danske sundhedsvæsen</p> <p>-Vurdere brugen af fælles sundhedsplaner som et redskab for koordinering.</p> <p>-Sammenligne det danske sundhedsvæsen med Kaiser Permanente, Californien samt læger i den primære sektors oplevelser af integration i de to systemer.</p>	<p>Samlet PhD: sammenlignende studie-</p> <p>Opstilling af en konceptuel ramme ud fra forskningslitteratur og teori og inkluderer 5 artikler:</p> <p>1) Systematisk review af metoder til måling af integrated health care delivery.</p> <p>2 +3) Tværsnitsundersøgelser af integration i det danske sundhedsvæsen og brugen af fælles sundhedsplaner.</p> <p>4 + 5) sammenlignende studier af det danske sundhedsvæsen og Kaiser Permanente, Californien.</p>	<p>Der opstilles en konceptuel ramme for måling/undersøgelse af integrated health care delivery.</p> <p>Integrated health care delivery kan måles.</p> <p>Der findes mange forskellige målemetoder, og valget af målemetode bør afhænge af emnet, der skal måles.</p> <p>Da konceptet er forholdsvist nyt er målemetoderne dog endnu ikke validerede, hvilket fremtidig forskning bør fokusere på.</p> <p>Set fra de store professionelle interessenter i det danske sundhedsvæsens perspektiv har systemet endnu ikke nået målet om at levere integrerede ydelser. Studiet viser et behov for øget ledelsesmæssig styring, som gør det klar for alle sundhedsprofessionelle, at koordinering af sundhedsydelser er en strategisk hovedprioritet.</p> <p>Fælles sundhedsplaner har ikke været effektive som koordineringsredskab mellem regioner og almen praksis.</p> <p>Kaiser Permanente klarer sig bedre end det danske sundhedsvæsen målt ud fra kvalitetsmål.</p> <p>Flere læger i Kaiser Permanente end i det danske sundhedsvæsen rapporterer at være en del af et integreret system. Forskellen kan ikke forklares ud fra de betragtede organisatoriske faktorer.</p>	<p>Overordnet er formål med, og relevansen af, afhandlingen og de enkelte studier klart beskrevet. Der er en rød tråd fra argumentationen for relevansen af studiet og formålet hermed over valget af undersøgelsesfelter, til metodeudvælgelse, præsentation af resultater og endelig konklusion på afhandlingen.</p> <p>Anvendte metoder er redegjort for i de enkelte studier.</p> <p>Resultaterne af de enkelte studier redegøres grundigt for, og de sættes ind i en relevant konceptuel ramme. Vurderes at være af høj kvalitet.</p>

Anvendelse i specialet: Argumentationen for, hvorfor det er væsentligt at undersøge integrerede sundhedsydelser, kan anvendes i specialet til at understøtte argumentationen for behovet for sammenhængende forebyggelsesforløb. Specialiseringen inden for de forskellige sundhedsprofessioner har medført en fragmentering af ydelserne i det danske sundhedsvæsen, og der er derfor brug for en koordinering af ydelserne, hvis patienterne skal opleve sammenhængende forløb med høj kvalitet. Samtidig betyder ændringer i sygdomsmønstre i befolkningen, at der er behov for et øget fokus på længerevarende forløb til mennesker med kroniske lidelser og på forebyggelse af livsstilssygdomme.

- I PhD-afhandlingen gives en konceptuel ramme, som kan bruges ift. at skabe en tydeligere definition af "integrated health care delivery". Det tydeliggøres, at begrebet kan anskues fra forskellige perspektiver, og at det er vigtigt at eksplicite sit perspektiv, når man arbejder med konceptet "integrated health care delivery" for at undgå misforståelser og for at klargøre, hvilke elementer man undersøger. De opstillede perspektiver er:
 - Patientperspektiv
 - Organisatorisk og ledelsesmæssigt perspektiv
 - Logistisk perspektiv
 - Policy perspektiv
 - Økonomisk perspektiv
 - Klinisk praktisk perspektiv
 - Folkesundhedsperspektiv

Disse perspektiver inddrages i specialets diskussionsafsnit ift. at diskutere, hvilket perspektiv specialet omhandler, og hvilke implikationer dette har.

Af de 5 studier, som er en del af PhD-afhandlingen er det studie 1: "Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions", der er særligt relevant til at belyse kompleksiteten i at undersøge specialets problemfelt, fordi begreberne "integrated care" og "integrated health service delivery" bruges forskelligt i litteraturen og inden for forskellige sektorer.

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Strandberg -Larsen et al. (2009)	Measurement of intergrated healthcare delivery: a systematic review og methods and future research directions	Systematic review	At identificerer de forskellige måder der er brugt til at måle intergrated health care delivery, med vægt på strukturelle, kulturelle og procesuelle aspekter,	litteraturstudie	<p>Integrated healthcare delivery kan inddeles i 3 tre områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mål for forstadier til integration (strukturelle og kulturelle mål) 2. mål på intermediære outcomes eller interne proces- variabler (procesmål) 3. mål, der viser, hvorvidt systemerne opfylder ders formål (outcome measures) <p>Studiet viser, at der er mange forskellige målemetode (24), hvilket er forventeligt, fordi integrated care er et komplekst felt, hvor målemetoden i høj grad afhænger af den kontekst, man undersøger i. Der konkluderes yderligere, at der mangler forskning mhp at sikre validitet og relibilitet af målemetoderne.</p>	<p>Formålet med undersøgelsen samt baggrunden for denne, fremstår tydeligt. Studiets metodologi beskrives detaljeret jvf tjeklisten Prisma og inkluderer blandt andet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valg af anvendte databaser, der er søgt litteratur i - søgestrategi - selektions kriterier - præsentation af de inkluderede studiers karakteristika <p>fremstilles tydeligt i tabeller</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvordan analysen er foretaget <p>beskrives detaljeret</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studiets resultater fremstilles klart <p>Overordnet vurderes studiet som værende af høj kvalitet, med en god sammenhæng mellem studiets enkelte dele.</p>

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Jansbøl K. Et al. (2012)	Afdækning af lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden.	Notat fra KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning	At undersøge, hvorfor det er svært at rekruttere læger til Fælles Skolebænk, samt hvordan tværsektoriel og tværfaglig kompetenceudvikling med relation til forløbsprogrammer kan udformes på en måde, der i højere grad når- og tiltaler læger.	Kvalitative interviews med hospitalslæger og praktiserende læger.	Overordnet ser lægerne det som en stor udfordring at nå dem med viden om tilbud, da de har klare præferencer for hvordan de anvender deres tid på faglig udvikling, disse tager udgangspunkt i det kliniske arbejde, og skal have en konkret nytteværdi. Lægerne råder til, at informationsmateriale konkretiseres og målrettes de læger, som ønskes at deltage.	Formålet med undersøgelsen samt baggrunden for denne, fremstår tydeligt. Der er kort redegjort for studiets metoder, empirigrundlag, udvælgelsen af informanter, gennemførelsen af interview samt behandling af data. Der er god sammenhæng mellem formål indhold, dog er notat holdt forholdvist kort og uden mange detaljer, og derved vurderes notat ikke at være af høj kvalitet. Notatet vurderes dog som brugbart i specialet, ifht at belyse praktiserende lægers perspektiv, på barrierer for deres deltagelse i regionale kompetenceudviklingstilbud, samt hvilke forslag der stilles til, hvordan man opnår en større deltagelse af lægerne i disse tilbud.

Forfatter	Titel	Artikeltyp	Formål	Anvendt metode	Resultater	Vurdering
Andersen J.H. et al. (2014)	Samarbejde mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud for patienter med kroniske sygdomme	Rapport fra Forskningsenheden for almen praksis, rekvireret af Komiteen for Sundhedsoplysning.	At belyse den del af samarbejdet mellem almen praksis og kommuner, der handler om anvisninger og henvisninger af patienter med kroniske sygdomme til kommunale sundhedstilbud	Baseret på tre delundersøgelser: 1)Forundersøgelse: via gennemgang af relevant faglitteratur, eksplorative interviews med nøglepersoner, samt deltagelse i patientundervisning. 2)Kvalitativ undersøgelse: via kvalitative interviews med kommunale nøglenmedarbejdere, praktiserende læger, kommunale praksiskonsulenter. Samt observationer af KLU-møder, samt andre relevante møder 3)Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i almen praksis, elektronisk	At praktiserende læger mangler viden om de kommunale tilbud, er en af de vigtigste barrierer for henvisninger til kommunens tilbud. Blandt lægerne er der en usikkerhed på, om patienterne havde gavn af kommunens tilbud, da de ikke kender effekten af disse. Undersøgelsen viser en stor heterogenitet i lægernes viden om de kommunale sundhedstilbud, og henvisningsfrekvens. Lægerne vil gerne have mere information, gerne som nyhedsbreve, laminerede ark og information på Sundhed.dk. 90% af lægerne udtrykker ønske om, at de ønsker en tilbagemelding fra kommunen, når en patient afslutter et tilbud.	Formålet med undersøgelsen samt baggrunden for denne, fremstår tydeligt. Studiets metodologi i alle tre delundersøgelser beskrives detaljeret, hvilket skaber transparens og en rød tråd. Det bør nævnes, at der er en lav svarprocent i spørgeskemaundersøgelsen, dette vurderes dog ikke som havende stor indflydelse på undersøgelsens kvalitet. Overordnet vurderes studiet som værende af høj kvalitet, med en god sammenhæng mellem studiets enkelte dele.

Bilag 3: Tjekliste: PRISMA + CASP

PRISMA

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	

Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	

Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

CASP

Kritisk læsning af kvalitative studier Oversat fra: Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

http://www.phru.nhs.uk/casp/critical_appraisal_tools.htm

Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.
De første 2 spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.
Hvis nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

Forfatter: Titel: Tidsskrift:	Nøgleord:
Overordnede spørgsmål	
1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål? <ul style="list-style-type: none">• fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen?• fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
2) Er det valgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode? <ul style="list-style-type: none">• tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>

<p>Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)</p>	
<p>3) Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • har forfatteren begrundet valg af studiedesign? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • har forfatteren beskrevet, hvordan studiepersonerne blev udvalgt? • har forfatteren forklaret, hvorfor de blev udvalgt i forhold til den type viden, studiet skal afdække? • er der nogen diskussion af rekrutteringsforhold (fx hvorfor nogle valgte ikke at deltage)? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • er rammerne for dataindsamlingen begrundet? • er det klart, hvordan data blev indsamlet (fx fokusgruppe, semistruktureret interview)? • har forfatteren begrundet den valgte metode? • har forfatteren tydeliggjort metoden (er det beskrevet, hvordan interviews blev udført? Var der en interviewguide)? • blev metoderne ændret i løbet af studiet? Har forfatteren forklaret hvordan og hvorfor? • er datatype tydelig (fx båndoptager, video, noter)? • har forfatteren diskuteret mætning af data? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under: 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ formulering af spørgsmål? ○ ved dataindsamlingen, rekrutteringen og valg af sted? <ul style="list-style-type: none"> • står det klart hvordan forfatteren forholdt sig til begivenheder i forløbet og om man overvejede ændrings eventuelle indflydelse på studiedesignet? 	
<p>7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • er der detaljer om hvordan studiet blev forklaret til studiepersonerne, så det kan vurderes om etiske standarder er overholdt? • har forfatteren diskuteret spørgsmål, der udsprang af studiet (fx informeret samtykke og hvordan man håndterer den effekt studiet kan have på studiepersonerne under og efter studiet)? • er der søgt om godkendelse af den etiske komité? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • er der en dybdegående beskrivelse af analyseprocessen? • bruges der tematisk analyse? Står det da klart, hvordan temaerne blev udledt af data? • beskriver forfatteren, hvordan de præsenterede data blev valgt ud fra den oprindelige mængde for at demonstrere analyseprocessen? • er der præsenteret nok data til at underbygge resultatet? • i hvilken udstrækning tages modstridende data i betragtning? • undersøger forfatteren kritisk sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under analyse og udvælgelse af data til præsentation? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>9) Er der en klar fremstilling af resultatet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • fremgår det tydeligt, hvad resultaterne er? • er der tilstrækkelig diskussion af evidensen for og imod forfatterens argumenter? • har forfatteren diskuteret troværdigheden af resultaterne (fx triangulering, validering af respondenter, mere end én analytiker)? • er resultaterne diskuteret i forhold til de oprindelige 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

spørgsmål?

10) Hvor værdifuld er studiet?

- diskuterer forfatteren hvad studiet bidrager med i forhold til eksisterende viden?
- sættes resultaterne i forhold til gældende praksis og politik eller i forhold til relevant litteratur?
- identificerer forfatteren nye områder hvor forskning er nødvendig?
- har forfatteren diskuteret, om og hvordan resultaterne kan overføres til andre populationer eller overvejet om resultaterne kan bruges på anden måde?

Kommentarer

Bilag 4: Data fra Sundhedscenter Aalborg: registrering af alkoholsamtaler

Løbenr.	Køn	Alder	Uddannelse	Henvist_fra	Samtale_dato	Henvisning_ekstern
4	Mand	44	Erhvervsfaglig uddannelse	Bekendt	17-06-2013	Egen læge
8	Kvinde	56	Mellemlang videregående uddannelse	Misbrugscenteret	21-01-2014	Ikke henvist
9	Kvinde	28	Erhvervsfaglig uddannelse	Misbrugscenteret	21-01-2014	Ikke henvist
10	Mand	63	Mellemlang videregående uddannelse	Ikke valgt	24-01-2014	Ikke henvist
11	Mand	45	Håndværksmæssig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	28-01-2014	Ikke henvist
12	Kvinde		Mellemlang videregående uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	10-04-2014	Ikke henvist
13	Kvinde	56	Mellemlang videregående uddannelse	Ikke valgt	22-04-2014	Ikke henvist
14	Mand	39	Ikke valgt	Hjemmeside	08-05-2014	Misbrugscenter
15	Kvinde	67	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	22-05-2014	Ikke henvist
16	Ikke valgt		Ikke valgt	Ikke valgt	17-06-2014	Ikke henvist
17	Mand	67	Erhvervsfaglig uddannelse	Misbrugscenteret	24-06-2014	Ikke henvist
18	Mand	58	Erhvervsfaglig uddannelse	Andet	05-08-2014	Ikke henvist
19	Mand		Erhvervsfaglig uddannelse	Misbrugscenteret	06-08-2014	Ikke henvist
20	Mand	69	Ikke valgt	Ikke valgt	22-08-2014	Andet
21	Kvinde	44	Ikke oplyst	Misbrugscenteret	28-08-2014	Andet
22	Mand	62	Ikke valgt	Andet	09-09-2014	Ikke henvist
23	Mand	46	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	16-09-2014	Ikke henvist
25	Mand	49	Ikke valgt	Egen læge	09-10-2014	Ikke henvist
26	Kvinde	56	Erhvervsfaglig uddannelse	Egen læge	21-10-2014	Ikke henvist
27	Kvinde	67	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	22-10-2014	Ikke henvist
28	Mand	36	Ikke valgt	Hjemmeside	23-10-2014	Ikke henvist
29	Ikke valgt		Andet	Andet		Ikke henvist
30	Kvinde	69	Mellemlang videregående uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	31-10-2014	Ikke henvist
31	Mand	74	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	31-10-2014	Ikke henvist
32	Mand		Erhvervsfaglig uddannelse	Hjemmeside	06-11-2014	Ikke henvist
33	Kvinde	69	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	12-11-2014	Ikke henvist
34	Mand	71	Ikke oplyst	Øvrige tilbud på SCA	18-11-2014	Ikke henvist
35	Kvinde	54	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	02-12-2014	Misbrugscenter
37	Kvinde	75	Ikke oplyst	Øvrige tilbud på SCA	09-01-2015	Ikke henvist
38	Mand	78	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	09-01-2015	Ikke henvist
39	Mand	71	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	27-01-2015	Ikke henvist
40	Mand	72	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	04-02-2015	Ikke henvist

41	Mand		Mellemlang videregående uddannelse	Misbrugscenteret	19-05-2015	Ikke henvist
42	Mand		Håndværksmæssig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	19-05-2015	Ikke henvist
43	Mand		Mellemlang videregående uddannelse	Misbrugscenteret	02-06-2015	Ikke henvist
44	Mand	48	Håndværksmæssig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	16-06-2015	Ikke henvist
45	Kvinde	50	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	16-06-2015	Ikke henvist
46	Mand	53	Mellemlang videregående uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	02-07-2015	Ikke henvist
47	Mand	66	Erhvervsfaglig uddannelse	Misbrugscenteret	02-07-2015	Ikke henvist
49	Kvinde		Erhvervsfaglig uddannelse	Bekendt	13-08-2015	Ikke henvist
50	Kvinde		Ikke valgt	Misbrugscenteret	13-08-2015	Ikke henvist
51	Mand	30	Erhvervsfaglig uddannelse	Misbrugscenteret	18-08-2015	Ikke henvist
52	Kvinde	71	Erhvervsfaglig uddannelse	Ekstern personale	22-09-2015	Andet
53	Mand	40	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	01-10-2015	Ikke henvist
54	Mand	55	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	01-09-2015	Ikke henvist
55	Mand	67	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	12-11-2015	Ikke henvist
56	Mand	82	Mellemlang videregående uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	12-11-2015	Ikke henvist
57	Kvinde	80	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	12-11-2015	Ikke henvist
58	Mand	71	Lang videregående uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	11-12-2015	Ikke henvist
59	Mand	76	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	22-01-2016	Ikke henvist
60	Mand	68	Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	26-01-2016	Ikke henvist
61	Mand	46	Ikke valgt	Misbrugscenteret	02-02-2016	Ikke henvist
62	Mand		Erhvervsfaglig uddannelse	Misbrugscenteret	03-02-2016	Ikke henvist
63	Mand	68	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	19-02-2016	Ikke henvist
64	Mand	65	Erhvervsfaglig uddannelse	Ikke valgt	05-02-2016	Ikke henvist
65	Mand		Håndværksmæssig uddannelse	Misbrugscenteret	03-03-2016	Ikke henvist
66	Kvinde		Ikke valgt	Misbrugscenteret	03-03-2016	Ikke henvist
67	Kvinde	43	Erhvervsfaglig uddannelse	Øvrige tilbud på SCA	08-01-2016	Ikke henvist
68	Kvinde		Mellemlang videregående uddannelse	Egen læge	11-03-2016	Ikke henvist
69	Kvinde		Ikke valgt	Øvrige tilbud på SCA	15-03-2016	Ikke henvist
70	Mand		Ikke valgt	Ekstern personale	18-03-2016	Ikke henvist
71	Mand		Ikke valgt	Ikke valgt	29-03-2016	Ikke henvist

Bilag 5: Interviewguide: interview 1

Interviewguide: interview 1 m/ Alkoholrådgiver, Aalborg Kommune		
Spørgsmålstype	Kategori	Spørgsmål
Introduktion	Briefing	<p>Tak fordi du vil medvirke og tager dig tid til at mødes med os.</p> <p>Præsentation af interviewer og de to observatører.</p> <p>Specialet omhandler: samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis ift. forebyggelsesindsatsen mod alkoholproblemer - for at afdække hvor der er et forandringspotentiale ift. at fremme det tværsektorielle samarbejde.</p> <p>Interviewet optages og den information vi får, skriver vi ned og anvender i vores speciale i anonymiseret form.</p> <p>Samtykkeerklæring – underskrift og spørgsmål til den.</p> <p>Interviewet tager ca. 1 time, og observatørerne holder øje med tiden.</p> <p>Observatører laver noter og supplerer evt. med spørgsmål</p>
Indledende spørgsmål	Oplysninger om informanten	<p><i>Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv og din rolle her i Sundhedscentret?:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Hvad er dine arbejdsopgaver/funktion• Kompetencer ift. alkoholrådgivning fx uddannelsesmæssig baggrund

<p>Sonderende spørgsmål</p> <p>Hjælpe spm. til interviewer er i kategorien direkte spm.</p>	<p>Det konkrete samarbejde mellem Aalborg kommunes alkohlrådgiver og almen praksis</p>	<p><i>Hvordan samarbejder du, som alkohlrådgiver, med almen praksis?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Får du borgere, der henvender sig på baggrund af 'henvisning' fra almen praksis? Vi har fået at vide fra Dokumentationsenheden, at mange henvendelser er fra fx Misbrugscentret, hvad tænker du årsagen er til, at det er den vej de kommer til dig? Er der bestemte karakteristika ved de borgere, du møder og evt. dem som kommer fra almen praksis til dig? Kommunikation (pr. mail, elektronisk journal eller andet) Hvordan videregiver almen praksis oplysninger om borgere, der har brug for et forebyggelsesforløb? Giver du tilbagemelding til almen praksis, når du har været i kontakt med en borger?
<p>Sonderende spørgsmål</p>	<p>Kommunens rolle i et forebyggelsesforløb relateret til alkohol – herunder konkrete indsatser</p>	<p><i>Vil du fortælle lidt om, hvilke indsatser kommunen har ift. forebyggelse af alkoholproblemer ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Hvad gør man helt konkret ift. forebyggelse af alkoholproblemer?
<p>Sonderende spørgsmål</p> <p>Opfølgende spørgsmål</p> <p>Opfølgende spørgsmål</p>	<p>Kommunens arbejde ift. samarbejdet om forebyggelsesforløbet med almen praksis</p> <p>VIS PROGRAMTEORI</p> <p>Fælles kompetenceudvikling</p> <p>Tiltag ift. fælles kompetenceudvikling</p>	<p><i>Vi har kendskab til, at der findes forskellige organisatoriske tiltag ift. samarbejdet, og vi har prøvet at skitsere dette via et flow-diagram</i></p> <p>- hvordan arbejder Aalborg Kommune med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sundhedsaftalerne? SOFT? Kommunal praksiskonsulent? Kommunal-lægelig udvalg Fælles kompetence udvikling? <p><i>Har du kendskab til 'fælles-arrangementer' som led i fælles kompetenceudvikling?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Fx Fælleskolebænk Road show <p><i>Ser du en idé i at lave fælles kompetenceudvikling? Fx.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Casearbejde

Opfølgende spørgsmål		<ul style="list-style-type: none"> • Fællesundervisning <p><i>Hvad synes du, at det vil kræve for at sådanne tiltag ville virke?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorering af de deltagende læger? • Rammen for tiltag, skal det fx være i et forum, hvor lægerne mødes alligevel?
Sonderende spørgsmål Opfølgende spørgsmål	Oplevelse af og erfaring med samarbejdet mellem kommune og almen praksis	<p><i>Oplever du, at samarbejdet fungerer med almen praksis?</i></p> <p><i>Hvis ikke, hvilke udfordringer oplever du?</i></p> <p><i>Hvilke faktorer fremmer samarbejdet?</i></p>
Sonderende spørgsmål	Ønsker til samarbejdet – forandringer for at fremme samarbejdet	<p><i>Hvilke ønsker kunne du have til samarbejdet i forhold til forebyggelsesforløb?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det optimale samarbejde - hvad ville det være? • Ville det hjælpe, hvis de borgerrettede tilbud krævede henvisning?
Afslutning	Debriefing	<p>Vi vil gerne takke for din tid.</p> <p>Afslutningsvis, er der noget, du gerne vil tilføje?</p> <p>Hvordan har det være at deltage i interviewet?</p> <p>Vi vil gerne sende en kopi af vores projekt, når det er færdigt, hvis du er interesseret i det?</p>

Bilag 6: Interviewguide: interview 2

Interviewguide: interview 2 m/ Sundhedsstrategisk Team, Aalborg Kommune		
Spørgsmålstype	Kategori	Spørgsmål
Introduktion	Briefing	<p>Tak fordi du vil medvirke og tager dig tid til at mødes med os.</p> <p>Præsentation af interviewer og de to observatører.</p> <p>Specialet omhandler: samarbejdet mellem Aalborg Kommune og almen praksis ift. forebyggelsesindsatsen mod alkoholproblemer - for at afdække hvor der er et forandringspotentiale ift. at fremme det tværsektorielle samarbejde.</p> <p>Interviewet optages og den information vi får, skriver vi ned og anvender i vores speciale i anonymiseret form.</p> <p>Samtykkeerklæring – underskrift og spørgsmål til den.</p> <p>Interviewet tager ca. 1 time, og observatørerne holder øje med tiden. Observatører laver noter og supplerer evt. med spørgsmål</p>
Indledende spørgsmål	Oplysninger om informanterne	<p><i>Vil I starte med at fortælle lidt om jer selv og jeres roller i kommunen?</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Hvad er jeres arbejdsopgaver/funktion

Sonderende spørgsmål	Det nuværende samarbejde mellem Aalborg kommune og almen praksis	<p><i>Vi kan se på praksisinfo hjemmesiden, at I skriver:</i></p> <p><i>"Aalborg Kommune har et godt og konstruktivt samarbejde med de praktiserende læger i kommunen"</i></p> <p><i>Kan I beskrive lidt yderligere, hvad der gør, at samarbejdet beskrives som godt og konstruktivt?</i></p>
Sonderende spørgsmål Hjælpe spm. til interviewer er i kategorien direkte spm.	Samarbejdsfora VIS PROGRAMTEORI	<p><i>Vi har kendskab til, at der findes forskellige organisatoriske tiltag ift. samarbejdet, og vi har prøvet at skitsere dette via et flow-diagram</i></p> <p><i>- hvordan arbejder Aalborg Kommune med:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsaftalerne? • SOFT? • Kommunal praksiskonsulent? • Kommunal-lægelig udvalg • Fælles kompetence udvikling? • hvem deltager fra kommunen side i KLU
Sonderende spørgsmål	Formidling fra administrativt til operationelt niveau	<p><i>Hvordan formidler I aftaler lavet i fx KLU til de relevante aktører - på alkoholområdet er det alkoholrådgiveren?</i></p>
Sonderende spørgsmål Opfølgende spørgsmål Opfølgende spørgsmål Opfølgende spørgsmål	Fælles kompetenceudvikling Tiltag ift. fælles kompetenceudvikling	<p><i>Du fortalte i telefonen om et dialogmøde, I arrangerer i maj måned. Vil du/I fortælle lidt om formål og indhold?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvem tager initiativ, hvem inviteres fra kommunen, og hvem deltager ellers? • Erfaringer fra evt. tidligere dialogmøder? (hvem deltager, hvor mange læger, "resultater") <p><i>Laver I andre tiltag ift. fælles kompetenceudvikling?</i></p> <p><i>Har I kendskab til tiltag, der er lavet specifikt ift samarbejde på alkoholområdet?</i></p> <p><i>Hvad vil det kræve for at sådanne tiltag ville virke?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorering af de deltagende læger?

		<ul style="list-style-type: none"> • Rammen for tiltag, skal det fx være i et forum, hvor lægerne mødes alligevel?
Sonderende spørgsmål	Ønsker til samarbejdet – forandringer for at fremme samarbejdet	<p><i>Hvilke ønsker kunne I have til samarbejdet i forhold til forebyggelsesforløb?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det optimale samarbejde - hvad ville det være?
Afslutning	Debriefing	<p>Vi vil gerne takke for jeres tid.</p> <p>Afslutningsvis, er der noget I gerne vil tilføje?</p> <p>Hvordan har det været at deltage i interviewet?</p> <p>Vi vil gerne sende en kopi af vores projekt, når det er færdigt, hvis I er interesserede i det?</p>

Bilag 7: Transskribering, meningskat., tematisering: interview 1

Tema	Meningskategori	Transskribering
	<p data-bbox="328 831 421 860">Briefing</p> <p data-bbox="328 1010 491 1039">Præsentation</p> <p data-bbox="328 1402 512 1464">Introduktion til specialet</p>	<p data-bbox="624 577 756 680">Camilla: F1 Helene: F2 Pernille: F3</p> <p data-bbox="624 725 780 754">Informant: IP</p> <p data-bbox="624 799 1469 931">F1: Tak fordi du tager dig tid til at mødes med os, og også så hurtigt IP: Det var også fornemt, det er ikke altid at det kan lade sig gøre, men det var heldigt [latter]</p> <p data-bbox="624 943 1445 1005">F1: Så tror jeg gerne vi lige vil fortælle hvem vi er, så du lige ved det. IP: ja</p> <p data-bbox="624 1016 1474 1218">F1: Jeg kan starte, jeg hedder Camilla, og jeg er også sygeplejerske, og har været det i elleve år og så startet på kandidaten sidste år. F2: Og jeg er Helene, ergoterapeut, og kommer også nede fra Århus, er oprindeligt fra Hjørring, og er underviser på ergoterapeutuddannelsen, og det er der jeg skal tilbage når vi er færdige her til sommer. Det nærmer sig med hastige skridt. F3: Og jeg hedder Pernille, og jeg er oprindeligt fysioterapeut, og har også 10 års erfaring, så vi er nogle erfarne damer [latter]</p> <p data-bbox="624 1296 1214 1326">F1: ja, vi hører til den ældre del af de studerende. IP: Ja, i er godt blandede, ja.</p> <p data-bbox="624 1370 1501 1648">F1: Som jeg skrev til dig, så handler vores speciale om at undersøge samarbejdet mellem almen praksis og kommunal regi i forhold til forebyggelsesforløb, alkoholrelateret. Vi lavede en opgave på 3. semester der også handlede om alkohol og alkoholopsporing i almen praksis, og der fandt vi ud af, at der var lidt hurdler, rundt omkring både i forhold til opsporing og i forhold til samarbejdet også, kunne vi fornemme ud fra de fokusgruppeinterview vi lavede med praktiserende læger, så det er det vi tager udgangspunkt i vores speciale. IP: Jeg skal lige høre, får I brug for, at jeg kan sige noget om hvor mange der præcist bliver henvist fra lægerne osv., vil i gerne have det, for så vil jeg starte med at hente min computer, så jeg kan se det.</p> <p data-bbox="624 1760 1501 1928">F1: Faktisk så har vi været lidt frække og så har vi korresponderet med [redacted] [konsulent ved Dokumentationsenheden] [IP: det er fint], hun var så sød at fortælle hvad du registrerede, så vi får data fra hende. [IP1: super] Og jeg går ud fra at det er det samme som du ville have på din computer [IP1: fuldstændig]. [Latter]</p>

<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Formalia</p>	<p>IP: hun kan ikke se mine journaler, men hun kan se hvor fra de kommer også videre. F1: Det sagde hun godt, og lidt baggrundsvariabler. IP: super, dejligt. F1: Vi optager interviewet på diktafon, så vi kan bruge det som data, [IP: yes], og så skrev vi til dig, at vi tog en samtykkeerklæring med, den skal jeg nok lige finde bagefter, som du lige kan skrive under på, og det er også formalia, at du, som den vi interviewer kan trække dig til hver en tid, og hvordan vi behandler data og alle de ting der også står i samarbejdsaftalen. Og det var rigtigt fint, at du havde de der tre kvarter til en time til os, [F2: det var meget dejligt]. F1: Jeg står for spørgsmålene, og de andre de supplerer hen af vejen. IP: I fyrer bare løs. F1: Egentlig tænker vi med at starte med om du vil fortælle lidt om din rolle her på sundhedscentret, dine arbejdsopgaver og så videre, så vi får lidt indblik i det?</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Præsentation af informant</p>	<p>IP: Kun mit arbejde som alkoholrådgiver, eller også hvad jeg ellers laver? F1: Vi er jo egentligt interesseret i alkoholdelen tænker jeg, da det er det vores projekt handler om.</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Arbejdsopgaver og -funktion</p>	<p>IP: Jeg kan jo lige sige kort, at jeg som sygeplejerske har den her todelte rolle, hvor jeg arbejder halvdelen af min tid med diabetesrehabilitering, og så den anden halvdel af min tid er jeg alkoholrådgiver. Og det er sådan en fleksibel størrelse, så der er aldrig sat nogen timeantal på, så det er sådan noget der har udviklet sig stille og roligt. Jeg bruger mere og mere tid på det, lige pt der har jeg næsten to samtaler dagligt, og det er helt nyt, det er indenfor... det er efter jul, det er kommet. Så jeg har aldrig brugt så megen tid på det, som jeg rent faktisk gør nu. F1: Har du nogen ide om, hvis jeg må spørge til det, hvorfor det pludseligt....</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Kompetencer</p>	<p>IP: Nej, nej jeg ved ikke lige hvad der sker, derfor spørger jeg jo altid til mine borgere, hvor de kommer fra, hvor de har hørt om mig, fordi vi har egentlig ikke gjort nogen reklame. Jeg plejer at sige, at det er kommunens mest hemmelige tilbud [latter] for vi har rent faktisk ikke været ude og fortælle en hel masse om det, fordi vi ligesom havde det....at det må bare starte stille og roligt, men nu begynder det altså at.... F1: Så det er et nyere tilbud også IP: Naaaaj, vi har haft det nogle år [F1:okay], vi havde det helt tilbage fra 2009, da vi kom med i et projekt, indenfor SIF, altså Statens Institut for Folkesundhed, i forhold til, man ville se om den her kort opsporing, når man flyttede den fra praksis, over til andet sundhedspersonale, om det så....kunne man lave den her korte opsporing og det er jo egentlig det der skabte vores interesse for et, og jeg var en af dem der var med der og kunne se bagefter at vi talte om KRAM-faktorerne, vi talte bare aldrig om alkohol [sammenstemmende nej'er] F1: Det er jo også det vi har oplevet med lægerne og som de også selv giver udtryk for også. IP: Lige præcis. Og der havde vi det sådan lidt, efter nu at have været med i det projekt, og vi havde fået indarbejdet sådan en måde vi skulle</p>
	<p>Alkoholrådgivnings-tilbuddets opstart</p>	
	<p>Stigende antal samtaler</p>	
	<p>Kommunens hemmelige tilbud</p>	
	<p>KRAM-faktorer, aldrig alkohol</p>	

<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Alkoholrådgivnings-tilbuddets opstart</p> <p>Spørger alle borgere om alkohol-forbrug</p> <p>Oplærer kolleger</p> <p>Brugere af tilbuddet</p> <p>Sundhedscenter vs. Misbrugscenter</p>	<p>prøve under projektet at spørge, så tog jeg ligesom fat i det og sagde, skal vi ikke fortsætte med det bagefter. Så vi lavede sådan en lille gruppe her på sundhedscentret, sådan en tværfaglig gruppe, hvor vi ligesom ville forsøge at holde gryden lidt i kog. Det gjorde vi en periode, og fik alle kolleger til at begynde at spørge stille og roligt. [altså kolleger her på sundhedscentret?] Ja... den der gruppe har vi opløst siden, fordi det gav ikke mening at vi blev ved med at spørge, men det er sådan nu at jeg er den eneste der fungerer som decideret alkoholrådgiver og de andre, alle andre kolleger oplærer jeg i, at spørge ind til alkohol, så vi spørger til alkohol i nærmest alle vores borger.() [F1: okay, så i afdækker simpelthen forebyggelsesbehovet i alle de her samtaler] ja, og det er fuldstændig ligegyldig hvad man kommer her ind til, vi har jo en borgerrettet del og vi har en patientrettet del, men vi forsøger at få det italesat alle steder. Jeg ved godt der kan være nogen tilfælde hvor personalet syntes det er lige svært nok, at få det på banen øhhh...men generelt så spørger vi i alle vores borgerkontakter.</p> <p>F1: Okay det er spændende.</p> <p>IP: Og der oplærer jeg så mine kolleger i nogle ganske få spørgsmål som de kan stille, for at man kommer ind omkring det, men man også kommer videre, for de skal jo ikke til at have en rådgivende samtale, de skal bare åbne emnet.</p> <p>F1: Og så bliver de henvist videre til dig?</p> <p>IP: Hvis de oplever her er der noget der godt kunne være aktuelt at snakke videre om, så tilbyder de en samtale ved mig [F1: okay].</p> <p>Derudover har vi også nogle satellitter der sidder ude omkring i byen, og de kolleger der sidder derude og laver sundheds-samtaler, har jeg også oplært, og de kan godt begynde at tage nogle alkoholsamtaler, men måske knap så rådgivende kan man sige, knap så dybdegående som dem jeg tager. Så de har mulighed for også at sende herind.</p> <p>F1: Og dem du har her, det er dem som ikke er afhængige eller misbrugere</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Kommunens hemmelige tilbud</p>	<p>IP: Ja...det er jo klart det er sådan en gråzone, fordi hvornår er man det ene og hvornår er man det andet, og det får vi først nogen gange afklaret i løbet af samtalen. Men det er generelt min opfattelse at det er nemt, at komme på et sundhedscenter...øhhh det er meget nemmere at komme på et sundhedscenter end det er at komme på et misbrugscenter i hvert fald [F1: præcis] Så derfor kommer der nogen gange nogen ind her som jeg er så er nødt til at sende videre [F1: fordi de har brug for et andet tilbud?] JA, men generelt tager jeg storforbrugerne, det er så det min rolle er defineret som. [F1:okay] Men jeg har så også nogen, som sidder og ikke vil i misbrugscentret, hvor jeg så ligesom siger, kan jeg hjælpe dem? Med det jeg kan. Men jeg klargøre altid for borgeren, at jeg synes egentlig, du skal videre.</p> <p>F1: Det var faktisk også det vi oplevede ved de praktiserende læger, at der hvor de syntes de kunne sende storforbrugeren hen det var misbrugscentret [IP: ja] , og det havde de ikke lyst til, hvis det fx var den pæne mand der kom og egentlig var i god form og havde styr på sit liv ellers [IP: lige præcis], så henviser de ikke videre. [IP: nej]</p>

<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Henvisning fra almen praksis</p> <p>Kommunes hemmelige tilbud</p> <p>Tilbuddet består af</p> <p>Fokus på borgerens mål</p>	<p>IP: Og jeg ved om det er fordi, at vi har været for dårlige i kommunen til at fortælle om det her tilbud eller lægerne har været for dårlige til at opfatte tilbuddet [latter].</p> <p>F1: og det er så det vi gerne vil se lidt på [latter]</p> <p>IP: Lige præcis og der selvfølgelig også derfor det giver mening for os, fordi jeg ved ikke hvor det....altså jeg havde her i tirsdags må det være...havde jeg en samtale med en der kom direkte fra lægen, og det er en af de først gange jeg har oplevet en, hvor lægen har sagt du skal ind på Sundhedscentret, så øhhh det kommer til at brede sig, fordi når de begynder at have nogle erfaringer med det, eller nogen kommer tilbage i praksis og har været herinde, så begynder samarbejdet først [F1: ja, når lægen får besked på hvad der foregår herinde hos dig], ja.</p> <p>F1: jeg tænker vi er kommet godt rundt om den første del her [IP: jeg har ikke fortalt hvad jeg gør sammen med borgerne, men det ved jeg ikke om det kommer senere] nej, du må da gerne lige runde det [F2: ja det må du meget gerne].</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p> <p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Motiverende samtale</p> <p>Lægens rolle = medicinsk støtte</p> <p>Henvisninger og kommunikation</p> <p>Anonymt tilbud</p> <p>Lægens rolle</p>	<p>IP: Altså, jeg tager selvfølgelig sådan en afklarende snak med borgeren i forhold til hvad er det der er deres mål, fordi det er også mit fokus, jeg har ikke et fokus om at de slet ikke må røre alkohol mere, men vi skal bare have det ned i det niveau hvor de selv ønsker det, det er sådan meget det jeg forsøger at afklare, og så selvfølgelig i forhold til hvad der er deres mål hvordan kommer vi så derhen? Jeg bruger meget den motiverende samtale, har stjålet med arme og ben fra den [latter] i forhold til fordele og ulemper og øhhh jeg sender næsten altid hjem efter første samtale med et fordel-ulempe skema, hvor de skal gå hjem og finde ud af hvad er fordelene ved at fortsætte og hvad er fordelene ved at holde op, og modsat hvad er ulemperne. For det er et rigtigt godt udgangspunkt i forhold til, at de fordele de har haft af alkoholen, dem er vi jo nødt til at skulle arbejde med, fordi ellers ville vi bare efterlade dem i et tomrum, og så drikker de bare videre, så jeg syntes vi kommer vidt omkring øhhhh alt efter hvad det er der har været deres grund, om det er ensomhed eller det er problemer i parforholdet eller [F1: selvmedicinering]. Ja, der simpelthen så mange, lige så mange borgere der kommer, lige så mange forskellige årsager er der næsten, men så er det det jeg tager udgangspunkt i, og ser hvad kan jeg byde ind med der, i forhold til at få lavet nogle strategier, for hvordan håndterer de, de der situationer. Det er nogen gange helt nede i detaljer, og sige næsten gang naboen rækker en øl ind over hækken, hvad siger du så? Så de simpelthen er klædt på. Jeg har mange som kommer med et ønske om, at skrue ned, men som finder ud af, at de simpelthen er nødt til at tage en pause, altså at det hedder nul i en periode. Og det er så også der jeg nogen gange får lægen med ind i billedet, fordi nogen gange kan vi have brug for noget medicinsk støtte.</p> <p>F1: Okay, det var faktisk en af de ting vi havde snakket om, vi gerne ville om, det er hvordan du videregiver viden tilbage til lægen, når de ligesom har været hos dig? Og hvordan du får viden fra lægen, fordi sådan som jeg hører dig sige det, så kommer borgeren egentlig selv og henvender sig.</p>

<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Hvilke borgere henvises fra lægen</p>	<p>IP: ja, der er ingen henvisning herind til, så det vil sige, at de kan bare komme ind fra gaden. Det er et anonymt tilbud, så det vil sige, at jeg fortæller rent faktisk ingenting til lægen, før det er noget jeg aftaler med borgeren. Jeg spørger dem altid om der læge er blandet ind i det, og nogen gange så siger, jamen det ved min læge alt om, og så er det nemt. Andre gange ved lægen ingenting, og så jeg nogen gange en opgave i at få dem til...altså opfodre til, at lægen bliver blandt i det, men det kan ikke komme fra mig.</p> <p>F1: Så, det er kun hvis I fx aftaler, at der skal medicinsk behandling indover [IP: ja] Og hvad hvis du sender dem til misbrugscentret? Så skal lægen heller ikke vide det?</p> <p>IP: De kan tage 2-3 samtaler mener jeg derud, de kan tage som anonym. Så snart der kommer behandling ind i billedet, ligegyldigt om det er medicinsk eller det er samtalebehandling, så kan man ikke være anonym mere derude, og så vil lægen få besked. Men det får han ikke absolut herfra.</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Samarbejde med lægen om medicinsk behandling</p>	<p>F1: Men når du siger, at der er så få der kommer fra lægen, det vi havde talt om var også, om der var nogle bestemte karakteristika for dem der kommer fra lægen? Altså om det var en bestemt slags borger, der ligesom siger, jeg har været ved lægen, nu henvender jeg mig her hos dig?</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Kommunikation</p> <p>E-kommunikation</p>	<p>IP: Nej, ham der kom den anden dag, var en der rent faktisk en der selv havde opsøgt sin læge, for at få noget hjælp. Han var egentlig gået til lægen for at få antabus, der havde lægen så benyttet sig, af noget af det her nyere medicin, Campral, og havde så sagt, at lægen havde erfaring med, at vi var gode at snakke med herinde. Så lægen ville opfordre til, at vi gjorde det samtidigt, så det var... jeg roste også den læge!</p> <p>[Latter fra alle]</p> <p>F1: Når du kommunikerer tilbage til lægen, hvordan gør du så det? Er det pr mail, eller hvordan kan i kommunikere?</p> <p>IP: Vi kan kommunikere via EDEFAC, i det system der hedder CARE [F1: okay, på den måde] Så lægen vil altid kunne se mine beskeder, uden at jeg egentlig skal ind og skrive en journal. MEN det er ganske, ganske få jeg sender noget tilbage til lægen på. Så foregår det nærmest altid via borgeren selv. Jeg tror, jeg har oplevet én gang, at en borger har spurgt om jeg ikke nok ville skrive det til lægen. Men ellers er det borgeren selv der går til lægen. [F1: Der går tilbage til lægen og siger at de har været inde hos dig] ja.</p> <p>F1: Det var rigtig fint om det konkrete samarbejde du har med almen praksis, det er lidt spændende at høre om, at der egentlig er meget lidt kommunikation den vej [IP: JA, der er meget lidt]</p> <p>IP: Men det er selvfølgelig også fordi vi har valgt at det er anonymt, hvis det nu ikke var det, så ville der blive meget mere, men det har vi simpelthen gjort for, at gøre vores dørtærskel så lav som muligt, fordi jeg ved der var nogen der ikke ville komme hvis de ved at lægen får besked.</p> <p>F1: Så du tænker, hvis der var sådan en konkret henvisning man skulle have til jeres tilbud, så ville det stoppe en del.</p> <p>IP: Det ville i hvert fald stoppe nogen, der ville nok komme nogen andre så, for så er det noget lægen kender til og som ved mere om vores tilbud.</p>
	<p>Anonyme/hemmelige tilbud</p>	

<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Anonymitet som barrierer for tilbagemelding til lægen</p> <p>Alkohol som tabu</p>	<p>På den måde er det her jo, anonymiteten er jo med til at lave en barriere, det ved jeg jo godt, men det er..... indtil videre har vi valgt, at det er sådan for at hjælpe borgeren til at komme i gang med det. Fordi jeg har nok en tiltro til, og det er også det jeg kan se, at når jeg har talt nogen gange med borgerne, og de ligesom har fundet ud af, fordi for nogen er det jo en kæmpe hurdle at komme herind, og der er ingen der må vide noget, og børnene ved ingenting, og de tror at ægtefællen ikke ved noget... men jo mere vi får snakket om det, og der ligesom bliver løsnet op, og de begynder at italesætte det i familien og sådan noget, så er der også nogen der har mere mod til at gå tilbage, og involvere lægen i det [F1:og måske involvere de pårørende også] også det [F1: spændende]</p> <p>F1: Så vil vi høre, ellers i forhold til kommunale indsatser, der er det her tilbud, og der er misbrugscentret, og det er det der er i Aalborg kommune?</p> <p>IP: Og så ved jeg jo, at der er nogle private aktører også, hvor man kan gå til, hvor kommunen jo betaler, fordi man har det her fritvalgs- ordning, så det kan ikke kun være et kommunalt tilbud, så der er nogle aktører, men jeg er ingen samarbejde med dem. Og jeg har aldrig haft nogen, jo jeg tror jeg har haft en, der har været ved et privat, men ellers ikke, ikke hvad jeg ved af [latter].</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Kommunale indsatser</p> <p>Programteori</p> <p>SOFT</p>	<p>F1: Det var heller ikke fordi vi lige kan præsenterer nogen for dig [latter], men det var bare for at vide, hvad der er i kommunal regi af indsatser i forhold til forebyggelse.</p> <p>IP: der er det her, og misbrugscentret.</p> <p>F1: Vi har prøvet at undersøge lidt i forhold til de forskellige organisatoriske tiltag, for at fremme det her samarbejde mellem kommunen og almen praksis, og vi har prøvet at lave en skitse, kender du det der hedder en program teori? [IP: nej] det er et flow chart over et forløb, en indsats, som vi har prøvet at bygge op. Man har borgeren herude, som er de storforbrugere som du møder, så har vi sundhedsaftalerne, som vi har fundet ud af, er den overordnede paraply for samarbejdet, eller skulle være det i hvert fald, så e der almen praksis og kommunen, og så har vi KLU og praksiskonsulenterne, de har nogle praksisplaner her i almen praksis, og så kan man afdække forebyggelsesbehovet både i almen praksis og kommunen, det er de her pile der fører der hen, som så fører videre til e-kommunikation som du talte om. Ja, hvad er det vi gerne vil vide noget om...?</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p> <p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Praksiskonsulenter</p>	<p>F3: Det her der hedder SOFT, som er på Sundhed.dk, hvem er det i kommunen der opdatere den? Hvis du kender den?</p> <p>IP: Øhhhh vi har en kommunikationsmedarbejder her på sundhedscentret, [redacted] hedder hun, som i hvert fald, hvis jeg skal have noget skrevet derinde så tager jeg bare kontakt til hende, hun sidder i vores storrums kontor. Så der har vi meget nem adgang til at få noget ændret, fordi det tager hun sig af. Og jeg bliver lidt i tvivl om det er hende selv, der har adgang ind og retter, eller hun kontakter en anden, det ved jeg faktisk ikke. Men jeg skal bare maile det til hende og så laver hun det, så det går nemt, kan man sige.</p>

<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Ikke et tæt samarbejde</p>	<p>F1: Har du nogen kontakt til praksiskonsulenterne? Og den del der skulle binde almen praksis og kommunen sammen. IP: den praksiskonsulent vi har, den praktiserende læge, som skulle være vores praksiskonsulent ser vi nærmest ikke. [F1: okay] Jeg ved ikke.....jeg ved ikke hvad..... Vi har ikke noget tæt samarbejde, det er mest når vi skal have et eller andet skriftligt materiale lavet, som vi lige skal være sikre på om det er formuleret godt nok, vi arbejder for eksempel lige nu med at sende epikriser tilbage til lægerne når borgeren har gået herinde, og hvordan sådan en epikrise, hvad der skal stå i den har vi forbi praksiskonsulent for at målrette det lægen, det er primært det, fordi i forhold til alkohol har jeg aldrig snakket med vores praksiskonsulent. F1: Godt at vide. Det vi har kunnet læse os til, det er at i nogle kommunale regi der har de lavet fælleskompetence udviklingstiltag, noget der hedder fællesskolebænk for et eksempel, hvor man laver noget fælles undervisning med de relevante fra kommunen og så de praktiserende læger, der simpelthen mødes, og får italesat for eksempel din indsats. Har du kendskab til om Aalborg kommune har gang i noget [IP:nej]</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Lederens konkrete samarbejde med almen praksis 12-mands-grupper</p>	<p>IP: nej, det tvivler jeg på. Jeg ved vi har nogle....jeg ved min leder har nogle, hvad er det de kalder det...der er noget samarbejde.....de praktiserende læger er delt op i nogle mindre grupper [F1: tolvmandsgrupper] JA, der ved jeg at min chef, der sidder her ovenpå, er med. Der kan hun i hvert fald, jeg tror det er den vej vi egentlig mest har vores kommunikation ud til lægerne, hun sidder i hvert fald med der. Om hun er med hver gang, det ved jeg ikke, men hun er i hvert fald med engang i mellem. Og mødes med de der, og fortæller om vores tilbud. Samtidig ved jeg også, at der går et nyhedsbrev ud fra kommunen til de praktiserende læger, hvis vi engang i mellem kan få noget med, og det er den måde vi har fået...[F1: Bliver det sendt elektronisk ud til dem, ved du det?] Ja, det tror jeg det gør, jeg kunne ikke forestille mig andet. Så der kan vi også godt få en nyhed med.</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Kommunikation ud til lægerne</p>	<p>F1: Jeg tror, det var [redacted] [konsulent ved dokumentationsenheden], der fortalte mig, at hun mente, at der nogle gange var to medarbejdere herinde fra der simpelthen tog ud og besøgte lægerne en gang om året, og lavede sådan lidt en info-kampagne, havde pjecer med osv.</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Roadshow Pjecer i AP</p>	<p>IP: Lige præcis, vi har jo et hav af tilbud, og sådan rent praktisk for at de pjecer der står ved de praktiserende læger er opdateret, så tager de lige sådan en runde hvert år i januar, februar, og lige får opdateret, at vi er sikre på at det er de rigtige der står derude. Men også fordi, vi har erfaring for, at selvom vi har placeret sådan nogle holdere ude ved lægerne, hvor alle vores tilbud står, at når den sidste er taget, så står der sådan et klistermærke, at nu kan de rekvirere flere, det sker ikke. Så når vi kommer ud, så når de kommer ud, så er der ofte ingen brochure, så står der alt muligt andet i vores holdere. Så dem tager de lige ud og rydder op i, og der kan vi også godt bede dem om, at have et specielt fokus, fordi de gør simpelthen det, at når der kommer to ind i klinikken, den ene rydder op, og den anden går til praksispersonalet og lige snakker med dem [F1: så du kan godt sige, vil i lige informere om min indsats her] Ja, vi havde for eksempel på et tidspunkt ikke særlig mange henvisninger</p>

<p>Eksempel på tiltag der fremmer samarbejdet</p>	<p>Mere information om diabetes gav flere henvisninger</p>	<p>til vores diabetes, og det var så det de tog op på den runde, og lige sagde, vi har lagt mærke til at der ikke kommer så mange, har i ingen her der har diabetes i jeres praksis, for lige at få den der.... F3: Har du nogen fornemmelse af, om det gav en effekt? IP: Vi har i hvert fald masser af henvisninger nu, så om det er det, det skal ikke kunne sige. Men jeg tror det virker. Fordi nogen gange er det også praksispersonalet, de har jo en enorm bredde, så nogen gange kan vi jo godt forsøge at komme lidt forrest i køen, i forhold til, hvad der er henvist til [F1: Ja, det ved man jo, når man lige har fået noget information, så er det det der dukker op] JA. F1: Jeg tænker, at når du siger, at der nogle gange er tomt, så må det også betyde at der er nogle borgere der tager pjecen med hjem [IP: ja ja, bestemt]</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Borgerne er selv aktive ift. tilbud</p> <p>Alkohol – ikke en del af roadshow</p> <p>Udvikling af rådgivningstilbud</p> <p>Kapacitet/ressource ift. tilbuddet</p>	<p>IP: Og vi har også mange der fortæller, at de selv er gået til lægen, og har set vores pjecer, og så er de gået til lægen og har sagt, det her det vil jeg gerne. Så borgerne er faktisk rimeligt aktive selv. F2: Dem der så er ude for eksempel og gøre opmærksom på diabetes, ved du om de også har gjort opmærksom på alkoholtilbuddene? IP: Nej, det tror jeg ikke de har gjort, jeg kan ikke huske at vi har snakket om det, så nej det har de ikke. Det har de ikke haft som specielt fokus. Jeg tror også det har noget at gøre med, at min rolle er sådan en der bare har udviklet sig stille og roligt, så jeg har ikke haft behov for at det pludseligt væltede ind. Og så mange som kommer nu, gør jo også at hvis det fortsætter sådan, så skal jeg... altså jeg mødes hver tredje måned med min chef, hvor vi taler om alkoholdelen, fordi jeg står lidt alene med den, så skal den udbygges noget mere, for jeg kan ikke blive ved at følge med. Det er jo et godt tegn, altså ikke fordi folk de drikker mere, men fordi nogen begynder at gøre noget.</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Fælles kompetenceudvikling</p>	<p>F1: I forhold til det vi kalder fælles kompetenceudvikling som kunne være sådan nogle møder med for eksempel dig og en praktiserende læge, dem der ligesom er i spil, tænker du det kunne være en ide' at lave på en eller anden måde et samarbejde på den måde, hvor man fik set hinanden lidt i øjnene, og du kunne fortælle om din indsats, og de kunne fortælle om hvad de har brug for?</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Læger kender ikke til tilbuddet</p> <p>Sender praksispersonale</p>	<p>IP: Det kunne jo sagtens være, fordi især når vi taler om et tilbud som jeg tror mange læger ikke kender særligt meget til, så vil det jo. Vi har... hende den ene af dem der er vant til at tage på den der tur rundt til lægerne, har jævnligt praksispersonale herinde, men det er jo sjældent at lægerne kommer med, de bliver inviteret, men de sender som regel deres praksispersonale, det er sygeplejerskerne og sekretærene, Hvor vi så præsenterer alle vores tilbud, og der kommer alkoholsamtaler som en af dem. Så i hvert fald mange af sekretærene og sygeplejerskerne ved nok at vi har det, men hvis ikke... jeg ved jo ikke, hvordan kommunikationen foregår internt, så hvis ikke de fortæller det til deres læger, og det er lægerne der sidder og har samtalen, så ved jeg ikke hvor bevidst lægen er [F1: kunne det være fordi, det er dem som egentlig tager de livsstilssamtaler ude i praksis, har du nogen fornemmelse af det?] For manges vedkommende er det jo, jeg ved jo i hvert fald i forhold til vores diabetes borgere, de fire kontroller de har om året, der er de tre</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Praksispersonalets kendskab til tilbuddet</p>	<p>IP: Det kunne jo sagtens være, fordi især når vi taler om et tilbud som jeg tror mange læger ikke kender særligt meget til, så vil det jo. Vi har... hende den ene af dem der er vant til at tage på den der tur rundt til lægerne, har jævnligt praksispersonale herinde, men det er jo sjældent at lægerne kommer med, de bliver inviteret, men de sender som regel deres praksispersonale, det er sygeplejerskerne og sekretærene, Hvor vi så præsenterer alle vores tilbud, og der kommer alkoholsamtaler som en af dem. Så i hvert fald mange af sekretærene og sygeplejerskerne ved nok at vi har det, men hvis ikke... jeg ved jo ikke, hvordan kommunikationen foregår internt, så hvis ikke de fortæller det til deres læger, og det er lægerne der sidder og har samtalen, så ved jeg ikke hvor bevidst lægen er [F1: kunne det være fordi, det er dem som egentlig tager de livsstilssamtaler ude i praksis, har du nogen fornemmelse af det?] For manges vedkommende er det jo, jeg ved jo i hvert fald i forhold til vores diabetes borgere, de fire kontroller de har om året, der er de tre</p>

<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Livsstilssamtaler</p> <p>Samarbejde med almen praksis</p>	<p>ved sygeplejerskerne, så der er det jo i hvert fald dem der har. Men hvis en borger går til læge, fordi han har det dårligt, og det egentlig har noget med alkohol at gøre, så kunne jeg godt forestille mig, at han får en lægetid.</p> <p>F1: Så sygeplejerskerne kunne egentlig komme ind på det ved en diabeteskontrol, ligesom I gør det her i jeres andre livsstilssamtaler.</p> <p>F2: De her samlinger..... eller du siger, at hende der normalt tager ud får noget praksispersonale herind, er det sådan noget der er systematiseret eller er det tilfældige arrangementer, hvor I inviterer praksispersonale eller er der noget system over, at så er det lige dem fra det område eller..</p> <p>IP: Se, det bliver jeg jo i tvivl om, det kan jeg rent faktisk ikke huske, om det er praksispersonalet der selv har taget kontakt, fordi de gerne vil herind, det tror jeg næsten det er. Det mener jeg. Men det er noget vi har nok en til to gange om året, så det er sådan jævnlige at der har været nogen. Nogen gange kan de også have et ønske om at høre om en af vores specifikke ting, for eksempel vores KOL-rehabilitering, fordi så vil de gerne høre noget om TelecareNord, som vi også er med i. Så der kan godt være noget, men jeg ved at de så forsøger, når de er her, altid lige at sige, jamen vi har også lige det her [latter].</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Barrierer ift. lægernes deltagelse i fælles arrangementer</p>	<p>F1: har du nogen ide om hvorfor lægerne ikke er med?</p> <p>IP: De siger jo, at det er deres tid, og når praksispersonalet er herinde så foregår det jo også altid efter klinikkens lukketid. Så jeg ved ikke om de er her i deres fritid, eller om de får løn for det, sådan noget tænker jeg da også, at det kan spille ind.</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Deltagelse af praksispersonale kontra lægernes</p>	<p>F1: Okay, for det er nemlig også lidt spændende, hvad der gør at lægerne ikke prioriterer den del [IP:ja] i deres travle hverdag.</p> <p>IP: For nu hvor jeg arbejder så meget med diabetes også, altså jeg kan jo se det i alle de fora der er, at det meget ofte er praksispersonalet der er der. Nogen gange sidder der nogle læger med, men altså hvis der er 60 sygeplejersker, så er der højst 5 læger, altså det er den størrelsesorden.</p> <p>F2: Din leder mødes jo så nogle gange til tolvmandsgrupper, i de sammenhænge hvor de praktiserende læger er der og normalt mødes [IP: ja] så der er ligesom der i har foden indenfor direkte hos lægerne.</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Nyhedsbreve</p>	<p>IP: Ja, og så via det der nyhedsbrev, kan vi også godt, hvis vi har et eller andet sådan der skal meldes ud på en eller anden måde. Nu for eksempel begynder vi, at have nogle nye skabeloner for epikriser, og når de ligger helt klar i IT-systemet, så er det sådan noget der typisk vil gå ud i et nyhedsbrev, at fremadrettet kommer det til at se anderledes ud. Men der er meget kort vi kan fortælle[F1:ej, ellers drukner det i information]</p> <p>F1: Men når du ser det her flow, så tænker i, om der er nogen steder du tænker man kunne sætte ind i forhold til det her samarbejde hvordan man kunne optimere det? Det kunne være... vi har talt om de her fælles kompetenceudviklinger, og det er ikke fordi du lige skal komme på en ide, men det kunne være, at du havde tænkt på noget, hvor du havde tænkt, på den her måde kunne vi udvikle det her samarbejde.</p>

<p>Eksempel på tiltag der fremmer samarbejdet</p>	<p>Forslag til kompetenceudvikling ud fra diabetes-området</p> <p>Fyraftensmøde – som ved diabetes</p> <p>Medicinal-industriens arrangementer</p>	<p>IP: Øhhhh [F1: det er ikke fordi du på stående fod skal komme op med noget, men det er bare meget spændende at høre din indgangsvinkel til det]</p> <p>F2: Vi kan måske lige fortælle, at grunden til, at vi har fokus lige på det her med fælles kompetenceudvikling, er blandt andet også litteraturen, der er studier der viser, at den her vidensdeling omkring et specifikt emne som for eksempel alkohol er mangelfuld, og det er vigtigt i de her sammenhænge at lægerne og den relevante alkoholkonsulent mødes, for at få ansigter på hinanden, men også sådan for at lægerne helt konkret ved, hvem er det der er på sundhedscentret, det er med til at fremme noget blandt andet, men samtidig er der også nogle udfordringer i det der med, at skulle lære noget og mødes på forskellige niveauer, lægerne ligger i følge dem selv på et bestemt niveau og i forhold til de andre der skal deltage måske noget andet sundhedspersonale, så er det vigtigt at der bliver tænkt nogle pædagogiske tanker omkring det, og det er ligesom også det vi har fundet frem til ud fra litteraturen, at det måske et sted hvor man netop kunne, i forhold til alkohol, skabe lidt mere fokus omkring det, hvor alle de involverede parter..</p> <p>IP: Jeg sidder også lige og tænker på at den anden kompetenceudvikling jeg har lige nu, jeg kan jo hele tiden sammenligne med diabetes, det der sker der, det er jo at man jævnligt bliver inviteret til for eksempel nogle fyraftensmøder, som bliver afholdt af et medicinalfirma på Scandic eller et eller andet, og hvor der er noget oplæg og så vil der typisk være en middag. Det er jo sådan noget, vi også typisk bliver inviteret til indenfor diabetes og hvor vi også oplever at lægerne godt kan komme når der er noget at gå efter. Og jeg sad sådan lige og tænkte på, at det er der desværre ikke på alkoholområdet, men alligevel så sidder jeg og tænker på, de der nyere slags medicin som man anbefaler, anbefalinger er jo kommet som siger at nu er det ikke Antabus mere nu er det Campral. Jeg tænker, at det kunne være spændende at tage kontakt til, jeg ved ikke engang hvilket firma der laver det, men det kunne være spændende at tage kontakt til sådan et firma og sige, hey ...kunne I ikke arrangere sådan et møde, sådan et fyraftensmøde. Fordi der ville jeg jo også have mulighed for at være i kontakt med de der læger. Fordi så snart det handler om diabetes og du bliver inviteret til de der møder, så drøner du afsted, så sådan noget, fordi der skal altså være en eller anden gulerod for at man kommer. Hvis jeg inviterede herind på sundhedscentret, altså inviterede de praktiserende læger, så tror jeg ikke der kom ret mange.</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Lægernes deltagelse</p> <p>Honorering af lægerne for deltagelse</p> <p>Lægernes kendskab til tilbuddet</p>	<p>F1: Så honorering er i spil?</p> <p>IP: Det er den. Og det kan vi ikke komme udenom. Jeg har ikke tænkt tanke før, men det kunne man jo godt.</p> <p>F3: Men det er måske også svært at komme med noget lige nu, men jeg tænker, hvis nu du skulle drømme om, hvordan det helt optimalt var. Hvis man tænker bort fra alle de her barrierer, og fra sådan noget, hvis du bare skulle give dit bud på, sådan her kunne det bare fungere rigtig godt. Jeg tænker, nu har du bare muligheden for at sige, det her kunne jeg virkelig godt tænke mig.</p>

<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Det stiller krav til kommunen, ift. ressourcer og kompetencer</p> <p>Lægen skal ikke foretage rådgivende samtaler</p>	<p>IP: Jamen, det ville jo helt klart være, at lægerne vidste at vi har det her tilbud. Og jeg ved godt, at i det øjeblik lægerne ved det, så sidder jeg ikke alene her, så sidder vi en stribe, så kommer der mange, det er jeg slet ikke om, fordi de er her, de er jo i byen. Så det ville helt klart være godt hvis lægerne vidste det, at tilbuddet var der, for vores mål skal være at hjælpe borgerne. Og samtidig ville det stille en hel masse krav til os herinde, og det er nok derfor, vi ikke har været mere pro-aktive, fordi vi samtidig ved, at det kommer til at stille en hel masse krav, men jeg har ikke nogen oplevelse af, at vi ikke vil honorerer de krav. I det øjeblik jeg sige, det her kan jeg ikke mere alene, så er der ingen tvivl om, at så går vi igang med at gøre mere. Men håbet er da, at vi på sigt, at lægerne ved at det her en mulighed. Også fordi det er de anbefalinger der er, at man for eksempel ikke bare giver medicinsk behandling, det skal suppleres. Og jeg ved jo godt at, at man kan sige på mange måder er det ikke optimalt at det ligger i praksis, der er jo i hvert fald ingen grund til det, hvis lægerne er presset med tid, så er der i princippet ikke nogen grund, at den ligger hos lægen. Den kunne lige så godt ligge hos andre sundhedsfaglige [F3: Der tænker du på den rådgivende samtale?] Ja, bestemt. Fordi man kan sige, vi får en hel anden mulighed for at dykke ned i det, at specialisere os i det, hvor jeg tænker, der er ingen grund til at det ligger hos den praktiserende læge.</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Samarbejdet er nødvendigt – om medicinsk behandling</p> <p>Alkoholkultur</p>	<p>F1: Det er faktisk også det at lægerne selv giver udtryk for, i hvert fald de fleste af dem vi har talt med giver udtryk for at de egentlig ikke at den primære forebyggelse på den måde, skal ligge hos dem.</p> <p>IP: Nej, men det syntes jeg heller ikke</p> <p>F1: Som en sagde; lad os tage os af de syge. [IP: Ja, lige præcis]</p> <p>IP: Og det er klart samarbejdet skal jo være der, fordi den medicinske behandling skal jo komme via dem. Hvor man kan sige, at ude på misbrugscentret har de jo læge tilknyttet. Men jeg ved også hvor svært det er, jeg ved ikke rent faktisk om de har en ansat lige nu, men jeg ved at den stilling har stået tom, fordi der ingen der gider at søge den. Det er interessant! Den har stået tom længe.</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Ingen status i at arbejde med alkohol</p>	<p>F1: Vi har på 3. semester beskæftiget os meget med den danske alkoholkultur, hvordan det er accepteret og hvordan det egentlig også er forventet, tænker du at det er en del af det også? For eksempel at en læge ikke søger sådan en stillingen, har det noget at gøre med hvordan vi i det hele taget ser alkohol i Danmark?</p> <p>IP: Det tror jeg da, der e jo ikke status i at arbejde med alkohol, plus man kan sige, at dem de har i misbrugscentret er jo også den tunge del. Så jeg tror da også, at det er en stilling som der er hård, altså hvis det er den ene efter den anden, fordi det kan jeg jo mærke her, bare med dem jeg har, altså jeg skal ikke op og have mere, altså max tre samtaler på en dag, jeg kan ikke... det er ikke mere end det. Og så er det jo rart, at man kan lave noget andet ind i mellem. Jeg vil nok sige, at det skulle godt nok være en deltids-stilling den der ude [Latter] Hvor man kan sige, dem der kommer her er jo ikke så belastet, altså de kan have det dårligt, de kan stå i nogle kæmpe problemer, men de er jo ikke så belastede socialt set, som manden på bænke. Fordi mange af dem der kommer her, har jo deres job.</p>
<p>Eksempler på tiltag der</p>	<p>Lægernes kendskab til rådgivende samtaler vil fremme</p>	<p></p>

fremmer samarbejdet	fokus på storforbrug og ikke blot misbrug/afhængighed	F2: Jeg sidder lige og tænker på, du siger det her, at det du ønsker, er at praktiserende læger kender til jeres tilbud. Hvis de netop ved, at der findes det her tilbud udover Misbrugscenteret, som vi jo har erfaring med, at når de tænker på tilbud rettet mod alkohol..... Tror du, at hvis de kender til tilbuddet hos jer, den rådgivende samtale, tror du, at det vil have betydning for, hvor meget fokus de har på storforbrugeren og ikke misbrugeren og ham/hende der har det skadelige forbrug, altså i selve opsporingen?
Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis	Manglende viden om kommunale tilbud er barriere i opsporingen Forebyggelsespakken	IP: Ja, det tror jeg sagtens, det kan. For en af de barrierer der er, og som vi også selv har arbejdet med, det er jo, at når du først spørger ind, så skal du også vide hvad du skal gøre med svaret [F1: ja det er jo det, F2: lige præcis] Og hvis ikke, du lige har eller ved, hvad du skal – så er det nemmere at lade være med at spørge [F1: ja, F2: ja, der er også vores erfaringer, eller det vi har hørt og set] Jeg er, jeg har været ude og undervise, hvad hedder de nu? De hedder sundhedspiloter. Det er så i Familie- og beskæftigelses Forvaltningen. De begynder også at tage hul på den her, fordi Forebyggelsespakkerne siger jo, at det SKAL vi [F1: ja, F2: ja] alle sammen. De har så lavet sådan en slags, jeg ved ikke... Sundhedspiloterne er nogle, som bliver specielt uddannet inden for KRAM-faktorerne [F2: okay] og som derved skal undervise deres andre kolleger. Der har jeg været ude og undervise dem i alkoholdelen.
Eksisterende koordinerings-tiltag	KRAM-faktorer – opsporing ved frontpersonale	Hvordan tager man samtalen? Altså helt konkret, hvilke spørgsmål er gode at stille. Øh, hvad ville jeg sige med det? Jo, en af delene, jeg ALTID tager med der, det er netop det her med, at når du så har stillet spørgsmålet, hvad gør du bagefter? [F1: ja] Fordi, jeg ved godt, at vi får ikke socialrådgiverne til at spørge ude i jobcentrene, hvis ikke de ved, at de har de her to brochure [F1: nej] og der har jeg jo så haft samarbejdet med Misbrugscenteret for at se, om vi skal have én brochure, som henviser til os begge to eller skal vi bibeholde, at vi har hver sin. Og vi har besluttet at beholde hver sin og det er rent faktisk Misbrugscenteret, der har været så fornuftige at sige, at det er bedst for vores tilbud [F1: ja] at sige, at det er bedst, at vi ikke bliver blandet sammen med deres tilbud.
Eksempler på tiltag der fremmer samarbejdet	Pjecer om rådgivende samtaler vs. Misbrugscenteret	Fordi, bare det, altså jeg har sagt til dem 100 gange; kan I ikke ændre jeres navn [F2: ja, F1: ja] fordi Misbrugscenteret er et [F2: ja, der er en barriere der] Det er ikke det smarteste navn [Latter] Så det var rent faktisk dem, der selv sagde, at de synes, at det vil være synd, fordi de var bange for, at det vil få nogle til at fravælge det [F1: ja] Så jeg har jo mit eget materiale, så jeg underviser de sundhedspiloter i at sige, at de rådgivere bare skal have begge to [F1: ja, F2: ja]. For er de det mindste i tvivl, og tænker at borgeren nok ikke kommer til at gå ud i et misbrugscenter, så henvis dem til mig [F2: ja] fordi så virker det altså nogle gange bedre, at jeg lige har en, to samtaler og så sender videre [F2: ja]
Retorik omkring misbrug	Retorik omkring misbrug	TID 40:11 F1: Så hvis det virker der, så tænker jeg egentlig også i forhold til almen praksis, hvis nu de havde begge i skuffen hele tiden [IP: ja] Så ville det også hjælpe?
Viden om begge tilbud via pjecer	Viden om begge tilbud via pjecer	IP: Ja, der er ingen tvivl om, at Misbrugscenteret er meget i bevidstheden på lægerne, det ved de findes [F1: ja] Men jeg er ikke helt sikker på, at de
Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis	Også for AP Misbrugscenteret er mere velkendt hos lægerne Viden om tilbud = fremme samarbejdet	

<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Kommunens rolle – ingen reklame for tilbuddet / hemmelige tilbud</p>	<p>alle sammen ved, at ude i deres venteværelse, der står den der brochure her fra [F1: nej][LATTER] F3: Så patienterne ser den og tager den [IP: ja tager den med ind til lægen og siger; var det her noget?] ja F1: Så den faktor der vil fremme samarbejde mest i forhold til dit tilbud, det er simpelthen viden om [IP:ja, om at vi eksisterer] at I eksisterer? IP: Ja... men jeg kan ikke bare sidde og klandre lægerne [F1: nej nej, sådan hører vi det heller ikke] Vi har ikke gjort så meget for at blive kendt [F1: nej] Men det er simpelthen fordi , at vi skulle have ressourcerne til at følge med [F2: ja, F3: ja] Og jeg har, fordi udover at jeg selvfølgelig underviser mine kolleger, så har jeg det jo sådan rimelig tæt til mig og det har lige så meget været for at dygtiggøre mig selv [F2: ja] Men jeg vil også nok sige, at vi er der nu, hvor jeg sagtens kunne begynde og tage nogle kolleger under arm, en og sige F3: Det er også en interessant faktor at få med, for det er ikke noget, vi har været opmærksomme på, at der ligger selvfølgelig også noget der [F1: nej] [IP: nej] med kommuners kapacitet [IP: ja] Ja IP: Men der tror jeg nok, at der er rimelig, altså hvis jeg går til min chef og siger, at det her kan jeg ikke overkomme, så tvivler jeg på, at jeg skal tage færre samtaler [F2: ja][F3: ja] Jeg tror nok, at man bare siger, at vi skal have en mere på banen. Fordi det er skrøbeligt, for lagde jeg mig med et brækket ben, så bliver der ingen samtaler i en længere periode [F1: nej] [Latter] Så... F1: Har vi andre ting, vi synes, at vi skal? F3: Jeg tænkte lige i forhold til henvisning fra Misbrugscenteret hertil, om ikke vi skal prøve at tage den?... Ja, det var egentlig fordi vi talte med [redacted] [konsulent fra Dokumentationsenheden], hvor hun også sagde, at der faktisk var mange henvendelser fra Misbrugscenteret her til [IP: ja] Har du noget bud på, hvorfor det ligesom også vender den vej nogle gange? TID: 42:23 IP: Det tror jeg hænger sammen med vores øget samarbejde. Altså vi har jo i en længere periode haft vores tilbud og Misbrugscenteret, men der var ingen samarbejde [F3: nej, F1: okay] Der var sket nogle misforståelser i historikken, som gjorde at vi, at vi ikke mødtes, kan man sige. Men det er vi begyndt med i løbet af 2015, tror jeg [F1: okay] De har fået ændret på deres ressourcer og der er også kommet ny leder osv. og der har vi helt klart fået et godt samarbejde [F2: okay] . De ville rent faktisk gerne have haft mig med ind over og undervise alle socialrådgivere. Nu har man lavet de der sundhedspiloter, men sundhedspiloterne er bange for, at de ikke kan undervise deres kolleger [F2: okay] Så de har rent faktisk bedt om, at det ikke kun er sundhedspiloterne, men samtlige socialrådgivere i Aalborg Kommune [F1: hold da op] skal undervises i samtalen. Så de har spurgt rigtig meget, om ikke JEG kunne varetage den undervisning sammen med Misbrugscenteret [F1: ja] Og det har min chef sagt nej til [F1: ja], fordi man kan sige, at det er ikke vores rolle. Den måde man har lavet strukturen på kommunen, som hedder, at jeg skal undervise dem, der skal undervise de andre.... [F1: okay] De har været så langt, at de har spurgt om jeg kunne, jeg er på deltid, om jeg kunne</p>
<p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Kommunens kapacitet og ressourcer</p>	<p>Henvisninger til Sundhedscenteret fra Misbrugscenteret</p>
<p>Eksempler på tiltag der fremmer samarbejdet</p>	<p>Øget samarbejde ml. S-center og M-center via kompetenceudvikling/fælles møder</p> <p>Undervisning af frontpersonale</p> <p>Øget samarbejde – mødes rundt om samme bord</p>	<p>Øget samarbejde ml. S-center og M-center via kompetenceudvikling/fælles møder</p> <p>Undervisning af frontpersonale</p> <p>Øget samarbejde – mødes rundt om samme bord</p>

<p>Eksempler på tiltag der fremmer samarbejdet</p>	<p>Både ledelse og medarbejdere</p>	<p>simpelthen kunne øge min ansættelsesgrad og så få timer ansat i den anden forvaltning, for at kunne undervise [F1: okay]. Men vi snakkede 25 undervisningssektioner i løbet af 2016. Så det er jo mere end én hver uge, så det har vi sagt nej til. Men vi har alligevel øget det der samarbejde og der er ingen tvivl om, at dét, at vi har siddet rundt om det samme bord og jeg har undervist sammen med dem nogle gange og de har hørt, hvad jeg laver. Der er ingen tvivl om, at det er det, der har øget samarbejdet [F1: okay, F2: ja] At de kan se, hvad de kan bruge mig til [F2: ja], kan man sige [F1: ja]</p>
<p>Eksempler på tiltag der fremmer samarbejdet</p>	<p>Fremme af samarbejde med M-center ved præsentation af S-center</p>	<p>F3: Men du siger, at I har mødtes rundt om et bord. Kan du sige lidt mere om, hvordan samarbejdet er styrket? IP: Ja men vi har både mødtes, hvor vi har indkaldt deres leder, hvor min leder også var med og vores kommunikationsmedarbejder var med. Hvor vi egentlig sagde; I må komme dem, I har lyst og I må se Sundhedscenteret og så gjorde vi simpelthen dét, at de fortalte om, hvad deres arbejde bestod i og jeg fortalte, hvad vores arbejde består i [F3: ja]. Og det har vi lige haft her igen i januar, tror jeg. Så det er vi blevet enige om, at det tager vi én gang om året [F2: ja, F1: ja] MINDST. Medmindre at der er nogen, der tænker, at nu er det på tide at se hinanden i øjnene. Men når jeg har været ude og undervise sammen med Misbrugscenteret hos de her sundhedspiloter, har deres leder også siddet med [F1: okay] Så vi har set hinanden rigtig meget an og vi har planlagt noget af undervisningen sammen [F1: så det har egentlig både været på ledelsesniveau og] Ja og de ansatte.</p>
<p>Eksempler på tiltag der fremmer samarbejdet</p>	<p>Både på administrativt og operationelt plan</p> <p>Flere henvisninger pga. øget samarbejde</p>	<p>F1: For det minder jo lidt om det her Fælles Skolebænk-koncept [IP: ja] [F2: ja, F3: ja] de har lavet fx i region Hovedstaden. IP: Der er ingen tvivl om, at de henviser mange flere til mig, fordi... Jeg kan godt se på mine statistikker, at der kommer faktisk jævnlige nogle der fra F3: Men er det så fordi, at de får nogen ind, som egentlig ikke har så stort eller så alvorligt et forbrug, så det er et misbrug? Hvorfor er det, at de kommer den vej ind? IP: Jeg tror, at det er fordi, de tænker, at det kan jeg godt varetage [F3: ja, F2: ja, F1: okay]. Det er ikke nogen, som skal ende i behandling derude [F1: nej]. Jeg sad lige med en i går, som faktisk kommer derude fra og jeg sagde til hende, at jeg kunne mødes med hende 1 gang mere, men hvor jeg sagde; at jeg tror, at du skal tilbage til Misbrugscenteret, fordi der var altså afhængighed inde over [F2: ja] og skal der arbejdes specifikt med afhængighed [F1: ja], så synes jeg, at de skal varetage det [F2: ja, F1: ja] Det er dem, der har behandlingen til det [F3: okay] F1: Har du fornemmelse af, om sådan en person, som hende, selv har henvendt sig derud til? IP: Det har hun F1: Det har hun. Okay F2: Men hvordan er det nu, skal almen praksis og de praktiserende læger henvise ud til Misbrugscenteret? IP: Nej, de har åben rådgivning der ud til [F2: Okay] De har åben rådgivning. Jeg kan ikke huske, om man kan komme to eller tre gange</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Lægernes henvisningsmuligheder til M-center</p>	<p>IP: Det har hun F1: Det har hun. Okay F2: Men hvordan er det nu, skal almen praksis og de praktiserende læger henvise ud til Misbrugscenteret? IP: Nej, de har åben rådgivning der ud til [F2: Okay] De har åben rådgivning. Jeg kan ikke huske, om man kan komme to eller tre gange</p>

<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Henvisninger til andre KRAM-faktorer – fx vægttab = omvendt problemstilling</p> <p>Ingen barrierer ift at tale om alkohol / alkohol som tabu</p>	<p>[F1: okay, F2: okay]for at få afklaret forløbet og så snart man siger, at der skal det og det til, så det bliver det oprettet med cpr-nummer. F1: Er det rigtigt forstået, at i sundhedsaftalerne vil man indarbejde, at de borgerrettede tilbud også skal være henvisningsbaserede? TID 47.04 F1: Ved du det? IP: Nej, det ved jeg ikke. F2: Så vidt jeg har forstået, så er det mere det der med, at det KAN ske. At de KAN henvende sig via MedCom [F1: okay] Ligesom de kan med de andre [F1: de diagnosespecifikke]. Ja. IP: Altså jeg ved, at vi på vores vægttabshold har været nødt til at lave henvisning, da vi druknede [F1: ja, F2: ja]. Men det var også ligeså meget fordi, at alle der har lyst til at tabe 5 kilo, de vil da gerne på et vægttabshold [F2: ja, F1: ja okay] [LATTER] ... F1: Så det er de praktiserende læger, der skal henvise til det? IP: Ja, det har vi nu. Nu kører det via henvisninger. F3: Det siger jo også noget om forskellene på kost og alkohol [IP: ja][F2: ja, F1: ja] i vores samfund. F1: Ja, det gør det. Det er meget interessant [IP: ja, meget interessant] i forhold til de andre KRAM-faktorer. IP: Men jeg vil sige, at når først vi sidder med vores borgere og de er her af anden årsag, fx diabetes rehabilitering og sådan noget, så oplever jeg ALDRIG, at der er barrierer for at spørge til alkohol [F2: nej, F3: nej] Det er IKKE svært at snakke om alkohol! F3: Det er simpelthen interessant, for det er den man møder hele tiden [IP: ja, F1: ja], at man gør det ikke, fordi man er bange for at støde [IP: ja] borgeren, ikke?</p>
<p>Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler</p>	<p>Formidling af viden til medicin-studerende – alkohol ikke svært</p> <p>Spørger ALLE borgere til deres alkoholforbrug - ingen siger nej til at tale om det</p> <p>Tillidsrelation til borgeren brydes ikke</p>	<p>IP: Ja og det er akkurat det samme, jeg har sagt til sundhedspiloterne, at det IKKE er svært. Og jeg gør rent faktisk det, at jeg ofte siger til borgerne; jeg har nogle ting, jeg godt lige kunne tænke mig at spørge til dine alkoholvaner – er det okay, at jeg stiller nogle spørgsmål? TID 48: 28 IP: Jeg var også ude og undervise nogle lægestuderende ude i regionen [F2: ja] og de sagde med det samme; det kan man IKKE spørge om, fordi de siger nej. Nej, de siger ikke nej. Jeg har ikke oplevet en ENESTE gang, at en har sagt nej til, at jeg må spørge. Og når først de har sagt ja [F1: ja] så er ballet jo åbent [F2: ja] og så kan man jo spørge. F2: Og det er ALLE, du spørger? Altså ved alle borgere, du har, kommer du omkring alkohol? IP: Det gør jeg! F2: Og der er ikke én, der har sagt nej? IP: Ikke en eneste! F1: Det er spændende. For de praktiserende læger, sådan som vi har oplevet det, taler meget om den her tillidsrelation, de har til deres patienter, som de ikke vil bryde [IP: ja][F2: ja, ved at tale om alkohol]. Det er de i hvert fald meget opmærksomme på i almen praksis. IP: Det var også det socialrådgiverne sagde [F1: okay] Men den stiller jeg altså meget spørgsmålstegn ved, fordi vi har rent faktisk en meget god relation til vores borgere [F1: ja okay]. Jeg oplever IKKE, at det gør noget</p>

Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler	Holdningen til alkohol = barriere hos frontpersonale	ved det [F1: nej, spændende] Det er meget spændende. Jeg tror, at den ligger meget hos os selv den der barriere. Men det er et spørgsmål om, at man har – altså som jeg siger til socialrådgiverne – det er et spørgsmål om, at man øver sig i at stille spørgsmålene på en ordentlig måde og det er et spørgsmål om, at man ved, hvad man gør ved svaret [F1: ja] Altså, så er det ikke farligt. For når man ved, når man kender sin rolle, så er spørgsmålet bare, om de skal have den brochure eller den brochure (henviser til Sundhedscenterets egen og Misbrugscenteret) så er der ikke noget svært i det [F1: nej]
Eksisterende koordinerings-tiltag	Viden om kommunale tilbud via brochure	F2: Hvordan har du sådan kompetenceudviklet dig selv i forhold til alkohol?
Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler	Rådgiverens kompetencer og uddannelse	IP: Jamen jeg har fået lov til at være rigtig meget afsted til det, jeg synes er relevant. Jeg har været afsted i februar, der fik jeg to dage omkring kognitiv terapi [F2: ja, F1: ja] og der skal jeg afsted igen i maj. Jeg har heldigvis fået lov til at få de to sidste dage. Jeg har været på noget, sidste år var jeg afsted tre dage i Aarhus og have noget om Acts, som er den sidste bølge på kognitiv terapi [F2: okay] Og så har vi i regionen en alkoholrådgiveruddannelse. En tredages uddannelse, som kommer igen her i april. Den har jeg selv deltaget i en gang, men så har jeg så været så heldig at de spørger mig om jeg vil undervise, bare en time [F2: ja]. Og hvert år spørger jeg, om jeg må få lov at blive til den anden undervisning [F2: ja] Så jeg får al den nyeste viden om alkohol og her i april har jeg så udvalgt to af de, det varer tre dage, hvor jeg bliver. Fordi så får jeg hele tiden det sidste nye [F2: ja] Torsten Sonne, som er psykolog, skal undervise den ene dag. Det er jo ham, der har alt det her med den motiverende samtale og jeg tænker, at det kan være, at der er noget nyt at lære. Det er mange år siden, at jeg har hørt ham sidst, så der bliver jeg jo hængende [F2: ja]. Og jeg fisker jo hist og pist og så [F1: så det er meget samtaleteknik og motiverende samtale?] Ja, det er det. Og så kommer Ulrik Becker, som jo er Danmarks førende ekspert indenfor alkoholområdet. Har I hørt om ham? [F1: nej, F2: nej] Han er professor på Hvidovre hospital og har tidligere været leder af det, der hedder alkoholenheden [F2: Ulrik Becker siger du?] ja. Han underviser den første dag. Jeg skal starte undervisningen derude med at fortælle om mine erfaringer for ligesom at få dem til at forstå, at det her er ligesom noget man godt kan [F2: ja] og så kommer han så og fortæller og så bliver jeg og hører ham. Primært fordi han går meget ind for det her med medicinsk behandling som støtte [F1: okay ja]
Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler	Motiverende samtale	TID: 52:14
	Kursus for med.stud, læger og prak. læger	F2: Og det var regionen? IP: Ja, det er region Nordjylland, der laver den her uddannelse [F2: okay] Og den er så gratis for sygehuspersonale, så det er primært dem der sidder der [F2: okay] Og der hvor jeg var ude, hvor det var praktiserende læger, det var medicinstuderende, læger fra sygehuse og praktiserende læger [F2: okay] Der var et kursus for dem i efteråret omkring KRAM-faktorerne, hvor jeg så var inviteret ind til at fortælle om alkohol-delen [F2: ja] Så der ved jeg også, at jeg provokerede dem ved at sige, at det er nemt at spørge ind til alkohol og den kom også med det samme, den der med; ah men vores relation og sådan noget. Hvor jeg siger; jeg kan kun

Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler	Tid og relationen er personalets undskyldning for ikke at spørge til alkohol	<p>sige, at jeg har også en god relation og jeg skal også have en længerevarende relation bagefter</p> <p>F1: ja og plus at os der har været på sygehuse, vi er jo også vant til at spørge om det [IP: ja] det er jo en indlæggelsessamtale osv.</p> <p>IP: Jeg plejer at provokere lidt og sige, at den med tid og den med relationen det er spørgsmålet, om ikke det bare er vores undskyldning for ikke at spørge?</p> <p>F1: Okay. Meget interessant.</p>
Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler	Forskel på kommuners alkohol-tilbud	<p>F2: Vi har faktisk også talt om, at det er interessant at se på forskelle i kommunerne. Har du en idé om, hvor, altså der er selvfølgelig flere kommuner i region Nordjylland, og vi har hørt, at I er langt fremme og gør rigtig meget [IP: ja] for lige præcis alkoholområdet, men ved du om det er den, hvad skal man sige, gængse tilgang til det, sådan i regionens kommuner eller har du noget kendskab til nogle gode samarbejdspartnere?</p>
	Elektronisk 'reklame' for tilbuddet	<p>IP: Altså jeg har jo nogle, som jeg har været på kursus med flere gange, men de sidder nok mere som alkoholbehandlere [F2: okay] tænker jeg. Så det er jo det, der svarer til vores Misbrugscenter [F2: ja okay, F1: ja] Nej, jeg tror faktisk ikke, at jeg har hørt om andre, der har noget lignende.</p>
	Fordel ved at være en stor kommune	<p>F2: Nej, for vi har nemlig været inde og kigge på andre kommuner, hvor på jeres har alkohol sin helt egen bjælke, skulle jeg til at sige [F1: og det har det for eksempel ikke i Hjørring, på sundhedscenteret]. Nej det er der ikke</p>
Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler	Alkohol-rådgivning = bibeskæftigelse	<p>IP: Det er ikke mere end 3 måneder siden, at jeg var inde og snakke med vores kommunikationsmedarbejder ift., at vi skulle stå tydeligere [F1: ja] fordi det har vi ikke gjort. Der har det været sådan lidt under Misbrugscenteret [F2: ja]</p>
	Flere og flere alkoholsamtaler	<p>F1: Det var det samme i Hjørring. Rygestop, KOL, diabetes rehabilitering, men hvis du skulle have noget om alkohol, så skulle du til Misbrugscenteret.</p>
	Opsporing ved frontpersonale + udd. af disse	<p>IP: Ja. Selvfølgelig har vi en fordel ved, at vi er en stor kommune [F2: ja] Så derfor kan vi jo godt, altså så kan vi gøre det mere specifikt [F1: ja, F2: ja] i forhold til rådgivning. For det er klart, hvis det er en lille kommune, så vil der være færre samtaler [F2: det er klart] og så vil det blive en bibeskæftigelse [F1: ja] Det er mit jo i princippet også, men efterhånden er min rolle, altså er min stilling jo nok todelt [F1: ja], hvor de der alkoholsamtaler ikke fyldte så meget tidligere, men nu fylder mere og mere.</p>
	Road show – integrere alkohol	<p>F2: Men det er altså Aalborg Kommunes vision, at det skal ligge meget ved frontpersonalet, nu siger du selv, at socialrådgiverne skal uddannes til at tage den samme type samtale, som du tager?</p>
Aalborg Kommunes tilbud om alkoholsamtaler	Ud fra forebyggelsespakken	<p>IP: Ja, men den er jo kommet via Sundhedsstyrelsen, som lavede sidste år eller var det i 14? Det kan jeg pludselig ikke huske nu. Den der uddannelse med at spørge ind i forhold til frontpersonale og den tog de jo på sådan et roadshow med [F2: ja] også her i Aalborg. Og det var jo simpelthen for at få det integreret i alkohol... Og der står jo helt tydeligt i den, at alt frontpersonale skal spørge ind til alkohol [F2: ja]</p> <p>F3: Ja, som en del af forebyggelsespakken</p>

<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p> <p>Nuværende samarbejde ml. Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Debriefing</p> <p>Opbygning af sundhedsvæsenet (ift. AP) = barrierer I AP: tid = penge</p> <p>Tidspressede</p> <p>Talt økonomi, men ikke borgerens bedste</p> <p>Lederens deltagelse i 12-mand-møder</p> <p>Retorik: hvad kan K hjælpe AP med</p> <p>Legitimerer lederens tilstedeværelse</p> <p>Ikke systematiserede deltagelse</p>	<p>IP: Ja, og der lavede de jo både selve forebyggelsespakken og så lavede de den guide til implementering [F1: ja, F2: ja] og det er ud fra den, at det er kommet i tale. Ved at vi også har taget det op med Misbrugscenteret [F1: ja] Altså vi gør det jo herinde, men det skal jo også ligge – der er masse af frontpersonale</p> <p>F2: Ja, og det er så ligesom de her sundhedspiloter, der skal føre an der?</p> <p>IP: ja, og jeg ved, at der er allerede noget, der foregår ude ved sundhedsplejen. De kalder det bare ikke sundhedspiloter. Det er jo nogle gange det, der er lidt træls, at man kalder det nogle forskellige ting [F2: ja] Men i hvert fald, jeg ved, at i forhold til skoler, altså børneområdet [F1: ja] ved jeg, at de allerede har nogen, der også har fokus på det her [F1: ja] Og det er jo frontpersonalet, det hele [F2: ja]</p> <p>TID: 56:49</p> <p>F1: Ja, er vi ikke ved at være omkring [F2: Det synes jeg] det vi sådan havde tænkt? Det tror jeg. Det har været meget spændende.</p> <p>Vi vil gerne takke for, at du ville se os [IP: det var da så lidt] og høre, om det har været okay at deltage i det her?</p> <p>IP: Ja, bestemt da.</p> <p>F1: Og om der er noget, du synes, at der skal tilføjes i forhold til samarbejdet?</p> <p>IP: Nej... jeg sad lige før, da vi snakkede om det med lægerne – altså det er jo klart, at vi er jo oppe i mod, at praksis-læge-systemet er bygget op som det er [F1: ja, F2: ja] Det kommer vi ikke uden om. Det er jo der, vi tit løber panden mod en mur. For dem er tid jo penge [F1: ja] og det er uden tvivl en barriere, fordi hvis lægen begynder at spørge ind til nogle ting og borgeren begynder at fortælle, ikke? [F1: ja, F2: ja] så sidder de næste tre allerede ude i venteværelset, fordi der skal være fart på [F1: ja], så der er ingen tvivl om, at vi er oppe mod noget der. At det system, vi har [F1: ja, det er jo også det, man kan læse sig til] ja. Der bliver talt meget økonomi og for lidt borgerens bedste [F1: okay], det tror jeg.</p> <p>F2: I forhold til din leder, du siger, at hun er med i de her 12-mandsmøder. Ved du noget om, hvordan – altså giver hun udtryk for, om lægerne tager i mod det, hun kommer med? For man kan sige, at det er jo nogle sammenhænge, hvor lægerne ellers ville mødes. Så det er på den måde ikke ekstra tid, de lægger i det, for de 12-mandsmøder er jo noget, de mødes omkring [IP: ja] Og her har I så fået foden indenfor i forhold til at møde lægerne, uden at de skal bruge ekstra tid på det.</p> <p>IP: Ja, men jeg tror nok, at de lige så meget har den oplevelse af, at når hun deltager, så er det sådan lidt - hvad kan VI hjælpe DEM med? [F1: okay]</p> <p>F1: Så det er ikke så meget samarbejdet, men mere todelt</p> <p>IP: Ja, ja det tror jeg. Kan vi hjælpe? Fortæl hvad vi kan hjælpe jer med?</p> <p>Det er lidt med den tilgang, for at hun kan være med [F2: okay] Altså jeg tror, at det er det der legitimerer hendes tilstedeværelse i forhold til samarbejdet. Det kan være på alle planer. Det kan ligeså godt være Tilkald Nord, det kan være vores kommunikationssystem, Edifact, så selvfølgelig får hun lov til at dryppe noget ind imellem</p> <p>F3: Er det systematiseret, hvor meget, hvor tid hun er med eller er det ved behov eller hvordan?</p>
---	---	---

<p>Afslutning</p>	<p>Debriefing</p>	<p>IP: Det er jeg lidt i tvivl om, men jeg hører i hvert fald, at hun jævnligt siger, det der med at hun er afsted i de grupper [F2: ja], så jeg tror, at det er systematiseret, men jeg bliver lidt i tvivl [F3: ja] F3: Det kan godt være, at vi lige skal dykke lidt ned i det IP: Ja F2: Ja, det er interessant, at I har foden indenfor der IP: Ja</p>
	<p>SLUT</p>	<p>F1: Ja, men så er der også snart gået en time [F2: ja, der er meget interessant] Endnu en gang tak. Er du interesseret i, at vi sender en kopi af vores speciale, når det er færdigt? IP: Ja, det vil jeg meget gerne have. F1: Godt, det aftaler vi. F2: Vi slukker. TID: 59:59</p>

Bilag 8: transskribering, meningskat., tematisering: interview 2

Tema	Meningskategori	Transskribering
Introduktion	<p>Briefing</p> <p>Præsentation af interviewere</p> <p>Formalia</p> <p>Info om interview med kommunal alkohol-rådgiver</p> <p>Info om specialet</p>	<p>Camilla: F1 Helene: F2 Pernille: F3</p> <p>Informant 1: IP1 Informant 2: IP2</p> <p>F1... og mødes med os og vi tænker egentlig, at vi lige kan fortælle, hvem vi er og hvad det er, vi skriver speciale om. Vores speciale, der er vi ude på at undersøge det her samarbejde, der er mellem almen praksis og kommunalt regi om forebyggelsesforløb relateret til alkohol. Og sådan prøve at afdække, om et forandringspotentiale deri, fordi vi på 3. semester var ude og undersøge almen praksis' opsporing af alkoholoverforbrug, og fandt lidt barrierer og lidt hurdles dér, som vi godt kunne tænke os at dykke lidt ned i, og arbejde lidt videre med. Og vi kommer fra folkesundhedsvidenskab, og vi er tre, der har været ude og arbejde inden vi startede der. Jeg kan starte med mig. Jeg hedder Camilla, og jeg er egentlig sygeplejerske, inden jeg startede på kandidatuddannelsen.</p> <p>F3: Jeg hedder Pernille, og jeg er fysioterapeut, før det her.</p> <p>F2: Og jeg hedder Helene, og jeg er ergoterapeut, så vi er sådan en god blanding af forskellige professioner..</p> <p>F1: og har noget erhvervs erfaring bag os. Har været ude i den virkelige verden....Ja, som sagt, så optager vi interviewet, og vi har fået de her formalia på plads, og..</p> <p>F3: måske skal vi lige nævne, at vi har været ude og lave et interview også med den kommunale alkoholrådgiver nede på Sundhedscenteret..</p> <p>IP1: <u>Har</u> I været det..?</p> <p>F3:..ja, det har vi været.. omkring hendes.. sådan samarbejde med almen praksis..</p> <p>F1:.. ja sådan om <u>hendes</u> rolle i den del af.. () ja, det var meget interessant at høre hendes, når man nu har hørt almen praksis- delens tilgang til ting..</p> <p>IP2: Hvad med vores misbrugscenter, har I så snakket med dem også, eller er det ikke meningen?</p> <p>F3: Nej, og det er fordi, vi koncentrerer os sådan om den primære forebyggelse af alkoholproblemer, kalder vi det. Så det er <u>stor</u>brugerne af alkohol, som vi gerne vil have opsporet, og som vi gerne vil have givet et tilbud.. altså, det er det, vi..</p>

<p>Oplysninger om informanterne</p>	<p>Præsentation af informanter</p> <p>Arbejdsopgaver/ Funktioner</p> <p>Præsentation af informanter</p> <p>Arbejdsopgaver/ Funktioner</p>	<p>F1: .. ja, så egentlig forebyggelse , inden det er afhængighed eller skader relateret til alkohol, fordi.. at det er jo en kæmpe gruppe, som i hvert fald ikke bliver fanget i almen praksis.. har vi fundet ud af.. de.. altså, hvis man er den pæne mand, veluddannede mand, på 50, der.. drikker rigtig meget rødvin, så bliver det ikke italesat nogen som helst steder. Og det er egentlig det, vi synes, er rigtig interessant i forhold til forebyggelsesaspektet.. da der jo er rigtig mange, der ligger i den gruppe.</p> <p>IP2: ja, ja det må man sige</p> <p>F1: ja, der er et gammelt tal, vi bliver ved med at støde på, i litteratur og sådan noget, det er de her 860.000 i Danmark faktisk, der ligger i den gruppe. Det er jo <u>kæmpe</u> ..</p> <p>F2: der drikker over Sundhedsstyrelsens grænser</p> <p>F1: så, det var egentlig det, vi syntes, var interessant at arbejde videre med, fordi vi også fandt ud af, at i forhold til KRAM-faktorerne, da .. alkohol, det er ikke italesat eller behandlet på samme måde som kost eller rygning eller.. ja, det er i hvert fald det, man ser... () få lidt fokus på dén del</p> <p>IP2: ja..spændende</p> <p>F1: ja, det var sådan lidt en intro til os. Så vil vi høre, om I vil starte med at fortælle lidt om <u>jeres</u> roller i kommunalt regi?</p> <p>IP1: Ja. Det er mig, der er [redacted] Og jeg sidder i det her sundhedsstrategiske team, og det, der er min opgave, det er samarbejdet med de praktiserende læger.. blandt andet. Så har jeg også haft.. nogle tilbud på muskel-skelet-området, hvor jeg sådan set også, kan man sige.., at vi har fokus på KRAM-faktorerne som en parallel-del af tilbuddet. Ja, så når det handler lidt om de der sygdomsspecifikke aftaler, har jeg været lidt ind over. Og så <u>ud</u> over det, så er jeg også ..().samarbejder med de frivillige foreninger, så det er sådan lidt en nebengeschäft, men også som har stor betydning for sundhed og borgernes deltagelse () at det betyder meget, at de også har et meningsfyldt liv på den måde. Men der er også rigtig mange foreninger, der har fokus på opsporing af alkohol og støtte til alkoholramte, ikke. Det er min rolle. Men i dét her, da er det primært samarbejde med praktiserende læger [IP2: ja, KLU] Kommunalt lægeligt udvalg, ja alle samarbejder, men kommunalt lægeligt udvalg. Og det kan jeg fortælle lidt mere om senere... det er sådan min primære rolle, ja.</p> <p>IP2: Ja, jeg hedder [redacted], og jeg er kollega med [redacted] (IP1) og også konsulent her i sundhedsstrategisk team. Og jeg arbejder med forebyggelsestiltag. Sundhedspolitikken og rigtig meget med mental sundhed, og jeg har arbejdet rigtig meget med alkohol før. Jeg har en fortid i amtets misbrugscenter i sin tid. Og jeg har arbejdet meget med unge og alkohol, og lige præcis i dén her sammenhæng, så har jeg været med ind over sundhedsaftalerne, som er aftaler med kommunerne og regioner og almen praksis. Eller <u>primært</u> regioner, hvor almen praksis jo også er med. Og jeg har været med til at lave forebyggelsesaftalen i den forbindelse. Hvor der også er aftaler med almen praksis. Så det tror jeg, er den del, der er mest relevant lige i det her.</p> <p>F1: Det lyder rigtig relevant i hvert fald, i forhold til.. til fokus i vores speciale.... Da vi sådan forberedte os lidt til i dag, så gik vi på den praksisinfo-hjemmeside, som.. jeg tror, det var dig, der havde nævnt den .. og faldt lidt over en overskrift, der hedder, at "Aalborg Kommune har et godt og konstruktivt samarbejde med de praktiserende læger i kommunen". Og det synes vi jo, at</p>
-------------------------------------	---	---

Eksisterende koordinerings-tiltag	KLU	det lyder rigtig rigtig godt, at det var godt og konstruktivt [latter] Men om I har mulighed for, at beskrive det lidt yderligere. Hvad er det, der gør, at det her arbejde er godt og konstruktivt? Fordi det er jo også lidt interessant i relation til vores fokus .
Eksisterende koordinerings-tiltag	PLO	IP1: Ja, men man kan i hvert fald sige, at de rammer, vi har sat op, der har vi en basis for et godt og konstruktivt samarbejde. Og det har vi, fordi det der kommunalt lægelige udvalg. Og for nogle år siden, 4, 5 eller sådan noget. Der blev det faktisk overenskomstbestemt, at lægerne <u>skulle</u> indgå i et kommunalt lægeligt udvalg. Og det gode i det her udvalg, det er også, at dem, der så sidder i PLO i Aalborg er meget interesseret i at deltage. I selve vejledningen omkring kommunalt lægeligt udvalg, der skal der sidde to, og vi har sagt, at vi vil gerne betale for tre, og de vil gerne komme alle sammen. Og så..så de kommer altid fem. Og det er jo rigtig.. rigtig positivt, kan man sige. Og det er dem, der går ind i det politiske lokale arbejde, kan man sige. Derudover, så har vi også en praksiskonsulent, og det.. jeg tror også, der er link til det (), som vi også kan kontakte i forbindelse med.. altså.. udviklingsområder, og inddrage i nye ting, og hvad er der, man skal være obs på. Eller hvis der er noget, der skal udredes.
Nuværende samarbejde mellem almen praksis og Aalborg kommune	Praksiskonsulent + udfordringer	Altså, det ville være løgn at sige, at der ikke er udfordringer i det [latter]. Det, det tager tid. Og ét er at have et godt samarbejde med PLO Aalborg, og noget andet er at nå ud til <u>hele</u> lægegruppen. Og det er det jo egentlig også for dem selv, kan man sige. Og det der med at have modet til at italesætte, at det er dét her man gør, og det er dén her vej, vi går, på andres vegne. Altå, det er jo en helt anden organisering, det er ene private udbydere, hvor vi andre i den offentlige sektor er vant til at rette ind efter, hvad lederen siger. Det gør man bare. Sådan er det [latter]. Og dén kompetence har de jo ikke, vel, så det er det der med hele tiden at arbejde med et felt af ene autonome folk, hvor man egentlig skal, skal skabe en lydhørhed for den gode sag. Og der, hvor.. altså det fokus eller den vej ind, vi har valgt, det er, at lige meget, hvad vi gør, så skal det gøre det nemmere for lægerne at møde kommunen. Altså vejen ind til kommunen skal gøres enklere, hurtigere og mere effektiv. Og det vi i hvert fald er 100% enige om, det er, at både lægerne og også ser os selv som de primære aktører i forhold til sundhed fremadrettet, og efter alt det her med kommunesammenlægning, så fylder vi jo mere og mere, og større og større opgaveglidning ud til kommuner. Så der bliver mange flere ting fremadrettet, som der.. man skal løse i fællesskab. Så derfor er det et godt og konstruktivt samarbejde, men det er også det <u>nødvendige</u> samarbejde. Så altså, så det ved alle, og lægerne har også deres sådan politik for, at det er noget, de gerne vil udvikle på. Og det, vi kalder "Det nære sundhedsvæsen", og der er udviklingen i samarbejdet med almen praksis.. en stor milepæl. Men konstruktionen af kommunalt lægelige udvalg, altså når man siger, at der er udfordringer i det, det er, at der er jo mange kommunale forvaltninger, der har hver deres forståelsessæt og hver deres sprog, og vi skal også kunne se os selv som en samlet enhed, og så får vi lavet sådan en konstruktion fire gange om året, hvor møderne er, hvor der så sidder en række konsulenter fra 3 forskellige forvaltninger og en række læger, og så det der med at få tingene italesat, og så få tingene til at rykke mellem møderne, det er i hvert fald udfordrende. Og så er der her på det seneste lavet en ny konstruktion sådan, at vi har faktisk lavet et sekretariat, som skal betjene og fokusere på det her samarbejde, sådan at før skulle man måske have alting op i det der udvalg, og det var små ting og
Eksisterende koordinerings-tiltag	Samarbejde med PLO/hele lægegruppen	
Eksisterende koordinerings-tiltag	Organisering – private udbydere	
Eksisterende koordinerings-tiltag	Én indgang til kommunen – hurtigere/effektiv	
Nuværende samarbejde mellem almen praksis og Aalborg kommune	Kommunens opgave ift. sundhed vokser	
Nuværende samarbejde mellem almen praksis og Aalborg kommune	Det nære sundhedsvæsen	
Nuværende samarbejde mellem almen praksis og Aalborg kommune	Kommunal organisering Samlet enhed?	
Eksisterende koordinerings-tiltag	KLU-møder	

Eksisterende koordinerings-tiltag	Nyt sekretariat – fokus på samarbejdet	store ting, som man lige så godt kunne have løst undervejs, så nu prøver vi at få ting løst i sådan et sekretariat, som består af en konsulent for hver af de andre afdelinger, og så har vi en, der hedder [redacted] her som styrer konsulatet, som en af vores kolleger, og som også sidder med i kommunalt lægeligt udvalg, så...
Eksisterende koordinerings-tiltag	Praksiskonsulent – honorering	F3: ja, jeg har lige et opklarende spørgsmål. Hende der praksiskonsulenten, ved du, hvor mange timer hun er ansat her i Aalborg Kommune? IP1: det er sådan lidt per afregning at det.. det er max 8 timer om ugen det.. det er nok sådan.. IP2: mhm, men jeg tror, det er rigtigt, per afregning hun får løn for F3: så der er ikke sådan en helt fast aftale?
Eksisterende koordinerings-tiltag	Kontaktes efter behov Gennemgående nøgleperson KLU – bærende forum - for nye kommunale tilbud Mest fokus på sygdoms-specifikke tilbud	IP1: Nej [IP2: Jo, der er et loft] Ja, der er et loft, jeg tror, det ligger på de der 8, men.. jeg vil ikke hænges op på det. F1: Så hun bliver sådan mere hidkaldt, når der er brug for.. IP1: Ja, så man sender en mail eller kontakter hende, altså, når der er brug for.. Så det.. men det nye i dét er også, at den kontakt.. altså den kommunale kontaktperson for praksiskonsulenten nu også bliver [redacted] [henviser til nøgleperson fra sekretariatet], så det.. han er gennemgående, både i sekretariatet, kommunalt lægeligt udvalg og i forhold til praksiskonsulenten.... Så .. ja, så kommunalt lægelige udvalg, det er sådan det bærende, og der hedder det så også, altså hvis man vil skabe, jamen der kan man jo præsentere fx i forhold til alkohol, hvordan går det så med de målsætninger, der så er sat og tage forskellige temaer op, og der.. i vejledningen, der er listet 4 temaer op, som man skal omkring, og så er der en hel masse, som man kan komme omkring. Genoptræning, som jo er det, I har arbejdet med, er jo ét af dem. Og alt det her med KRAM-faktorerne, forebyggelsesindsatser.. IP2: men det er vel også der, vi lægger ind, når der kommer nye tilbud? [IP1: ja] Som vi gerne vil have, at lægerne de henviser til, altså så bliver det drøftet der, og de kan stille spørgsmål til det, og snakke om kapaciteten og hvordan de henviser, og hvad er kriterierne og så videre. F1: Og er det både i forhold til de sygdomsspecifikke og de borgerrettede tilbud? Vi kunne lige som forstå, at der var.. der var lidt forskel på, om det var diagnosespecifikt eller borgerrettet, da vi var inde i Sundhedscenteret i hvert fald. Der var lidt en forskel på de to IP2: ja, der bliver nok brugt mest tid på de sundhedsspecifikke.. IP1:.. det ved jeg ikke, om man kan sige, for den der dagsorden, den er lidt bred, og det er lidt, hvad man melder ind, så alt, hvad er nyt, kommer ind, kan man sige, ikke () [IP2: stresstilbud] det har været inde, så.. og "Det nære sundhedsvæsen", og vi har lavet strategi for dét, så det har også været et punkt, man har berørt... Men ellers kan man sige, det .. når I snakker om den.. altså kommunalt lægeligt udvalg, så har vi så de der to dialogmøder om året, hvor vi kan invitere hele flokken ind, og det var simpelthen for at imødekomme det, at det måske kan være svært for PLO også at få alle læger i tale, så forsøger vi også, og det gør vi i 100% samarbejde, så det.. det, synes jeg, fungerer rigtig godt, at det.. der bliver valgt en af lægerne sammen med mig og én mere fra det der kommunalt lægelige udvalg, så har sat os ned og planlagt det, og så afhængigt af temaet, trukket i hvem, der nu ved noget om det her, og hvem skal være til stede til det der dialogmøde. Og når det går godt [latter] så er der tyve læger.. alt, hvad vi kan skrabe sammen [F1: ud af hvor mange?]
Eksisterende koordinerings-tiltag	KLU – dialogmøder for at inddrage alle læger - planlægges af kommunen og PLO sammen	
Nuværende samarbejde mellem Aalborg	Antallet af deltagende læger 20/130	

<p>Kommune og almen praksis</p>	<p>De samme læger, der deltager</p>	<p>ud af.. ja godt 100, ikke, altså det.. jeg har ikke det, der er måske 130, det er måske højst en femtedel, der kommer.. så, det er udfordrende.</p> <p>--- 13:00</p> <p>F1: Er der nogen sådan karakteristika ved dem, der deltager? Altså ser man, at det er de samme, der kommer eller.. ?</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Dialogmøderne er case- og dialogbaserede</p>	<p>IP1: Ja [F1: Ja] Man kan godt kende dem efterhånden, det er de samme, der deltager aktivt i.. sådan.. det kan være nogen, der er praksiskonsulenter inden for et bestemt emne eller .. som.. men altså, det vil I også.. fra jeres eget fag, ikke, hvis I kommer til fagforeningsmøder, så kan I jo godt, så ved I også, hvem der kommer, og I ved også godt, hvem der <u>aldrig</u> kommer. Og sådan er det nok inden for ethvert fag. Men det har været en udfordring at få nok læger, og så, vi prøver at gøre det så interessant som muligt, og en form, som passer dem. Og den form vi så kører, det er, at det er casebaseret og dialogbaseret, så man sidder ved caféborde</p> <p>F1: så det bliver meget praksisnært for dem? [IP1: meget praksisnært] i forhold til, at det er case?</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Dialogmøde om psykiatri, ikke specifikt om alkohol</p> <p>Én indgang</p>	<p>IP1: Ja, og case kan være udarbejdet.. altså lægen laver casemateriale og nogen gange har vi suppleret med den samme, kommunale stof, på det samme cpr.nr., men selvfølgelig anonymt, ikke, men eller også, jamen, de har jo temaerne i hovedet, ikke, og det har de kommunalt ansatte. Så det er rimeligt nemt, tænker jeg, at lave de cases så med de udfordringer der er.</p> <p>IP2: <u>Har</u> vi ikke haft et dialogmøde om alkohol? Eller var det stoffer?</p> <p>IP1: Jo, og så sidst havde vi også omkring psykiatri, og så snart man snakker om psykiatri, så er der jo også misbrug ind over [IP2: ja, de der dobbeltdiagnoser] så der har vi også listet op, hvad det er for nogle udfordringer. Det kan man jo sige, er resultaterne af sådan nogle møder der, man virkelig kan mærke, hvor det er, skoen trykker. Og det er én indgang. Overblik og én indgang. Kan man ikke bare?.. så det er det, vi arbejder på. At gøre det så enkelt som muligt, hvordan kommer man i kontakt med kommunen, og så så sikkert som muligt kommunikationsmæssigt.</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Så sikkert kommunikation som muligt</p> <p>SOFT</p>	<p>F1: Når du siger én indgang, så.. vi har jo sådan jo prøvet at finde information, og der er vi jo stødt på SOFT og e-kommunikation som sådan en.. ikke en sammenblanding kan man sige.. men to forskellige måder at kommunikere i mellem kommune og almen praksis, eller regionalt regi [IP2: Er det sundhed.dk, når du siger SOFT?]. Ja, det er det nok, men den ligger under sundhed.dk</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Sundhed.dk</p>	<p>IP2: ()Hvis du går ind på sundhed.dk og går ind på det der lokationsnummer, så kommer du ind.. Er det ikke rigtigt? Så kommer du jo ind den samme vej [IP1: ja, det gør man] uanset hvor. Det er fordi, det der med sundhed.dk, det er noget, som alle kommunerne og regionerne har aftalt, at det <u>er</u> den portal, vi bruger, og det er for at man, at lægerne ikke skal håndtere alle mulige forskellige hjemmesider og køre rundt i det. Så vi har én måde at gøre det på, alle kommunerne. Og det kan godt være, at tingene står lidt to steder, fordi vi også har vores egen hjemmeside, men det kobler ned til de samme lokationsnumre, tror jeg, de hedder</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Info to steder – egen hjemmeside</p>	<p>F1: ok, så når man går på sundhed.dk, så kan man også komme på den praksisinfo, altså det hænger sammen?</p>

Eksisterende koordinerings-tiltag	Lægernes kendskab til sundhed.dk	<p>IP1: ja, omvendt, vil jeg sige. Hvis du går ind på praksisinfo, så så snart det kan lade sig gøre, så bruger vi sundhed.dk, så skal man, når de klikker på alkohol, så skal de hoppe over på sundhed.dk og finde de der tilbud, der er derovre</p> <p>F3: Har I nogen oplevelse af, om lægerne kender til den, sundhed.dk, og den indgang?</p> <p>IP2: <u>Det</u> tror jeg, de gør, altså.. [IP1: De bruger sundhed.dk meget, til andre ting også. Det er også der, de sender ()] Ja, det er det, for det er faktisk ved at være nogen år siden. Vi lavede i Nordjylland, der havde vi noget, der hed "Nordjysk sundhed", tror jeg, det hed. Hvor alle de nordjyske kommuner skulle ligge deres tilbud ind, og hvor det var meningen, at lægerne skulle kigge dér. Men den valgte vi simpelthen at nedlægge, fordi at sundhed.dk blev.. de var meget meget progressive i forhold til at få forebyggelsestilbud dérud. Så det aftalte vi simpelthen, at der kun skulle være. Så den blev nedlagt, den portal vi havde dengang. Så det er <u>mange</u> år efterhånden, vi har kørt sundhed.dk. Vi har lige, vi har fået et nyt stresstilbud, og der kører vi da også det igennem, og der kan vi altså se, at lægerne henviser altså derfra. Så jeg tror, de.. de kender.. så kender de den også på alkoholområdet.</p>
Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis	Burde kende den på alkohol-området	<p>F1: okay. Det er fordi, vi oplevede, at det, de gav udtryk for, var, at de faktisk ikke vidste, hvor de.. hvad de skulle gøre ved de her storforbruger. Altså de vidste godt, Misbrugscenteret, men der havde de det sådan lidt: "der kan vi jo ikke sende den pæne mand, der drikker for meget rødvin", hvis vi skal bruge ham som eksempel. De vidste ikke rigtigt: "hvad skal vi gøre ved dem, vi kan jo ikke" [F3: det var i hvert fald det, de gav udtryk for]"Hvad er der af tilbud?", det var det, de gav udtryk for, når vi talte med dem.</p>
Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis	Kompleksiteten i at finde information om kommunale tilbud	<p>IP1: Men det er jo.. Men det vil de typisk sige for hvert tema, tænker jeg [IP2: ja]. Det <u>er</u> komplekst at finde i, hvad der er. Så tænker de, så går jeg på Aalborg Kommunes hjemmeside. Og de kan ikke huske, måske, at vi har den hjemmeside bare til lægerne, fordi ..</p> <p>IP2: Men jeg kan ikke huske, om der på sundhed.dk, om der står alkohol i overskriften, eller om der står misbrug? () [F3: man kan søge ()] [IP1: ja, det kan man] For der står vores alkoholsamtaler også [F3: ja, det gør de nemlig]. Nu ved jeg selvfølgelig ikke, hvem der, hvilke læger I har snakket med, for det er jo ikke alle kommuner, der har .. tilbud til..</p> <p>F3: men det var sådan det, der vakte vores undren, det her, at vi kunne se. Jamen, de siger, at de ikke har nogen henvisningsmuligheder, og vi kan gå ind og finde dem, ikke [IP2: ja]. Så der er et eller andet dér, der ikke lige spiller sammen.</p>
Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis	Læger efterspørger én indgang Henvendelser fra læger prioriteres	<p>F1: så det er meget interessant, at I siger det her med én indgang, for det giver jo rigtig god mening i forhold til dét..at få samlet</p> <p>IP1: ja, det er det, de efterspørger. Og vi prøver jo i kommunen så vidt muligt, ikke, at dirigere dem rundt. Så hvis vi får en henvendelse fra lægen, så ekspederer man den jo hen, hvor den så..</p> <p>IP2: og vi har også aftalt alle nordjyske kommuner, at man skal kalde tingene det, de er. Altså man skal ikke kalde det alle mulige.. som, hvor man ikke kan identificere, hvad handler det her om</p> <p>F1: nå, okay. Så tilbuddene de skal simpelthen hedde alkoholrådgivning, når det er alkohol. Så man ved lige præcis</p> <p>IP2: ja, så kan det godt være, at tilbuddet eller projektet har..</p>

<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Effekt af dialog-møderne?</p> <p>Ingen evaluering af dialogmøder</p> <p>Ingen undersøgelser om effekt</p> <p>Tids-aspekt er barrierer for lægerne</p> <p>Barriere: borgeren skal selv rette henvendelse til S-center</p>	<p>IP1: I vil kunne støde på ét, der hedder "VAMIS" for eksempel, og det er handicapforvaltningen, der har.. [IP2: til borgere med psykiske lidelser], der.. som har noget alkoholproblemer, ikke også [F3: ja, og det kan jo være i dialog med <u>borgerne</u>, at man har brug for et eller andet]...</p> <p>F3: Men har I så nogen erfaringer med, når I har holdt sådan et dialogmøde, om, hvilken effekt det har. Rykker det på noget efterfølgende? Kan I, har I nogen som helst muligheder for at mærke det?</p> <p>IP1: Jaa.. øhm.. vi kunne måske prøve at se, hvor mange klik der er [latter] på den der hjemmeside. Men.. det.. altså, det er jo de spontane kommentarer, der er fra dem, der har været til stede. De har jo altid været, synes jeg, været positive, når.. men.. det er jo små skridt, det her. Man sætter jo nogle ringe i vandet, som breder sig, og det.. det er det.. det skal nok [latter]. Det skal nok blive bedre og bedre.. hen ad vejen. Og det er jeg også sikker på, det er blevet, hvis man sådan kigger bagud. Men vi har da ikke sådan lavet undersøgelser på det [IP2: nej]. Men vi ved, at lægerne er tidspressede. Og hvis nu man.. det kunne måske godt være den læge, der siger, når man sidder og har den her samtale med borgeren om alkohol.. måske er det ikke første gang, de snakker om det. Hvor de siger: "du skal kontakte Sundhedscenteret", og de <u>ved</u> godt, når de går ud af døren, det er det, de selv siger. De ved godt, hvem det er, der gør det, og hvem der ikke gør det. Så det vi talte sådan meget om til sidste møde, det er, at alle tager et ansvar, alle har et ansvar, at man egentlig får rettet henvendelse om dem, dér, hvor man siger: "nej, det får han aldrig gjort". At man så henviser for dem, selv om borgeren selv kan rette henvendelse [F1: så følger dem helt til, helt til tilbuddet] Ja.</p>
<p>Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Kommuner er afhængige af AP pga. kontaktflade + autoritet</p>	<p>IP2: Men altså, man må jo bare sige, sådan noget som overforbrug, vi er jo <u>fuldstændig</u> afhængige af almen praksis, fordi de.. de borgere har vi jo ikke naturligt kontakt til. Jo, vi har måske gennem.. skolerne, hvor de kommer og henter deres børn, eller dagplejen.. men altså, ellers har vi jo ingen kontakt til dem. Så det er sådan set kun lægerne. Og de er også inde i et sundhedssystem, hvor de måske ville have større gennemslagskraft, end hvis man siger en børnepædagog, siger, når Peter henter hans lille søn, om han ikke lugter af alkohol, og om han ikke skal have et eller andet tilbud [F1: der er da en autoritet i det]. Ja, men de er også de eneste, der møder, der møder borgerne [F3: ja, de har en stor kontaktflade på den måde også]. Ja, altså de kommer jo sådan næppe med den problemstilling, så lægerne skal selvfølgelig opfange dem sekundært</p> <p>F1: Ja, der kunne vi forstå hende i Sundhedscenteret, at de faktisk brugte mange indgangsvinkler til at tale alkohol, og det var både, når de havde diabetes-samtaler, og når de havde KOL-samtaler, fordi det lå rigtig naturligt i Sundhedscenter-delen, hvor vi fornemmede hos lægerne, at det ligger ikke naturligt i deres kontakt til borgerne. Der er nogen barrierer der, både relationsmæssigt og tillidsmæssigt, italesatte de meget, at de barrierer er der også i forhold til at sige: "nu taler vi godt nok om din fod, men skulle jeg ikke lige høre til dit alkohol [F3: det er i hvert fald en barriere for lægen og tage fat i det. Altså de tager først fat i det, når de kan se det. Eller når de kan..når de får mistanken til, at her er alkohol inde i billedet. Men de spørger ikke uopfordret] [telefonen ringer, uro]</p> <p>F3: Det her med at.. nu.. I står for samarbejdet med de alment praktiserende læger. Gør I så noget i forhold til at inddrage resten af kommunen. Eller altså,</p>

Eksisterende koordinerings-tiltag	Effekt af dialogmøde	<p>jeg tænker på helt præcist de aktører, som så har med alkoholforebyggelse at gøre, altså for eksempel alkoholrådgiveren. Hvordan kommer det her samarbejde.. formidles det til hende?</p> <p>IP1: eksempelvis det her sidste dialogmøde, der.. de der udfordringer, vi havde, der fx på fredag skal jeg mødes med en fra ældre/handicap-afdelingen , og [REDACTED] (), der er leder af misbrugsafsnittet omkring de udfordringer, vi fik identificeret der. Hvordan er det, vi får skabt det der overblik, så det bliver nemmere. Så det kan man sige, det er den måde, vi gør det på. Og så nu det der sekretariat, der har vi jo så en tovholder nu i hver forvaltning, som skal hjælpe med at få det ført ud i livet også..</p>
Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis	Arbejde efter forebyggelses-pakken	<p>IP2: Men altså i det hele taget i forhold til problematikken, så arbejder vi efter Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, hvis I kender dem? [F3: ja] på alkohol. Og det er besluttet i Aalborg Kommunes sundhedspolitik, at vi <u>skal</u> implementere de anbefalinger, der er på grundniveau i de fem pakker, og herunder også alkoholpakken. Og dér ligger der en anbefaling om, at frontpersonalet, der har med, altså det kan være jobcenteret, skal lave tidlig opsporing. Og det gør de også de jobs. Så det er i hvert fald en måde, som man kan arbejde med borgere med overforbrug på. Så jeg vil sige, det der med, hvordan vi ellers for andre medarbejdere med på den her dagsorden, det er meget igennem vores sundhedspolitik og vores arbejde med forebyggelsespakkerne.</p> <p>F1: Hvis vi så lige vender tilbage til dialogmøderne, så er vi også lidt interesserede i, er der andre sådan det man kan kalde "fælles kompetenceudvikling". Det kan man jo godt kalde sådan et dialogmøde et eller andet sted, når man mødes på tværs? Er der andre fora i forhold til..</p>
Eksisterende koordinerings-tiltag	Regional tværfaglig udviklings-program	<p>IP1: ja, det har der jo været i, altså sundhedsaftale-regi på de forskellige sygdomskategorier, da de der sundhedsaftaler, sygdomsspecifikke sundhedsaftaler, da blev hele implementeringen af dem, der var der sådan kompetence-sæt, som var sådan lige som udviklingsprogram, som var igangsat fra Regionen. Hvor man kunne deltage tværfagligt.</p> <p>IP2: Men det er også en del af sundhedsaftalerne, at Regionen, de skal tilbyde noget kompetenceudvikling, som er, det <u>skal</u> være tværgående, altså "Fælles skolebænk" for kommuner og sygehuse og almen praksis. Og der er egentlig jævnligt temadage eller konferencer, der også handler om tidlig opsporing og alkohol , så det er altså, jeg vil sige, folk hele vejen rundt <u>er</u> meget opmærksomme på det. Og jeg ved ikke om den der tabuisering , om den også er lidt overdrevet nu. Om den <u>egentlig</u> er der, altså, eller om det bare er noget, man siger, fordi jeg synes virkeligt, at der er meget fokus på det i samarbejdet mellem kommunen og regioner</p> <p>F3: Men det er Regionen, der skal tage teten i det? [ja, det er det] Hvis jeg forstår dig rigtigt?</p>
Eksisterende koordinerings-tiltag	Regionen skal udbyde fx Fælles Skolebænk Temadage + konferencer om alkohol + meget fokus på alkohol og opsporing	<p>IP2: Men det er også en del af sundhedsaftalerne, at Regionen, de skal tilbyde noget kompetenceudvikling, som er, det <u>skal</u> være tværgående, altså "Fælles skolebænk" for kommuner og sygehuse og almen praksis. Og der er egentlig jævnligt temadage eller konferencer, der også handler om tidlig opsporing og alkohol , så det er altså, jeg vil sige, folk hele vejen rundt <u>er</u> meget opmærksomme på det. Og jeg ved ikke om den der tabuisering , om den også er lidt overdrevet nu. Om den <u>egentlig</u> er der, altså, eller om det bare er noget, man siger, fordi jeg synes virkeligt, at der er meget fokus på det i samarbejdet mellem kommunen og regioner</p> <p>F3: Men det er Regionen, der skal tage teten i det? [ja, det er det] Hvis jeg forstår dig rigtigt?</p> <p>IP2: Ja, det er en del af Sundhedsloven simpelthen, at de har ansvaret for den del. Og specifikt i sundhedsaftalen har vi aftalt, at de <u>gør</u> det, tilbyder sådan nogle temadage</p> <p>F2: og det har der været? Altså sådan helt specifikt om alkohol?</p> <p>IP2: Ja, det har der. Det er jeg helt sikker på. Jeg ved ikke lige hvornår og hvordan. Det kan jeg ikke lige huske. Men altså, hvis I var interesseret i det, så er der jo én, der sidder ude på Regionen, I kunne ringe og spørge om det. Hun hedder [REDACTED] [F2: det noterer vi lige] [F1: det kunne være meget</p>
	Sundhedsloven	
	Regionens tiltag ift. alkohol	

<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Misbrug/afhængighed vs. storforbrug</p> <p>Mål for henvisninger fra almen praksis</p>	<p>interessant] Hun har haft simpelthen så mange. Det er hende, der står for det der med at lave konferencer, og for uddannelsesforløb. Hun har rigtig, haft rigtig meget om tidlig (), hvad er det nu, det hedder? Very brief advise, i forhold til rygning. Jeg er næsten sikker på, der også har været noget i forhold til alkohol</p> <p>F1: Spændende. For det var jo egentlig også det, vi synes var spændende. Hvordan får man afdækket de her, altså tidlig opsporing. Hvordan får man fokus på det <u>via</u> fælles kompetenceudvikling, fordi vi tænkte, at det var et af de steder, hvor man kunne sætte lidt ind for at få det der samarbejde optimalt</p> <p>F2: jo, og få fordelt rollerne lidt, altså sådan på en eller anden måde blive enige om, som du også siger, de praktiserende læger <u>er</u> bare indgangsvinklen, altså, til det. Og så måske understrege det over for <u>dem</u> også, at..</p> <p>IP2: jamen lige præcis. Og så er der jo også sygehusene. De laver sådan KRAM-screeninger, og hvis de finder et overforbrug der, så er jeg også sikker på, at de henviser til, til kommunens tilbud [småsnak om, at det gjorde de der, hvor Camilla var, ja' er etc, og at sygehusene gør det systematisk]Og hvad hedder det, vores Center for Misbrug, de er også nogen gange oppe på den, hvad hedder den, AMA eller hvad hedder den klinik? [F1: Akut Modtage Afsnit]. Jeg mener, de har noget samarbejde, hvor de kommer derop. Ja, og det tror jeg, det er meget dem, der kommer ind og ud af afrusning, men det er selvfølgelig ikke lige dem, der er målgruppe her</p> <p>F1: Nej, det er jo ikke dét. Og det er også det, der har været lidt svært, det der med.. altså nu siger du også i forhold til misbrugscenteret, at vi egentlig har arbejdet med den <u>anden</u> gruppe, fordi den sådan.. Det er rigtig nemt, eller ikke nemt, men det er nemmere at tage fat i den anden gruppe, fornemmer vi</p> <p>IP2: Ja, men altså man kan jo sige misbrug, det er jo ikke en klinisk diagnose, det er jo et socialt begreb, hvornår er det her et misbrug. Så de har jo, altså de har også folk, der kommer ind, som er i den her målgruppe, som lige så godt kunne være nede på vores Sundhedscenter, så det er en hårfin balance [F3: de har også henvist den vej, kunne vi forstå] Ja, lige præcis.</p> <p>F1: Ja, det fortalte hun. At mange af dem, de ser, de faktisk kommer via Misbrugscentret og en meget meget lille del kommer og siger, at det er fra almen praksis, de har fået.. [F2: de er blevet gjort opmærksomme på] ja, de er blevet gjort opmærksomme på. De tal, vi har hørt, det er sådan noget med 2 ud af 140 af de samtaler, der var registreret.. havde angivet, at det var fra almen praksis, at de havde hørt om tilbuddet. Hvor 50% var fra Misbrugscentret.</p> <p>IP1: Vi kunne måske sige at det der med, at der er lavet nogle mål for, hvor mange almen praksis skal henvise, ikke?</p> <p>IP2: Ja, det er en del af sundhedsaftalen, men jeg kan måske lige hente dem til jer. Har I dem eller hvad?</p> <p>F3: det er faktisk et af de tal, vi har siddet og snakket om. Hvordan er det opstået? [IP2: ja, skal jeg lige hente dem til jer?]. Det må du meget gerne. PAUSE [IP1 læser nogle af tallene op fra sundhedsaftalen, småsnak]</p> <p>F3: Men er det så. Altså er det et <u>mål</u>, er det det, man gerne vil opnå, eller er det et skøn over, hvor mange der burde komme ud fra, hvor mange der er, eller..?</p> <p>IP1: Nej, det er vel et mål, man har tænkt kunne være opnåeligt, er det ikke sådan, ■ (IP2)?</p>
--	--	--

Eksisterende koordinerings-tiltag	Definition af mål	IP2: ..det startede egentlig med, altså.. almen praksis og sygehusene har jo også været sådan lidt efter kommunerne, i forhold til, at vi har alt for uensartede tilbud, og det kan være svært, at Aalborg Kommune kan én ting, og det hedder alt muligt forskelligt. Og så.. og på den anden side, så siger kommunerne, at vi modtager for lidt henvisninger fra almen praksis og sygehusene. Og så aftalte vi simpelthen at lave en "give and take" . at hvis at kommunerne de lover, så lover vi, at vi følger Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke-anbefalinger på individuelt tilbud. Det lover vi, det kan man som læge godt regne med, at det har vi i <u>alle</u> kommunerne her i slutningen af 2015. Og det er på alkohol, og det er på tobak. Og når vi har valgt de to, så er det, fordi det er dem, der har allerstørst betydning for folkesundheden og også i forhold til social ulighed, som også er ét af målene i sundhedsaftalen. Men hvis vi skulle love det, så skulle de til gengæld love, at de skulle henvise en vis procent, andel af potentialet, fordi det er jo, vi er ved at være godt på vej med rygning, men som I selv siger, det er jo, potentialet er jo <u>enormt</u> , hvis vi ser på, hvor mange der kommer i behandling, eller til samtale i forhold til, hvor mange der er. Så lavede vi simpelthen en beregning. Og procentdelene er taget ud fra vores sundhedsprofil. Og så har vi sagt, at de skal henvise det første år 1% af dem, der har et overforbrug eller alkoholafhængighed. Og det er ud fra vores sundhedsprofil, og det er beregnet sådan ret nøjagtigt faktisk
Eksisterende koordinerings-tiltag	Uensartet tilbud i kommuner 'Give and take' mellem kommuner og AP Alkohol + tobak = størst betydning for folkesundheden/ Social ulighed Målene er opstillet ud fra udregninger fra Sundheds-profilen	TID: 30:30
Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis	Læger KAN godt henvise til rådgivnings-samtaler Opsporing via kampagner og reklamer	F3: Men jeg tænkte bare på alkoholområdet, altså i hvert fald til alkoholsamtalerne, er der jo ikke nødvendigvis lægehenvielse [IP2: nej] Så de der fraser, er vel kun til, hvis der skal lægehenvielse til eller hvad? [IP2: ja] Så det er vel egentlig på misbrugsområdet? IP2: Det kan også godt være her, for man <u>kan</u> godt blive henvist og man kan også bare selv [F3: ja ja] komme derop [F1: ja] Og når vi siger, at det er så lav en andel, så er det selvfølgelig også fordi, at vi godt ved, at vi også selv skal finde dem via Jobcenteret og via kampagner og reklamer [F2: ja] Men det er jo, hvis man går ind og ser på Sundhedsprofilen, det står der også lige henede [henviser til dokument om sundhedsaftalerne 2015-2018] med småt, hvor mange der egentlig besøger, altså hvor mange man i gennemsnit er ved lægen om året, så <u>er</u> det jo almen praksis, der har <u>langt</u> større kontaktflade med den her målgruppe end kommunen.
Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis	AP har den langt største kontaktflade Rådgiveren reg. henvisninger - for på den måde at måle antal Antal henvisninger skal stige jf. mål Forebyggelses-aftale ift. 2015-2018	F3: Men måler man så på det, jeg ved, at hun, som alkoholrådgiver, noterer hvor kommer henvisningen fra. Altså hvor har de fået oplysninger fra – er det så det, man bruger til at måle? IP2: Ja, det vil vi gøre i forhold til det her, ja. Og så er det så meningen, efterhånden som systematikken kommer ind, så er det her jo 2016, men det stiger jo, procentandelen stiger i aftale perioden. F3: Så det er så nyt det her, at lige nu ved I ikke, om det virker efter hensigten, kan man sige? Den her aftale?
Eksisterende koordinerings-tiltag	Arbejdsgruppe	IP2: Der er et eller andet, jeg kan simpelthen ikke huske det. Så skal I gå ind og se på regionens hjemmeside under sundhedsaftalen 2015-2018. Der er en masse dokumenter, så jeg er lige lidt i tvivl om, hvor langt man er. Jeg er ikke med i det arbejde mere. Der er en, der hedder Forebyggelsesaftalen og der kan

Eksisterende koordinerings-tiltag	<p>med PLO</p> <p>Måske anderledes hos den enkelte læge</p> <p>Inviteret praksispersonale til næste dialogmøde – for at nedbryde barrierer ved at de nemmere kan finde ind til kommunens tilbud</p>	<p>I gå ind og se, hvad der er af dokumenter i forhold til det. Men det her er hovedteksten i forhold til det. Da vi sad i den her arbejdsgruppe, der sad PLO jo med og var med til at beslutte det her, men som [IP1] sagde; en ting er hvad deres repræsentant siger i sådan et udvalg – når man så skal til at forhandle, så kan det godt være, at det ser anderledes ud.</p> <p>F3: Ja, hos den enkelte praktiserende læge?</p> <p>IP2: Ja.</p> <p>IP1: Men i forhold til at nedbryde den der barrierer, som vi også talte om før, så det næste dialogmøde, der har vi i øvrigt inviteret praksis personalet, fordi vi har en forestilling om, at sygeplejersker og andet praksispersonale måske bedre kan opbygge den der kompetence til at finde ind i kommunens hemmelige...()... Så det bliver næste gang.</p> <p>F1: Faktisk er der også en del litteratur, der siger, at praksispersonalet også er mere interesseret i den primære forebyggelse end lægen. Som de sagde til et af vores fokusgruppe interview [henviser til forrige semester-projekt]; 'lad os tage os af de syge. Så praksispersonalet har måske de her livsstilssamtaler i forvejen, så det tror jeg da er en god strategi.</p> <p>IP1: Ja</p> <p>IP2: Ja. Men selvom de siger; lad os tage os af de syge, så spiller alkohol jo bare en utrolig stor rolle i forhold til de fleste sygdomme.</p>
Eksisterende koordinerings-tiltag	<p>Hvem inviteres til dialogmøderne?</p> <p>Ledere og konsulenter</p>	<p>F3: Ja, det er jo også der, der er et skisme lige nu</p> <p>IP2: Ja</p> <p>F1: Havde vi mere på bedding her?</p> <p>F3: Ja, lige dialogmødet – hvem inviterer I så fra kommunen?</p> <p>F1: Dem der har kompetencer til at understøtte positiv ...()... relevante samarbejdsparter, der kan bidrage til at sætte skub i det videre arbejde. Mange medarbejdere har jo også brug for at snakke med lægen og er også interesseret i at udvikle samarbejdet, men vi kan godt lide, at det er en leder eller en konsulent, som kan udvikle på ..()... men selvfølgelig også oplever samarbejdet i det daglige. Er det socialrådgivere, der er de centrale samarbejdsparter, vil det være ...()...</p> <p>F3: Er det så jer, der inviterer dem eller kommunikerer I ligesom med deres ledelse og siger; vil I vælge ud, hvem der er relevante her?</p> <p>IP1: Det er kommunalt-lægelig udvalg, der ...(). og så dem, der kommer fra Familie- og beskæftigelses-forvaltningen, der sender invitationen videre ud til relevante samarbejdsparter og omvendt eller Handicapforvaltningen, der sender ud</p>
Eksisterende koordinerings-tiltag	<p>Honorering af læger</p> <p>Forsøgt ikke at honorere for at kunne betragte det som efter-udd - gav ikke pote</p>	<p>F1: Hvad har vi ellers skrevet [henviser til interviewguide]? Vi har vist været omkring mange ting, tænker jeg.</p> <p>F3: Vi kunne måske godt lige – det her med honorering, du siger, at I tilbyder tre læger honorering for deltagelse i KLU og så vælger de selv, at der er flere, der kommer?</p> <p>IP1: Ja.</p> <p>F3: Er der en fast takst for den honorering?</p> <p>IP1: Ja, det er en fast på knap 900 kr. i timen. Det er deres overenskomst, i forhold til at deltage i den slags. Møderne tager to timer.</p> <p>F1: Okay. Det er også noget af det, vi har kunnet læse os til. For som du siger, når sundhedsvæsenet er bygget op på den måde, så er det hængt meget op på honorering i forhold til deltagelse.</p>

	<p>Drømme for det optimale samarbejde:</p> <p>Flere henvisninger + opfordringer til rådgivnings-samtaler</p> <p>Henvist de rigtige! Omvendt social gradient ved alkohol</p> <p>Inddrage frivillige organisationer</p> <p>Uddeler lamineret kort med info om Frivilliges Hus</p>	<p>IP1: Lige præcis. Vi har faktisk også forsøgt os med ikke at skulle honorere i forhold til dialogmøderne, fordi det kunne man måske godt betragte som efteruddannelse og så fik man så lavet sådan, at de kunne være en del af lægernes efteruddannelse, men det gav ikke rigtig pote, fordi det er på et tidspunkt af døgnnet, hvor de ikke normalt har patienter, så det der med at blive frikøbt for at deltage, det gav ingen mening, så det er altid fra kl 17-20. Og det er der jo ingen, der får honorar for. Der kommer man som ligeværdig samarbejdspartner.</p> <p>F3: Ja. Men hvis nu, I bare skulle drømme, hvad ville så være helt optimalt for det her samarbejde? Nu tænker jeg udover de barrierer, vi ved, der er – i forhold til alkohol.</p> <p>IP2: Ja, men det er vel det store spørgsmål... Det er vel, at vi får en stigning i henvisninger og ikke kun – altså jeg ved ikke, jeg tror da faktisk, at de henviser okay til Misbrugscenteret, men at vi også får i forhold til det her med overforbrug. Og en ting er henvisninger, det kan også bare være opfordringer fra lægen om selv at kontakte.</p> <p>F1: Så en opmærksomhed på de tilbud, som ligger kommunalt</p> <p>IP2: Ja. Jeg ved ikke engang, om de har vores pjece liggende derude i venteværelserne?</p> <p>IP1: Det har de nogle steder.</p> <p>IP2: Men jeg er ikke sikker på, at de har på vores alkohol-samtaler, der har vi jo også sådan nogle postkort.</p> <p>F3: Jo, det sagde hun dernede [henviser til alkoholrådgiver på Sundhedscenteret]. De har sådan et hold, der tager ud og fylder op en til to gange om året. Fordi selvom der står sådan et kort; I kan ringe her og få flere, så sker det ikke – og at de oftere oplever, at patienten tager det med ind til lægen end at lægen siger; der er de her tilbud.</p> <p>IP2: Okay, ja.</p> <p>F1: Ja, de har både fra Misbrugscenteret og alkoholrådgivning</p> <p>IP1: Men altså, sådan en rigtig drøm – så er det jo også at få henvist de rigtige. Der hvor de har en fornemmelse af, at de ikke vil komme af sig selv. At den tanke var der ..()... Nu vender det jo ikke med den sociale tunge ende nedad, når det handler om alkohol, for ellers kunne man godt trække en streg der.</p> <p>F1: Det er nemlig også meget interessant, at det er den omvendte sociale gradient, man har med at gøre, når det gælder alkohol og hvad der er af barrierer der.</p> <p>IP1: Ja og så har jeg også en drøm, sådan på det personlige plan, at når man arbejder med to arbejdsfelter, at de også kigger på frivillige organisationer- og der har jeg faktisk lavet en aftale med en konsulent, der hedder [redacted], der sidder ude i Frivilliges Hus, at hvis nu lægerne gerne vil i kontakt med en frivillig forening til at tage sig af det her eller som måske kan hjælpe nogle videre, så kan de kontakte hende direkte. Det skulle vi også gerne have fået på hjemmesiden, men man kan nogle gange blive i tvivl om... () [latter]. Der har vi fra det sidste dialogmøde lavet sådan en lille håndholdt en, som også kan sprittes af og det hele, fordi de bliver væk i papirer.</p> <p>F1: Ja, og i elektroniske beskeder.</p> <p>IP1: Ja, og hvordan kommer man nu ind på de forskellige hjemmesider. Så det der med at gøre brug af den frivillige verden kunne jeg også se som en drøm. Det var faktisk lidt en idé fra min egen læge, der siger; hvad gør jeg? Nu har jeg</p>
--	---	---

<p>Det nuværende samarbejde mellem Aalborg Kommune og almen praksis</p>	<p>Lægernes deltagelse</p> <p>Tiltag ift. højere deltagelse : Nordkap 12-mandsgr. PLO-formand</p>	<p>været igennem, altså det var en ensomheds problematik, men det kan være en hvilken som helst problematik. Vi har taget de samtaler, vi har gjort meget – nu er det egentlig mere den der mere normale deltagelse i samfundet og hvordan kommer jeg videre..(..)</p> <p>TID: 38.47</p> <p>F1: Spændende at tage det aspekt med ind</p> <p>F2: Jeg tænker sådan lige i forhold til deltagelse fra lægernes side i forhold til dialogmøderne, som du siger; der kommer 20 på en god dag – 20 ud af hundrede og et eller andet. Hvad tænker I – hvordan tror I at man kan få flere til at møde op? Kunne man det, når det ikke handler om honorering og de ting?</p> <p>F1: Og gode middage?</p> <p>IP1: Ja, det ved jeg ikke? [latter] Altså vi prøver alle veje. Vi sender jo ud via NordKap's hjemmeside eller nyhedsbrev, sådan at de får nyheder samlet i én mail, så det ikke kommer fra så mange steder – så det styrker man i hvert fald... Og hvad kan man mere gøre? Så har vi kontaktet 12 mands-grupper. Det er også en mulighed og vores praksiskonsulent sagde en af gangene; den her gang tager jeg hele min 12 mands-gruppe med [latter] Så det er jo den måde, de kan understøtte det – og så annoncerer vi i god tid og prøver at undgå, at det ikke ramler sammen med andre aftaler og det lykkedes en gang imellem. Hvad prøver vi ellers? Vi prøver <u>alt</u>, vil jeg sige. Annoncerer flere gange vi NordKap, som de nu vil have os til det, ikke? Fordi det kan jo ikke være der hele tiden – og så sender de ud fra PLO og formanden fra PLO, så sender han ud alene og jeg har også nogle gange skubbet for det via mit adressekartotek. Jeg har nogle hemmelige adresser, jeg sender afsted til i sidste øjeblik for at få tallet til at ryge op – og lige meget hvad, så er det usikkert næsten en uge før, hvor mange vi bliver. De kan godt ringe på den samme dag ; er det i orden, at vi kommer? Det er fordi, at de har en presset hverdag, de har aftaler hver 10. minut - så de kan ikke overskue det, for er der kommet en ekstra vagt ind, fordi en kollega er syg, så kan de ikke komme afsted sådan en aften. Så de venter til sidste øjeblik. Det er sådan vilkårene er. Og så tror jeg ikke, at vi har haft fantasi til at prøve mere [latter].</p> <p>F1: Det lyder da også som om, at I har prøvet ...()....</p> <p>IP1: Jeg ved ikke, måske via en Facebook side – hvor de skal blive vores venner [latter]. Jeg ved ikke, om det kan lade sig gøre [latter].</p> <p>F1: Jeg tænker, at vi har været omkring det.</p> <p>TID: 41:19</p>
<p>Eksisterende koordinerings-tiltag</p>	<p>Hemmelige mail-adresser</p> <p>Synes at de har prøvet alt.</p> <p>Lægerne kan melde sig til i sidste øjeblik, pga tidspres</p>	<p>----- undlader denne del, da det blot indeholder vores 'forklaring' af programteorien-----</p> <p>TID: 41:30</p> <p>Så jeg tror da, at vi gerne vil sige; tak for jeres tid. Det var rigtig interessant. Man skal jo altid spørge om, hvordan det har været at deltage i interviewet? [latter] Det er sådan formalia også.</p> <p>IP2: Ja men det har været rigtig fint. Det var I gode til [latter].</p> <p>IP1: Ja, det var trygt og godt [latter].</p> <p>F1: Og når vi nu har lavet vores speciale færdigt, vil I så være interesserede i, at vi sender et eksemplar til jer – så I kan se, hvad det ender med?</p> <p>IP1: Ja, meget gerne.</p> <p>IP2: Ja, selvfølgelig. Helt sikkert.</p> <p>F1: Det vil vi gøre så, når vi kommer så langt [latter].</p>
	<p>Debriefing</p>	

	<p>Økonomiske udfordringer ift. forebyggelse</p> <p>Alkohol vs. rygning</p> <p>Alkohol som tabu = barriere hos behandleren</p> <p>SLUT</p>	<p>TID: 42:06 ----- undlader at transskribere denne del, da det blot er en snak om at få fat i økonomiske tal samt om aflevering og eksamen ---</p> <p>TID: 43:12 F1: Alkoholrådgiveren kom ind på, at hun var ved at nå sit maximum, så der er også en barriere der, for de [henviser til Sundhedscenteret] havde faktisk ikke været ude at reklamere for det, for hun kan ikke håndtere flere. F2: Nej, så skal der flere medarbejdere til – altså oprettes flere stillinger på alkoholområdet. IP1: Ja, det er jo udfordringen ved forebyggelse – at tro på, at man sparer i den anden ende ...()... F2: For som hun siger; de er jo derude. Der er jo mange derude. Men hun kan ikke tage dem alle sammen alene, sådan som det er nu. Så det er et ressourcemæssigt spørgsmål. IP2: Det er jo også de færreste, der har lyst til det. F1: Altså, du tænker borgerne eller hvad? IP2: Ja, de færreste har jo lyst til, hvis man ser på Sundhedsprofilen, hvor mange der gerne vil gøre noget ved sit alkoholforbrug. Rygning, det er der jo rigtig mange – men det er jo ikke ret mange, der gerne vil drikke mindre. F3: Nej, det ligger der også noget i. IP2: Ja i forhold til motivation. F1: Hun [henviser til alkohol-rådgiveren på Sundhedscenteret] oplever faktisk, at når de inddrager alkohol – også socialrådgiverne - så vil folk faktisk gerne snakke om det. Hvis man spørger direkte, så er der ikke så mange, der har noget i mod det. F3: Nej, det var også dét, du nævnte i forhold til tabu – er der i virkeligheden så meget tabu omkring det eller siger vi det bare hele tiden? IP1: Ja, og er det en barriere i behandleren? F3: Ja, det var i hvert fald alkoholrådgiverens oplevelse, at den barriere er ved behandlerne eller ved lægerne og <u>ikke</u> ved borgerne. F1: Ja, og som du siger, at den retorik, der er omkring alkohol i hele vores kultur. Hvor lægen jo også er sig selv, der sidder bag skrivebordet og har sine egne holdninger IP2: Ja, og sit eget forbrug [latter] F1: Det er også meget interessant. F1: Ja. Vi slukker.</p>
--	--	--

Bilag 9: Samarbejdsaftale + samtykkeerklæring



Samarbejdsaftale

Mellem: Aalborg Universitet
Institut for Medicin og Sundhedsteknologi
Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi
Niels Jernesvej 14
9220 Aalborg

Og **Aalborg kommune**
Sundscenter Aalborg
Nordkraft, Niveau 9
9000 Aalborg

Ovennævnte parter har indgået følgende aftale i forbindelse med et afgangsprøveprojekt på 10. sem. Folkesundhedsvidenskab, AAU. Projektet er gennemført af: **navne på de studerende**

1. Projektets titel:

2. Projektets formål:

3. Aftalegrundlaget

- 3.1. Den viden, som de studerende erhverver om interne forhold, herunder drift, anlæg, metoder og speciel knowhow vedrørende projektets faglige område, og som er markeret som fortrolig, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person- vejleder og censor undtaget.
- 3.2. De bearbejdede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Nærværende aftale forpligter undertegnede studerende at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Person-identificerbare data må opbevares på undertegnede studerendes egne pc i forbindelse med det konkrete projektføreløb. Efter afslutningen af projektet er alle undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige person-identificerbare data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Sundhedscenter Aalborg kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af udleverede data.
- 3.3. De indsamlede data vil danne grundlag for en specialrapport til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Her-

udover kan data danne grundlag for konferencebidrag og artikler i relevante tidsskrifter. **Sundhedscenter Aalborg** er berettiget til at modtage en kopi af såvel artikler og specialerapport, hvis det ønskes.

3.4. Der modtages ikke honorar fra **Aalborg Kommune** i anledning af samarbejdet.

Studerende ved AAU:

Dato Navn

Dato Navn

Dato Navn

Vejleder erklærer ved sin underskrift af være bekendt med aftalen og dens indhold

Vejleder

Dato Navn

Sundhedscenter Aalborg, Aalborg Kommune

Dato Navn

Samtykkeerklæring

Bekræftelse om deltagelse i observationsundersøgelse og/eller individuelt interview i forbindelse med specialet: ”xxx” gennemført ved Aalborg universitet, Folkesundhedsvidenskab, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg.

Jeg er hermed skriftligt orienteret om og dermed bekendt med følgende:

- At observationerne omsættes til et skriftligt referat og interviewsamtalen vil blive optaget på bånd.
- At den viden, som de specialstuderende evt. erhverver sig om personlige forhold, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person (vejleder og censor er undtaget)
- At jeg er sikret anonymitet i den afsluttende skriftlige fremstilling.
- At de indsamlede data vil danne grundlag for en specialerapport til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Derudover kan de indsamlede data danne grundlag for en videnskabelig artikel i relevante tidsskrifter.
- At min deltagelse er frivillig, og jeg kan på ethvert tidspunkt trække mig fra undersøgelsen.

Med min underskrift samtykker jeg hermed i at deltage i ovennævnte undersøgelse.

Informant:

Navn: _____

Telefonnummer: _____

E-mailadresse: _____

Dato & Underskrift: _____

Specialestuderende ved AAU:

Navn: _____

Dato & Underskrift: _____

Specialestuderende ved AAU:

Navn: _____

Dato & Underskrift: _____

Specialestuderende ved AAU:

Navn: _____

Dato & Underskrift: _____

Vejleder erklærer ved sin underskrift af være bekendt med erklæringen og dens indhold

Vejleder

Navn _____

Dato og underskrift _____

