

Preventiva samtal om risk för
infektioner vid injektionsmissbruk
– ökar utbildningsintervention
personalens kunskap och motivation?

Ann-Louise Svedberg Lindqvist

Master of Public Health

MPH 2014:17



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Preventiva samtal om risk för infektioner vid injektionsmissbruk
– ökar utbildningsintervention personalens kunskap och motivation?

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-82-9



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Preventiva samtal om risk för infektioner vid injektionsmissbruk – ökar utbildningsintervention personalens kunskap och motivation?				
Författare Ann-Louise Svedberg Lindqvist				
Författarens befattning och adress Smittskyddssjuksköterska, Smittskyddsenheten, Norrbottens Läns Landsting, Sunderby Sjukhus, SE -97180 Luleå, Sverige				
Datum då examensarbetet godkändes 12.09.2014			Handledare NHV/Extern Lene Povlsen, Docent, DrPH	
Antal sidor 52	Språk – examensarbete Svenska	Språk – sammanfattning Svensk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-82-9

Sammanfattning

Bakgrund: Personer som injicerar droger riskerar att drabbas av allvarliga infektioner. Tidigare studier har visat att personal som möter personer i risk inte har tillräckligt med kunskap för att erbjuda hälsofrämjande insatser.

Syfte: Att kartlägga personalens kunskap om infektioner som kan drabba personer som injicerar droger, samt undersöka om utbildningsintervention ökar personalens kunskap och motivation till preventiva samtal.

Metod: Totalt genomfördes fem utbildningar med 26 deltagare från psykiatri-, och infektionsavdelning, samt ungdomsmottagning. Studien genomfördes med enkät före och en månad efter utbildning. Enkäten innehöll kunskapsfrågor och frågor om erfarenhet av preventionssamtal med personer i risk.

Resultat: Studien visade att personalen saknade tillräcklig kunskap om smitta vid injektion av droger och att personer i risk inte i tillräcklig omfattning erbjöds information och stöd. Innan utbildning skulle enbart 60 % av personalen samtala om smitta vid injektion av droger om de fick frågor av personer i risk. Hinder för samtal uppgavs vara brist på kunskap och osäkerhet på hur frågorna skulle tas emot vid samtal. Personalens upplevda och faktiska kunskap visade på en signifikant förbättring efter utbildningsinterventionen ($p < 0,001$). Utbildningen upplevdes som relevant och 80 % av deltagarna önskade ytterligare utbildning i form av föreläsningar på arbetsplatsen och handledning av sakkunnig.

Konklusion: För att kunna erbjuda personer som injicerar droger hälsofrämjande insatser krävs att personal har tillgång till anpassad utbildning och aktivt stöd utifrån verksamhetens behov.

Nyckelord

injektionsmissbruk, smitta, hälsofrämjande, personal, kunskap



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Preventive communication about contracting infections during intravenous drug abuse - Can an educational intervention increase knowledge and motivation among personnel?				
Author Ann-Louise Svedberg Lindqvist				
Author's position and address Communicable disease control reg nurse, Department of Communicable Disease Control, Norrbotten County Council, Sunderby hospital, SE – 97180 Lulea, Sweden				
Date of approval 12.09.2014			Supervisor NHV/External Lene Povlsen, Associate Professor, DrPH	
No. of pages 52	Language – thesis Swedish	Language – abstract Swedish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-82-9

Abstract

Background: People who inject drugs are at risk of contracting severe infections. Previous studies have shown that personnel meeting people at risk often lack sufficient knowledge to offer health promotion measures.

Aims: This study aimed to investigate knowledge among personnel about infectious diseases contracted due to injecting drugs and determine whether educational intervention can increase knowledge and motivation for preventive communication.

Methods: We administered a total of five courses to 26 healthcare workers employed in an infectious diseases department, psychiatric clinic, and youth counseling clinic. The study was conducted with questionnaires before and one month after completing the courses. The questionnaires included questions about disease facts, and workers' experience regarding preventive conversations with people at risk.

Results: The study revealed that respondents lacked sufficient knowledge about infections associated with injecting drugs, and that people at risk did not receive adequate information and support. Before education, only 60% of respondents would consider talking about infections contracted while injecting drugs if they got questions by persons at risk. Barriers to addressing such questions included lack of knowledge, and uncertainty about how the questions would be received. After the educational intervention, respondents perceived a significant improvement of knowledge ($p < 0,001$). They perceived the courses as relevant, and 80% of participants wanted more lectures and expert guidance in the workplace.

Conclusion: Providing health promotion to persons who inject drugs requires appropriate education for personnel, as well as active support adapted to their needs.

Key words

injecting drug use, infection, health promotion, personnel, knowledge

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Narkotikamissbruk– ett folkhälsoproblem	5
Infektionssjukdomar hos personer som injicerar droger	6
Insatser för att öka hälsa och minska risken för smittspridning	8
TEORETISK OCH BEGREPPSMÄSSIG RAM	10
SYFTE	14
METOD	14
Design av utbildningsintervention.....	14
Pilotstudien	16
RESULTAT	18
Studiepopulation.....	18
Tidigare utbildning och upplevt behov av kunskap i ämnet.....	19
Samtal om risk för allvarliga infektioner vid injektion av droger	19
Effekt av utbildningsinsats	21
Utvärdering av utbildning.....	24
DISKUSSION	26
Resultatdiskussion	26
Metoddiskussion.....	31
KONKLUSION	33
TACK	34
REFERENSER	35
BILAGOR	42
Bilaga 1. Inbjudan till utbildning.....	42
Bilaga 2. Information om pilotstudie.....	43
Bilaga 3. Enkät I (före utbildning).....	44
Bilaga 4. Enkät II (efter utbildning)	48

BAKGRUND

Narkotikamissbruk – ett folkhälsoproblem

Enligt World Drug Report (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] 2012) hade cirka 5 % av världens vuxna befolkning (230 miljoner människor) åtminstone en gång under året 2010 använt en illegal drog och 27 miljoner människor bedömdes ha ett problematiskt missbruk. Problematiskt eller tungt missbruk definieras i Sverige som ” *substansberoende personer, oavsett drogtyp, som löper stor risk för skador (injektionsmissbrukare eller de med mer eller mindre dagligt bruk) och särskilt de som därtill har svåra relaterade problem i kombination med sitt missbruk såsom psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, hemlöshet, kriminalitet eller prostitution* ” (Regeringskansliet 2005).

Andelen narkotikaanvändare och förekomsten av narkotika i Europa har varit relativt oförändrad, men på en fortsatt hög nivå de senaste åren (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] 2013). Positivt i utvecklingen är att andelen som söker vård ökat och att man i vissa länder noterar en viss nedgång av injektionsmissbruk. Oroande är att det kommer nya droger på marknaden och att det sker en ökning av narkotikamissbruk i ett flertal utvecklingsländer (UNODC 2013).

Sverige hör till de länder i Europa med lägst andel narkotikaanvändare. Enligt Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet (nuvarande Folkhälsomyndigheten) hade ungefär 30 000 personer ett problematiskt bruk av narkotika 2010 och av dessa bedömdes cirka 8 000 vara injektionsmissbrukare (Folkhälsomyndigheten 2013a). Trots att andelen som söker vård för missbruk har ökat när hälso- och sjukvården i Sverige sannolikt endast en av fem av det totala antalet personer med olika typer av beroendetillstånd kopplade till alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Personer med riskbruk nås i än lägre omfattning eftersom de sällan hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador (Regeringskansliet 2011).

Det är svårt att få en exakt bild av hur utbredd narkotikaanvändning och skador till följd av missbruket är. Klart är att narkotikamissbruk innebär allvarliga konsekvenser för den enskilda individen, men också för samhället i form av ekonomisk och social påverkan, ökad kriminalitet och otrygghet (UNODC 2013, EMCDDA 2013).

De risker som den enskilda personen som använder narkotika utsätts för påverkas bland annat av hur länge och i vilken omfattning personen använt narkotika. Administrations-sätt och individens känslighet påverkar också (EMCDDA 2013). Idag är blandmissbruk den vanligaste formen av missbruk (Pellmer, Wramner och Wramner 2012) och en undersökning i Finland visar att 81 % av narkotikaanvändarna injicerat någon gång och 58 % den senaste månaden (Institutet för hälsa och välfärd [THL] 2009). Personer som injicerar är den grupp som löper störst risk att drabbas av hälsoproblem. De saknar ofta arbete och boende som är viktiga för hälsa och social trygghet.

Sjuklighet och dödlighet bland injektionsmissbrukare är också mångfalt högre än för befolkningen generellt (Regeringskansliet 2005, Pellmer, Wramner och Wramner 2012, EMCDDA 2013). I Sverige har de narkotikarelaterade dödsfallen ökat från i genomsnitt 35 dödsfall/år i början av 1970-talet till 400 dödsfall/år under 2000-talet (Regeringskansliet 2007). Förutom risken att dö på grund av missbruksrelaterade självmord, olyckor, våld och överdos så riskerar de som injicerar droger också att drabbas av allvarliga infektionssjukdomar (WHO 2013).

Infektionssjukdomar hos personer som injicerar droger

En person som injicerar droger och delar droglösning eller injektionsverktyg med andra personer kan smittas av allvarliga virusinfektioner som till exempel hepatit B, hepatit C och hiv. De riskerar att smittas genom att dela sprutor, kanyler och annan injektionsutrustning som till exempel filter, blandningskopp och droglösning (Thorpe et al. 2002). Hepatit B, hepatit C och hiv kan även smittas via oskyddat sex. Om en person är påverkad av droger ökar även risken för sexuellt risktagande som till exempel oskyddat sex, sex mot sin vilja och sex mot ersättning (Tikkanen, Abellsson och Forsberg 2011).

Andra förekommande smittvägar är om blod från en smittsam person hamnar på skadad hud eller på slemhinnor. Smitta kan också överföras om en person skär eller sticker sig på till exempel kanyler, använder tatueringsnålar/färger eller rakhyvlar och tandborstar som är förorenade med smittat blod. Smitta kan även spridas från mor till barn i samband med förlossning eller vid sjukvård i länder med bristande hygien (Folkhälsomyndigheten 2013b).

Personer som injicerar droger kan även drabbas av allvarliga infektioner orsakade av bakterier som kommer in i hud eller blodbanan via deras egen hud eller orena droglösningar eller injektionsverktyg.

Bland personer som injicerar droger finns globalt 3 miljoner smittade med hiv (Mathers et al. 2008), 1,2 miljoner med smittsam hepatit B och 10 miljoner smittade med hepatit C (Nelson et al. 2011). Prevalensen av hepatit C bland personer som injicerar droger är över 60- 80 % och för hepatit B omkring 10 %. Antalet är sannolikt betydligt högre då det i många länder saknas tillförlitlig data eftersom personer som injicerar eller injicerat droger inte testas i tillräcklig omfattning (Nelson et al. 2011).

Eftersom prevalensen av hepatit C är hög bland injektionsmissbrukare löper de som injicerar droger stor risk att smittas av hepatit C. För hepatit C är intravenös smittväg vanligast och en svensk studie visade att under de första två åren efter injektionsdebut hade 47,6 % smittas av hepatit C (Lidman et al. 2009). År 2011 hade 78,1 % av alla rapporterade nya fall av hepatit C i Europa smittats via injektion av droger. Detta ska jämföras med hepatit B och hiv där 13,4 % respektive 5 % hade smittas via injektion av

droger. Hepatit C är på så sätt en tydlig indikator för smittspridning via injektionsmissbruk (European Center for Disease Prevention [ECDC] 2013).

Smittsamma sjukdomar som hepatit B, hepatit C och hiv kan innebära fysiska, psykiska och sociala konsekvenser för den som drabbas. Att drabbas av en smittsam sjukdom samtidigt som personen har ett missbruk ökar bördan på den enskilda individen (Semple, Patterson och Grant 2004). Förutom oron för vad sjukdomen kommer att innebära för hälsan, så finns oron för att smitta andra. De beskriver även en rädsla att personer i deras omgivning kommer att behandla dem annorlunda. Denna rädsla förstärks av att många upplever att de blivit illa bemött av vårdpersonal som saknat kunskap (Zickmund 2003). Rädsla och tidigare upplevelser kan leda till att personer som misstänker att de smittats eller har smittats inte söker hälso- och sjukvård, samtidigt som de upplever ett stort behov av information och stöd (Crockett och Gifford 2004, Conrad et al. 2006).

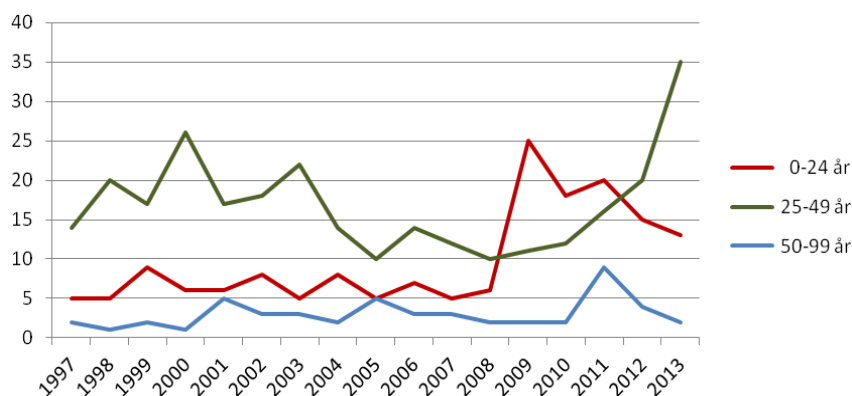
Enligt det Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA 2013) har hepatit C blivit ett stort hot mot folkhälsan världen över och bara i Europa uppskattas över 1 miljon vara smittade, samtidigt som många i riskzonen eller redan smittade av olika skäl saknar tillgång till vård och stöd. Enligt WHO (2012a) kommer cirka 500 000 – 700 000 personer med hepatit B och cirka 350 000 personer med hepatit C att dö varje år på grund av leverrelaterad sjukdom. Om personer inte smittas av hepatit B, hepatit C och hiv gynnar det både den enskilde och samhället. Det gynnar också den enskilde personen och samhället att den som redan smittats diagnostiseras tidigt i förloppet (Sroczyński et al. 2009). För detta krävs ökade insatser globalt och en av utmaningarna är att öka kunskap på befolkningsnivå och bland hälso- och sjukvårdspersonal (WHO 2012a).

Situationen i de nordiska länderna

Sättet att övervaka, definiera och rapportera nya fall av hepatit B och hepatit C skiljer sig åt vilket försvårar jämförelser mellan de olika nordiska länderna (ECDC 2013). Även tillgång till testning skiljer sig åt och detta påverkar incidens och prevalens. I Finland, Norge och Danmark har personer med injektionsmissbruk bättre tillgång till sprututbyte och testning via lågröskelmottagningar jämfört med Sverige. Som en jämförelse så lämnade Finland via sprututbyten år 2011 ut 3 539 009 sprutor jämfört med Sveriges 244 493 (EMCDDA 2013).

År 2011 varierade incidensen av hepatit C i de nordiska länderna från 5, 2 fall/100 000 inv. i Danmark till 34,1 fall/100 000 inv. i Norge (ECDC 2013). Incidensen av hepatit C kan också variera i olika delar av ett land. I Sverige varierade incidensen från 13 fall/100 000 inv. i Hallands och Uppsala län till 34 fall/ 100 000 inv. i Norrbottens län under året 2012 (Folkhälsomyndigheten 2013c). I Norrbottens län har det sedan 2009 skett en ökning av antalet personer som smittas av hepatit C via injektionsmissbruk. Antal nya fall av hepatit C var före 2009 i medeltal 6 fall/år i åldersgruppen 15-24 år

och från 2009 t o m 2012 har i medeltal 20 nya fall/år anmälts. Ökningen 2009 i Norrbotten berodde inte på ett ökat antal provtagningar (VHPB 2013). Det har även skett en ökning av antal fall i åldersgruppen 25-49 år de senaste två åren (Figur 1) (Norrbottens Läns Landsting 2014).



Figur 1. Antal nya fall av hepatit C smittade via injektion av droger i Norrbottens Län åren 1997-2013 (Norrbottens Läns Landsting 2014).

Insatser för att öka hälsa och minska risken för smittspridning

Trots att prevalensen av hepatit C är hög och risken att drabbas av blodsmitta är betydligt högre än för befolkningen generellt är kunskap och medvetenhet om dessa sjukdomar ändå ofta låg hos injektionsmissbrukare. Många saknar tillräcklig kunskap om smittvägar, hur man kan undvika att bli smittad, sjukdomsutveckling och behandling (Heimer et al.2002, Dhopes et al. 2000, Strauss et al. 2007a). Det är inte ovanligt att de fått felaktig eller missvisande information (Stein, Maksad och Clarke 2001, Carey et al. 2005) och att personal saknar den kunskap de behöver (Munoz-Plaza et al. 2004).

En kanadensisk studie visade att skälen till att man delade spruta var lägre upplevda fördelar med att inte dela, samt att man upplevde svårigheter att injicera säkert. Slutsatsen i studien var att interventioner bör syfta till att öka medvetenheten om fördelar med riskreduktion och förse injektionsmissbrukare med kunskaper för att kunna motivera sig själv, och personer de delar injektionsutrustning med, att injicera på ett säkrare sätt (Cox et al. 2008).

I proposition 2002/03:35 (Regeringskansliet 2002) beskrivs att hälso-och sjukvården har ett ansvar att arbeta hälsofrämjande och när det är lämpligt ge upplysningar om evidensbaserade metoder för att förebygga sjukdom och skada. Det kan innefatta information om hur en person som injicerar droger kan skydda sig från att smittas (primärprevention) och hur smittade kan undvika att smitta andra (sekundärprevention) (WHO 2012b).

I den evidensbaserade vägledningen ”Förebyggande och kontroll av infektionssjukdomar bland människor som injicerar narkotika” (ECDC och EMCDDA 2011) framhålls sju nyckelinsatser för att nå maximal förebyggande effekt. I dessa ingår hälsofrämjande åtgärder inriktade på säkrare injektionsbeteende, samt åtgärder för att förebygga, testa och behandla sjukdomar. WHO (2012b) lyfter i sitt program fram nio interventioner för att minska spridning av hepatit B och hepatit C, bland annat riktad information, utbildning och kommunikation till personer som injicerar och deras partners.

Personal inom hälso- och sjukvård har möjlighet att tidigt upptäcka och nå grupper med särskilt utsatta hälsorisker och ökad sårbarhet som personer med narkotikamissbruk (Regeringskansliet 2002). Trots ett stort behov och trots att hälso- och sjukvård är en grundläggande mänsklig rättighet saknar personer som missbrukar narkotika ofta tillgång till hälso- och sjukvård. Stigma, diskriminering, låg hälsolitteracitet, samt låg socioekonomisk status är faktorer som påverkar situationen (WHO 2012b).

Internationella studier visar att personal som möter personer i risk för eller med missbruk inte har tillräckligt goda kunskaper om hiv och hepatit, samt hur dessa sjukdomar kan förebyggas och behandlas. Studierna visade på vikten att utbilda personal och ge dem bättre redskap för att samtala om dessa frågor (Strauss et al. 2006, Zickmund et al. 2007). För att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande krävs också att de erhåller utbildning om evidensbaserade hälsofrämjande metoder (Regeringskansliet 2002, WHO 2012b).

Personalen bör även ha goda kunskaper i undervisningsmetoder som hjälper personer i risk att förstå och använda den information som presenteras. Litteratur, manualer och andra trycksaker kan vara värdefulla källor för utbildning, men det är inte tillräckligt. Skriftligt material bör kompletteras med gruppdiskussioner där man får möjlighet att diskutera hur samtal om detta kan genomföras (Munoz-Plaza et al. 2004, U.S Department of Health and Human Services. Substance abuse and mental health services Administration [SAMHSA] 2011).

För att kunna erbjuda olika former av hälsofrämjande insatser som information, preventionssamtal, utbildning, behandling och stöd måste personer i risk eller med ett missbruk identifieras. Det finns ett stort antal arenor och verksamheter där målgruppen kan nås i olika sammanhang. Det kan vara via hälsocentraler, ungdomsmottagningar, psykiatrisjukvård, missbruksvård, infektionssjukvård, socialtjänst, skola, elevhälsa, kriminalvård samt stödorganisationer.

I Norrbotten pågår sedan 2012 ett projekt med syfte att öka medvetenhet och kunskap om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger. En del i projektet är en planerad utbildningsintervention riktad till personal som möter personer i risk. Interventionen inleddes med en pilotstudie som avhandlas i detta MPH-arbete.

TEORETISK OCH BEGREPPSMÄSSIG RAM

Personalens kunskap har stor betydelse i en rådgivningssituation eller samtal om risker då det kan påverka en persons bedömning om vad som är risk för honom eller henne. En av de mest kända modellerna för hur information påverkar människors hälsobeteende är Health Belief model (hälsa-tilltro-modellen). Det är en modell som beskriver människors benägenhet att engagera sig i förebyggande hälsoarbete. Benägenheten att ta till sig information och ändra beteende påverkas av hur allvarlig sjukdomen bedöms vara och hur personen bedömer sin risk att smittas eller drabbas av sjukdom (Pellmer, Wramner och Wramner 2012). Andra faktorer som påverkar är hur personen bedömer att ett förändrat beteende skulle inverka positivt eller negativt på livet, samt personens egen tilltro på att faktiskt klara av ändringen (self-efficacy) (Nutbeam, Harris och Wise 2010).

Bland personer som injicerar droger är det inte ovanligt att de saknar eller fått felaktig information som rör smittvägar, smittsamhet och behandling (O'Brien et al. 2008) vilket kan påverka hur personen bedömer risker och konsekvenser av att smittas. En svensk studie (Richert 2012) visade på ett stort behov av att bättre nå ut med information och riskreducerande rådgivning och belyser delar av det som Health Belief modellen beskriver. Resultatet i studien visade att enbart 19 % av deltagarna som injicerat droger de senaste sex månaderna alltid använt sterila nålar och sprutor. Av resterande som injicerat hade 50 % använt andra personers injektionsverktyg. Enbart 54 % av deltagarna hade testat sig det senaste året. Orsaker till att avstå från att testa sig uppgavs vara att personerna inte upplevt sig vara i risk, eller att de inte varit medveten om att de borde testa sig. Enbart 40 % av deltagarna hade tidigare fått information om blodsmitta och då i ganska hög grad från annan person än personal.

Kunskap – början till förändring

Kunskap är en grundläggande utgångspunkt för de flesta hälsofrämjande program och insatser och kan beskrivas som porten man måste öppna och gå igenom för att komma vidare mot förändring (Crosby, Salazar och DiClemente 2013). Enligt Albert Bandura (1986) kan man skilja på två olika typer av kunskap. En typ av kunskap är hur ett visst beteende påverkar hälsan positivt eller negativt (content knowledge). För att koppla detta till smitta vid injektionsmissbruk kan den kunskapen vara att injektion av droger ökar risken att drabbas av hepatit eller hiv om injektionsverktyg delas med någon annan.

Den andra typen av kunskap ger förståelse för och insikt i hur en person kan ta till sig ett hälsofrämjande beteende (procedural knowledge). Det kan vara kunskap om hur man kan hjälpa personer att hitta strategier för att undvika att smittas om man inte i dagsläget är beredd att sluta injicera, som att märka injektionsverktygen för att kunna skilja dem från andras.

Även i utbildning till personal är det viktigt att tänka på att det finns behov av olika typer av kunskap. Personalen är länken mellan personer i risk och ny kunskap som kan leda till ett mer hälsofrämjande beteende. Förutom att förmedla information om risker med att injicera är det viktigt att förmedla kunskap om hur personer kan undvika att bli smittade. Det räcker inte heller med att förmedla kunskap om att personal bör erbjuda olika typer av insatser till personer i risk, utan också hur de kan göra det.

En tänkbar strategi är att tillsammans med personen utforska vilka risker som han eller hon utsätts för, vilken kunskap personen redan har och utifrån det anpassa information och riskreducerande rådgivning (U. S Department of Health and Human Services 2005). Det är också viktigt att som personal vara medveten om att ökad kunskap inte alltid resulterar i en omedelbar förändring av ett beteende, men genom dialog kan personalen stötta och motivera personen att hitta strategier för ett mindre riskfyllt beteende (Nordén 2009). Denna förändringsprocess förklaras i Stages of Change-modellen (beskrivs nedan).

Det handlar alltså inte enbart om att man skall kommunicera ut hälsoinformation. Det måste också skapas förutsättningar för att människor ska kunna ta till sig informationen. Genom att anpassa hälsoinformationen till den person man har framför sig ökar förutsättningarna för att personens hälsolitteracitet påverkas positivt. Med hälsolitteracitet menas förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa (Mårtensson och Hensig 2009). Ökad hälsolitteracitet på individnivå kan leda till hälsosammare levnadsvanor, ökad motivation och självkänsla som kan leda till ökad hälsa. Vid låg hälsolitteracitet finns risk att personen inte har tillgång till adekvat hälsoinformation, förstår varför det är viktigt med hälsofrämjande insatser, inte deltar i interventioner eller känner till vilka rättigheter eller skyldigheter som finns avseende hälsofrämjande insatser. Låg hälsolitteracitet riskerar därmed att påverka människors möjlighet till välgrundade beslut avseende sin hälsa (WHO 2012b, Mårtensson och Hensig 2009).

Personer med ett missbruk kan av olika anledningar ha låg hälsolitteracitet. Det kan bero på att de inte har tillgång till hälso- och sjukvård på grund av stigma eller rädsla för myndigheter. De kan ha svårt att ta till sig information på grund av att missbruket inneburit att de missat delar av sin skolgång. Påverkan av droger eller kognitiva skador på grund av missbruk kan också göra att de har svårt att ta till sig information (WHO 2012b). Personer med missbruk får också ofta missvisande information på grund av okunskap hos den som informerar (Carey et al. 2005, Stein, Maksad och Clarke 2001).

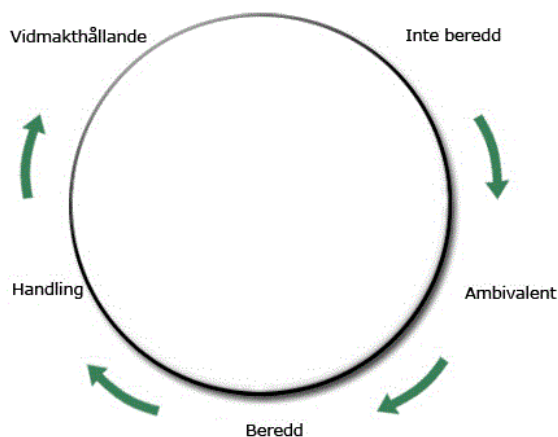
Att stärka motivation till förändring

För att kunna ändra ett beteende och öka hälsolitteracitet i syftet att uppnå ökad hälsa krävs även insatser som främjar motivation och självkänsla (self-efficacy) (Bandura 1986, WHO 1998). Motiverande samtal är en metod för att skapa egen inre motivation till förändring hos en person. I MI utgår man från perspektivet att de flesta människor

redan har resurser som kan tas fram och användas om motivationen stärks (Farbring 2010).

I en svensk avhandling (Nordén 2009) där 407 deltagare besvarat frågor om sina injektionsvanor föreslår författaren utifrån funna resultat att personal ska erbjuda samtal om riskuppfattning med utgångspunkt från metoden Motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI). Detta med betoning på att försöka identifiera och karaktärisera ett riskbeteende och utifrån detta förändra ett riskfyllt injektionsbeteende.

I den svenska propositionen 2007/08:110 (Regeringskansliet 2007) framhålls förutom hälsoinformation även det motiverande samtalet (MI) som hälsofrämjande metod. MI anses vara en viktig metod för hälso- och sjukvårdspersonal att diskutera livsstil och beteendeförändringar med patienter (Farbring 2010).



Figur 2. Förändringshjulet (Stages of Change) utformad av Prochaska och DiClemente. Schematisk modell som beskriver förändringsprocessen (Folkhälsomyndigheten 2013d).

Motiverande samtal är i sig inte en teori utan innehåller olika teoretiska referenser. En stor betydelse för utvecklingen av MI har Transtheoretical Model of Behavior Change (TTM) (Prochaska och DiClemente 1982,1983). TTM utvecklades för att förklara hur människor förändrar ett beteende och att detta är en förändringsprocess med olika stadier över tid (Figur 2). Modellen betecknas även Stages of Change (SOC) (Lach et al. 2004, Nutbeam, Harris och Wise 2010).

Modellen har kritiserats för att vara förenklad, eftersom en person som försöker förändra ett beteende inte går från stadie till stadie, utan ofta pendlar mellan olika stadier. Att förändra ett beteende är en pågående process. Modellen kan ändå vara en hjälp för att kunna anpassa stödet beroende på var i förändringsprocessen en person befinner sig (Folkhälsomyndigheten 2013d). Enligt Petersen (2013) är det inte bara i ett möte med en klient eller patient som SOC kan användas som förklaring till

förändringsprocesser utan även på programnivå. Modellen kan användas som stöd för att åstadkomma en hållbar långsiktig förändring vid intervention till olika yrkesgrupper eller verksamheter.

Enligt SOC-modellen är förståelse om varför en förändring kan vara en fördel en förutsättning för det fortsatta förändringsarbetet. För det krävs dialog med möjligheter till reflektion om vilka för- och nackdelar ett förändrat arbetssätt kan innebära. När verksamheter överväger förändring, kan det fortsatta arbetet bland annat bestå av att identifiera vilka insatser som krävs och vilka hinder som kan finnas. Om verksamheter får möjlighet till kontinuerlig support under förändringsprocessen underlättas arbetet med att hitta strategier för att komma framåt i processen (Borup 2009). Den planerade utbildningsinterventionen kan fungera som ett sätt att få igång en dialog och få verksamheter att reflektera över vad som kan behöva förändras i det hälsofrämjande arbetet riktat till personer i risk för smitta vid injektionsmissbruk.

Hur en person klarar att genomföra en förändring påverkas också av personens self-efficacy. Begreppet utvecklades av Bandura (1986, 2004) som en del av den sociala inlärningsteorin och beskriver hur en persons tilltro på sin egen förmåga påverkar hans eller hennes faktiska förmåga att klara av en specifik uppgift. En person kan ha en stark tro på sin förmåga att klara en typ av uppgift, men ha låg self-efficacy inför andra typer av uppgifter (Crosby, Salazar och DiClemente 2013). Personal kan av den anledningen känna sig trygg med att utföra vissa typer av uppgifter, men osäker på andra. Det kan medföra att det skapas en klyfta mellan det som riktlinjer beskriver ska utföras och det som verkligen görs - ”Gaps between knowing and going” (Cohrane et al. 2007).

För personal som möter personer i risk är kanske infektionssjukdomar som injektionsmissbrukare kan drabbas av ett nytt kunskapsområde. Det kan därför kännas långt ifrån självklart att våga ställa frågor som de själva känner sig osäkra på. Enligt Strauss et al. (2007b) har personal med god kunskap om hepatit visat sig ha större tro på att man klarar att stödja sina klienters behov (ökad self-efficacy). Författarna menar att man därför bör öka personalens kunskap i syfte att öka deras självförtroende i att erbjuda support till målgruppen.

SYFTE

Syftet med denna MPH studie var att kartlägga kunskap om infektioner hos personal som möter personer i risk att smittas vid injektion av droger och att undersöka om utbildningsintervention ökar personalens kunskap och motivation till preventiva samtal.

Forskningsfrågor

- Vilken kunskap har personal om risken att smittas av allvarliga infektionssjukdomar vid injektionsmissbruk?
- Ökar utbildningsintervention personalens kunskap om risker för smitta vid injektionsmissbruk?
- Ökar utbildningsintervention personalens motivation till preventiva samtal?

METOD

Design av utbildningsintervention

Sedan 2012 pågår ett projekt i Norrbotten med syfte att öka medvetenhet och kunskap om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger. En del i projektet var en planerad utbildningsintervention riktad till personal som möter personer i risk.

Utbildningsinterventionen i Norrbotten utformades enligt Community Intervention-strategi som kan användas för att få till stånd långsiktiga attityd- och beteendeförändringar hos en målgrupp i samhället. I en Community Intervention identifieras mottagargrupp och målgrupp där mottagargruppen är den grupp som tar emot ett budskap och målgruppen är den grupp som man vill påverka till ändrat beteende (Jarlbro 2004).

I utbildningsinterventionen i Norrbotten var personer i risk att smittas av infektioner genom injektionsmissbruk målgrupp. Mottagargrupp var de yrkesgrupper och verksamheter som skulle identifiera, motivera och stötta målgruppen. Projektet finansierades genom statsbidrag till och med 2014.

Målet för utbildningsinterventionen var:

- Att öka kunskap om infektionssjukdomar som kan drabba injektionsmissbrukare, hur infektioner kan förebyggas, samt hur en person kan stödjas till vård och behandling i ett så tidigt skede som möjligt
- Att mottagargruppen i högre grad kan identifiera personer i risk och försöka stärka personernas motivation till förändring och minskat risktagande för att förebygga smitta

Som stöd till det fortsatta arbetet i verksamheterna har olika former av informations- och utbildningsmaterial tagits fram. Förutom informationsbroschyr till personer i risk har en handledning till stöd för samtal utvecklats. Personal inom olika verksamheter i Norrbotten har i stor utsträckning utbildats i MI och handledningen innehåller förslag på öppna frågor som syftar till att utveckla patientens/klientens syn på sina problem och upplevelsen av sin situation (Farbring 2010).

Temat för utbildning

Planeringen av utbildningens innehåll gjordes tillsammans med den kurator som också medverkar som utbildare i interventionen. Innehållet i utbildningen utformades med hänsyn till aktuell forskning, egna erfarenheter, beskrivna behov i mottagar- och målgrupp och innehöll följande delar:

- Generell kunskap om infektionssjukdomar som kan drabba personer som injicerar droger: medicinska konsekvenser, smittvägar, vikten av att testa sig, möjligheter till vaccination och behandling.
- Konsekvenser av att leva med en smittsam sjukdom.
- Rättigheter och skyldigheter för den som smittas enligt Smittskyddslagen.
- Att identifiera personer i risk.
- Strategier för att undvika att smittas eller smitta andra.
- Motivationens betydelse för att kunna förändra ett beteende.
- Att genomföra samtal om risken att smittas eller smitta andra, samt vilka barriärer och möjligheter som finns för samtal.
- Arbetsplatsens möjligheter att utveckla preventiva insatser.

Pilotstudien

Utbildningsinterventionen inleddes med en pilotstudie med deltagare från olika typer av verksamheter (mottagargrupper) med syfte att i liten skala pröva undervisningsinsatsens genomförande, undersökningsinstrument och informationsmaterial, samt att genomförandet av studien svarade mot det syfte som formulerats. Detta MPH-arbete avhandlar denna pilotstudie.

Studien omfattade en utvärdering av utbildningsintervention riktad till personal som i sitt yrke möter personer i risk för eller som smittats av allvarliga infektioner vid injektion av droger. Interventionen hade en dialogpedagogisk utgångspunkt, där gruppdiskussioner varvades med föredrag. Syftet med gruppdiskussionerna var att ge deltagarna möjlighet att aktivt reflektera och bearbeta den kunskap de blev presenterade för (Saugstad och Mach-Zagal 2009).

För att stimulera till aktivt deltagande och dialog var gruppstorleken satt till maximalt tio personer per utbildningstillfälle. Deltagarna kom från samma verksamhet/arbetsplats för att personalen på så sätt även skulle ges möjlighet att tillsammans formulera mål för det fortsatta arbetet. Varje enskilt utbildningstillfälle genomfördes under två timmar. Samtliga utbildningstillfällen hölls gemensamt av författaren (sjuksköterska inom smittskydd), samt en kurator som arbetar inom infektionssjukvård.

Deltagare och urval

Erbjudande om utbildning skickades till enhetschefer/verksamhetschefer vid totalt 25 verksamheter som hälsocentraler, ungdomsmottagningar, kriminalvård, infektionssjukvård, akutsjukvård, missbruks- och psykiatrivård, elevhälsa och socialtjänst under hösten 2013 (Bilaga 1). De första verksamheterna som anmälde sitt intresse för utbildningen fick erbjudande om att delta i pilotstudien. I pilotstudien inkluderades 26 deltagare fördelat på fem grupper.

Utvärdering

Utvärderingen gjordes i form av effektutvärdering med s.k. före- och efter-mätning (Jarlbro 2004). Vid utbildningstillfället fick deltagarna börja med att skriftligt svara på en anonym enkät som innehöll kunskapsfrågor om de infektionssjukdomar som personer som injicerar droger kan drabbas av, samt frågor som rör tidigare erfarenheter av samtal med personer i risk eller som redan drabbats (Bilaga 3).

Enkäterna var utformade med både öppna och fasta svarsalternativ. På de frågor där deltagarna skulle beskriva hur väl ett påstående överensstämde med deltagarens

uppfattning användes fem- och sex-gradiga svarsskalor för att vara tillräckligt fingerade för att fånga upp små men viktiga förändringar. I de frågor som innebar att deltagaren skulle beskriva hur vanligt ett beteende inträffade användes detaljerade frekvensskalor för att deltagarna skulle kunna ge så nyanserade svar som möjligt (Janson 2012). Enkäten samlades in före utbildningens start. Deltagandet var frivilligt och de som inte önskade delta kunde lämna in enkäten blank (Bilaga 2).

En månad efter utbildningsinterventionen blev deltagarna ombudda att svara på en uppföljande enkät med kunskapsfrågor om infektionssjukdomar som kan drabba personer som injicerar droger, samt erfarenheter av samtal med personer i risk att smittas. Deltagarna fick även frågor för att utvärdera utbildningen och det material som tagits fram (Bilaga 4). Den uppföljande enkäten besvarades via en utskickad elektronisk länk och även denna enkät var anonym. Vid båda enkäterna erhöll deltagarna ett informationsbrev om pilotstudiens genomförande och dess syfte (Bilaga 2). Påminnelse skickades ut efter tre och sex veckor. Insamlade data bearbetades i Excel och statistiska analyser utfördes med Student t-test och Fishers Exacttest (Ejlertsson 2003) i programvaran Primer of Biostatistics (Glantz 1997).

Etiska överväganden

Att delta i studien var frivilligt och svaren har inte kunnat härledas tillbaka till de personer som svarat på enkäterna. I resultatet framgår endast vilka yrkeskategorier, typ av verksamheter och kommuner som ingått i studien. De personer som var aktuella för pilotstudien informerades både muntligt och skriftligt, bland annat om att ett deltagande i enkätundersökningen inte påverkade personens möjlighet att delta i utbildningen. Förfrågan till regionala etikprövningsnämnden i Göteborg genomfördes 2013-09-06 som meddelade via Catharina Wennardt att etikprövning inte var nödvändig eftersom det rörde sig om ett masterarbete.

Deltagande i studien kan väcka känslor då det fortfarande i samhället finns fördomar och rädslor förknippade med hiv och hepatit. Ofta beror detta på okunskap om vad hiv eller hepatit egentligen är, och hur det smittas. Utbildningen kan också väcka känslor om människors rätt till hälsa och autonomi, samt hur det kan påverka personal i mötet med personer i ett missbruk. Verksamheter och deltagarna fick information om möjligheten att kontakta utbildarna via telefon eller mail vid frågor som rörde utbildningen, arbetet på arbetsplatsen med målgruppen, handläggning eller råd avseende stöd till patienter eller klienter.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån enkäternas olika teman med deskriptiv och analytisk statistik som illustreras med hjälp av tabeller och figurer, samt med utvalda citat från deltagarnas kommentarer i enkäternas öppna svarsalternativ.

Studiepopulation

I pilotstudien genomfördes fem utbildningstillfällen med i genomsnitt fem deltagare/tillfälle. Utbildningarna genomfördes under november och december 2013 i Piteå (ett tillfälle) och Luleå (fyra tillfällen). Utbildningarna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser. Samtliga personer som deltog vid de första fem utbildningstillfällena valde att delta i pilotstudien och svarade på enkäten före utbildningen (Enkät I).

Deltagarna representerade tre olika typer av verksamheter: 15 deltagare (58 %) kom från infektionssjukvård, sex deltagare (23 %) från psykiatri och fem deltagare (19 %) från ungdomsmottagning. Av deltagarna var de flesta sjuksköterskor (54 %). 12 av deltagarna (46 %) hade arbetat mer än tio år i yrket. Totalt 17 av 26 deltagare (65 %) svarade på den uppföljande enkäten som skickades ut en månad efter utbildningens genomförande (Enkät II). Av dessa representerade 11 av 17 deltagare (65 %) infektionssjukvård, två deltagare (12 %) psykiatri och fyra deltagare (23 %) ungdomsmottagning (Tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av studiepopulationen före och efter utbildning.

	Enkät I (före)	Enkät II (efter)	Andel (%) som besvarat Enkät 2
Antal	26	17	65
Ålder	42,3	40,1	
Mean (range)	42,3 (27-63)	40,1 (27-60)	
Yrke			
Barnmorska	2	2	100
Sjuksköterska	14	10	71
Socionom	1	1	100
Undersköterska	6	4	67
Skötare - psykiatri	2	0	0
Verksamhetschef	1	0	0
Antal år i yrket			
Mean (range)	9 (0-44)	13 (0-40)	

Tidigare utbildning och upplevt behov av kunskap i ämnet

12 av 26 deltagare (46 %) uppgav vid Enkät I att de aldrig tidigare hade erhållit någon utbildning om infektioner som personer kan smittas av vid injektion av droger. Sju av 26 deltagare (27 %) hade någon gång deltagit på utbildning och sju deltagare kom inte ihåg eller hade inte besvarat frågan (27 %).

Alla uppgav vid den första enkäten att de någon gång upplevt att de behövt mer kunskap om de infektioner som de som injicerar droger kan drabbas av, men även kunskap om hur personer smittas vid injektioner.

Ett sätt att få kunskap är att söka information om ämnet. Av deltagarna saknade tio av 26 deltagare (38 %) kännedom om var de kunde hitta information om smitta vid injektion av droger. De som kände till var information kunde hittas använde nästan uteslutande sig av olika webbsidor, som till exempel landstingets eller folkhälsomyndighetens informationssidor om smittsamma sjukdomar. Sex av 26 deltagare (23 %) uppgav att de använde sig av Smittskyddets information om blodsmitta på Norrbottens Läns Landsting webbsida. Någon uppgav att de fick information från kollegor och läroböcker.

Samtal om risk för allvarliga infektioner vid injektion av droger

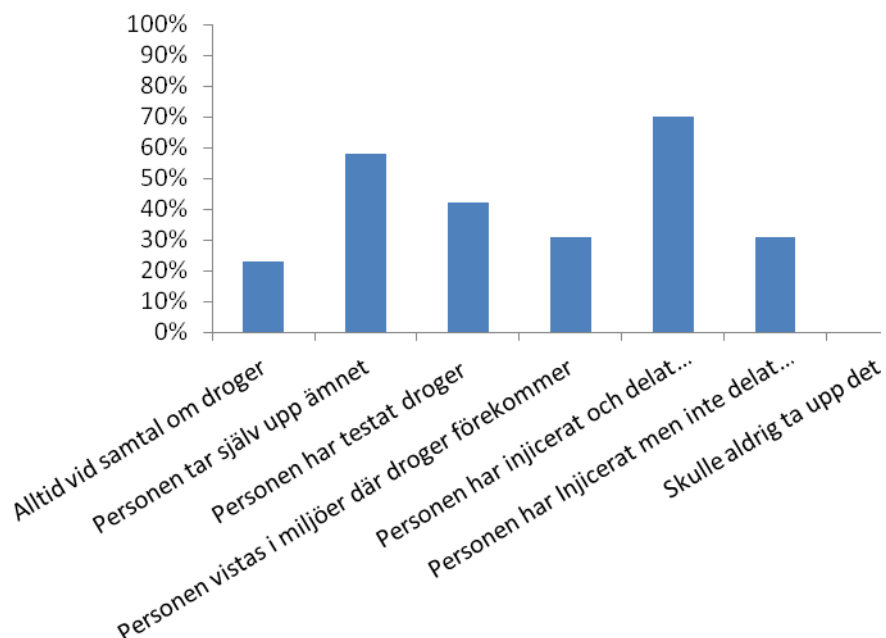
Av deltagarna uppgav 19 av 26 (73 %) vid Enkät I att de i sitt arbete fick frågor som rör risk för smitta vid injektion av droger. 13 deltagare (50 %) fick frågor någon eller några gånger per år och fem (20 %) varje månad eller oftare. I de tre verksamheter som deltog i pilotundersökningen hade mellan 60-83% av personalen fått frågor som rör risk för smitta vid injektion av droger.

De som inte fått frågor anger i fritext att detta kunde bero på att de som injicerar droger inte vill berätta, saknar kunskap eller inte bryr sig om sin hälsa. Några bedömer att den yrkesroll de har (undersköterskor, verksamhetschef) gör att de inte naturligt får frågor om detta. En deltagare beskrev att patienterna som injicerar droger redan smittats och därför inte frågar om det.

De patienter vi vårdar på kliniken som tar droger iv (intravenöst) har redan smittats av något och brukar inte ställa frågor om smitta. Ibland förekommer det dock.

I Enkät I svarade 15 av deltagarna (58 %) att de själva hade initierat samtal om smitta vid injektion av droger. Av deltagarna hade sju deltagare (27 %) initierat samtal den senaste månaden innan utbildningen och de flesta mellan en till fem gånger under den månaden. En av de tillfrågande hade initierat samtal mer än tio gånger månaden före utbildning.

Bland de tre deltagande verksamheterna hade fyra av fem deltagare (75 %) på ungdomsmottagning, nio av 15 av infektionspersonalen (60 %) och två av sex deltagare från psykiatrin (33 %) någon gång initierat samtal. Av de olika yrkeskategorierna hade 11 av 14 sjuksköterskor (80 %) och två av sex undersköterskor (33 %) initierat samtal.



Figur 3. Situationer avgörande för att initiera samtal med en person om risk för smitta vid injektion av droger. Flera svarsalternativ var möjliga. (Enkät I, fråga 15)(n=26).

På frågan om vad som avgör att de väljer att initiera ett samtal med en person om risk för smitta vid injektion av droger uppgav 18 av 26 deltagare (70 %) att de skulle initiera samtal om det framkom att personen hade injicerat droger och delat injektionsutrustning. 16 av 26 (60 %) skulle göra det om personen själv tog upp ämnet (Figur 3).

Deltagarna fick även frågan före utbildning (Enkät I) om vilka hinder som fanns för att de i sitt arbete skulle samtala med personer som riskerade att smittas på grund av injektion av droger. Det var möjligt att ange flera svarsalternativ. Av deltagarna svarade 16 av 26 (60 %) att de upplevde att de saknade tillräckligt med kunskap om hur man kan samtala om detta, och fem deltagare (20 %) upplevde att de saknade kunskap om sjukdomar och smittvägar. Hälften av deltagarna upplevde tidsbrist som ett hinder och tio (40 %) kände sig osäker på hur frågor om detta skulle tas emot av personen.

Känner mig lite obekväm ibland när patienten är avvisande i sin attityd.

Effekt av utbildningsinsats

För att mäta effekt av utbildningsinterventionen ställdes fyra identiska frågor före (Enkät I) och efter utbildningsinsatsen (Enkät II).

Tabell 2. Frågor om risker att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger ställda före och en månad efter utbildning

Fråga	Upplevelse av kunskap	Kunskapsfråga Sant/falskt	Kunskapsfråga Smittvägar
Antal svar före (Enkät I)	26	26	26
Resultat före (Enkät I)	mv = 3,1 (av 6 möjliga)	mv = 9,1 (av 12 möjliga)	mv = 3,1 (av 5 möjliga)
Antal svar efter (Enkät II)	17	17	17
Resultat efter (Enkät II)	mv = 4,6 (av 6 möjliga)	mv = 10,9 (av 12 möjliga)	mv = 4,6 (av 5 möjliga)
<i>p</i> -värde	< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*

* Student t-test

Frågorna som ställdes var om deltagarna upplevde att de hade tillräckligt med kunskap för att veta vilka råd de skulle ge en person i en situation med risk för smitta, samt kunskapsfrågor om hepatit B, hepatit C och hiv (Tabell 2). Deltagarna fick även frågor om och hur ofta de initierat samtal om risk för smitta den senaste månaden.

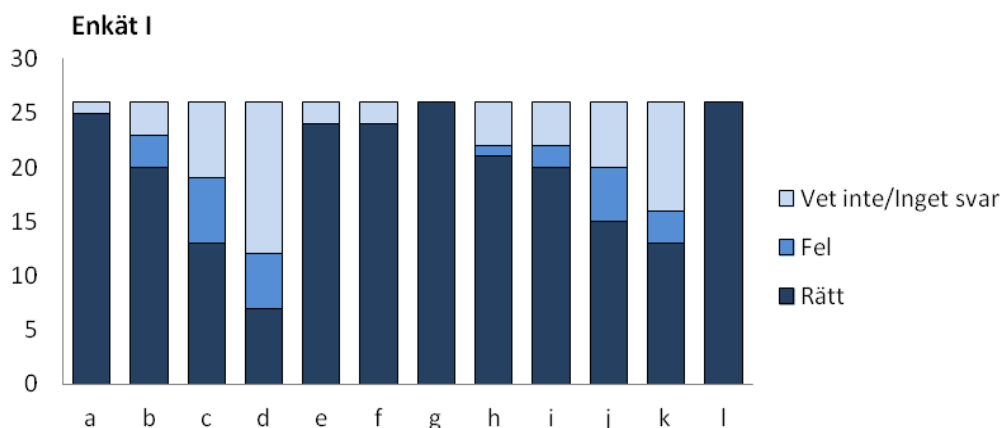
Frågorna ställdes för att bedöma om utbildningen lett till förändring avseende deltagarnas kunskap i ämnet och beteende i form av ökat antal deltagare som initierat samtal med personer i risk.

Kunskap i ämnet

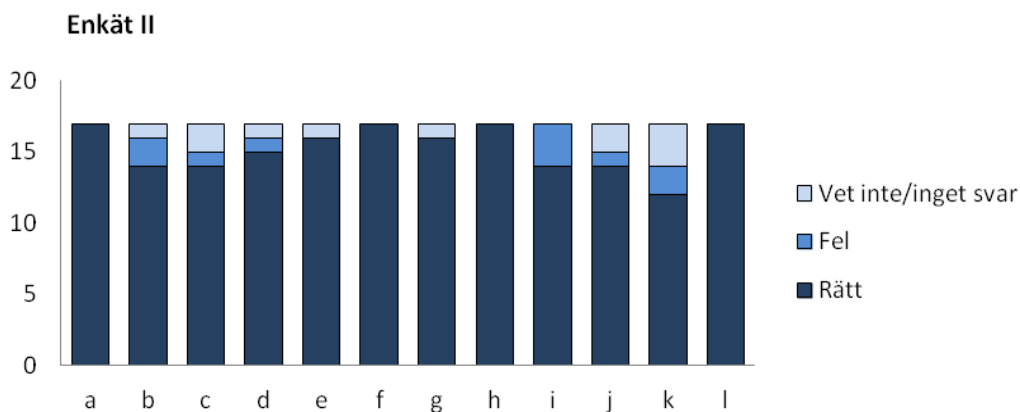
Deltagarna fick frågan om de upplevde att de hade tillräcklig kunskap för att veta vilka råd de skulle ge en person i en situation med risk för smitta. Svaret gavs på en rangordningsskala från 1-6 där 1 motsvarar ”Inte alls” och 6 motsvarar ”I hög grad”. Jämförelse av deltagarnas upplevelse av att ha tillräckligt med kunskap före och efter utbildning visade på en signifikant förbättring ($p < 0.001$) (Tabell 2).

På den ena kunskapsfrågan skulle deltagarna ange om 12 påståenden var sanna eller falska. Vid enkäten före utbildning (Enkät I) rådde generellt större osäkerhet avseende vilka svarsalternativ som var de korrekta (Figur 4 och 5). Den enda fråga där alla svarat rätt både före och efter utbildning är att en person som ser frisk ut kan ha hiv (fråga l). Hälften av deltagarna saknade kunskap vid enkäten före utbildning om att en person kan smittas av hepatit C flera gånger (fråga c).

Drygt 70 % av deltagarna saknade kunskap om att hepatit B och hepatit C virus kan överleva flera dygn utanför kroppen (fråga d). Medelvärde var vid enkät I 9,1 och vid Enkät II 10,9. Två personer av 26 (8 %) hade alla 12 rätt vid Enkät I och sju av 17 (41 %) hade alla rätt vid Enkät II. Jämförelse av resultat före och efter utbildning visar på en signifikant förbättring av kunskap ($p < 0,001$) (Tabell 2).



Figur 4. Rätta och felaktiga svar på fråga 18 a-l före utbildning (n=26)
Frågan är identisk med fråga 9 a-l i enkät II



Figur 5. Rätta och felaktiga svar på fråga 9 a-l en månad efter utbildning (n=17)
Frågan är identisk med fråga 18 a-l i enkät I

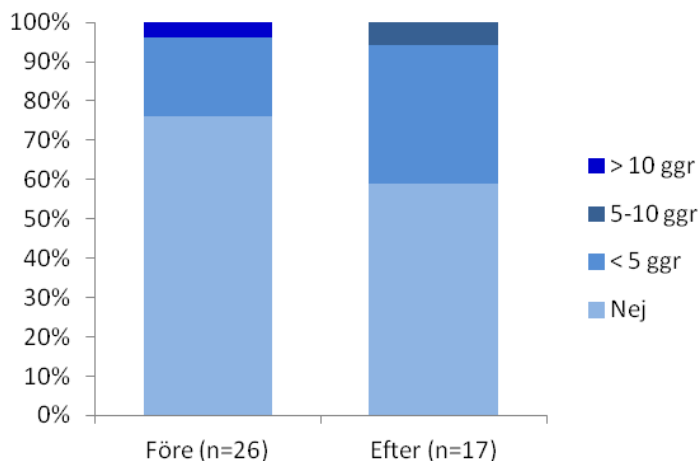
På kunskapsfrågan om vilka situationer som innebär risk att smittas med hiv, hepatit B och hepatit C saknade 13 av 26 deltagare (50 %) vid Enkät I kunskap om att en person

kan smittas om han eller hon delar blandningskopp med andra innan injektion av droger. Två personer av 26 (8 %) saknade kunskap om att personer kan smittas om de har sex utan kondom. En deltagare saknade kunskap om att det inte innebär risk att dricka ur samma glas som någon med hepatit B, hepatit C eller hiv. Jämförelse av resultatet på frågan före och efter utbildning visar på en signifikant förbättring av kunskap ($p < 0,001$) (Tabell 2).

Initierat samtal

Vid Enkät I (före utbildning) uppgav sju av 26 (27 %) att de initierat samtal om risk för smitta vid injektion av droger den senaste månaden. Sju av 17 (40 %) hade initierat samtal efter utbildningen och de flesta av dem hade haft mindre än fem samtal (Figur 6). Jämförelse av hur många som initierat samtal visade ingen signifikant skillnad före och efter utbildning ($p = 0,507$).

Av de svarsalternativ som fanns för att beskriva anledning till samtal vid enkäten efter utbildning uppgav tre av sju deltagare (43 %) som haft samtal att orsaken var att personer testat droger och att personen vistats i miljöer där det förekommer droger. Två av sju deltagare (29 %) uppgav att orsaken varit att personen själv tagit upp ämnet eller att personen hade injicerat droger och då delat injektionsutrustning. Flera svarsalternativ var möjliga. Fyra av sju deltagare (60 %) som hade initierade samtal arbetade på ungdomsmottagning och tre av sju (40 %) inom infektionssjukvård.



Figur 6. Deltagare som den senaste månaden initierat samtal om smitta vid injektion av droger, indelat i antal tillfällen.

Tio (60 %) av de svarande vid Enkät II uppgav att de inte haft något samtal den senaste månaden. Sex av dessa personer uppgav att orsaken till detta var att de inte träffat någon som de upplevt varit i risk. En person uppgav tidsbrist som orsak till att inte initiera

samtal, och två av deltagarna (undersköterskor) uppgav att de kände sig osäkra. En av de svarande uppgav att samtalen som initierats var med personer som hade hepatit C och handlat om behandling.

Utvärdering av utbildning

För att utvärdera utbildningen fick deltagarna i Enkät II (en månad efter utbildning) uppge till vilken grad från ett till sex de instämde i olika påståenden. Siffran 1 motsvarade ”Instämmer inte alls” och 6 ”Instämmer helt” på rangordningsskalan (Tabell 3).

Av deltagarna uppgav 70 % (12 av 17) att utbildningen som helhet varit mycket bra och resterande 30 % som ganska bra. Någon av deltagarna beskrev i fritext att de önskat mer tid för diskussion kring ämnet och mer om hur själva droganvändningen går till. Det skulle då kunna ge mer trygghet i samtalet.

Tabell 3. Utvärdering av utbildningen, Enkät II fråga 10 a-d (n=17).

Påståenden	Instämmer inte alls	Instämmer helt/delvis
Min medvetenhet om smittrisk vid injektion av droger har ökat efter utbildningen	6 %	70 %
Jag kommer att initiera samtal om smittrisker i högre grad	0 %	65 %
Utbildningen har ökat min kunskap om konsekvenser av att smittas vid injektion av droger	0 %	65 %
Jag har ökat min kunskap om hur man kan minska risken för smitta vid injektion av droger	0 %	82 %

Cirka 80 % (14 av 17 deltagare) önskade ytterligare utbildning, framförallt genom fler föreläsningar till personalgruppen och genom regelbunden handledning på arbetsplatsen av sakkunnig. Någon lyfte fram att möjligheten till dialog med utbildare och övriga medverkande för utbyte av erfarenheter och frågor var ett bra sätt. Ingen av deltagarna kunde tänka sig utbildning via dator (e-learning). Den av deltagarna som inte önskade ytterligare utbildning svarade att han/hon hade kunskap om var ytterligare information fanns att tillgå.

Jag sätter ”Ja” för att jag anser att utbildningen är så pass bra att man behöver påminnas. Nya personer börjar osv. Jag har fått mycket god kunskap av samtal gällande smittrisk från droganvändning vad gäller blandkopp osv som jag inte riktigt

tänkte på tidigare. Nu kan jag på ett annat sätt prata om själva droganvändningen. Jag tycker min kunskap har ökat i och med det. Tack för en mkt bra utbildning

På frågan om vad ytterligare utbildning bör innehålla framkom bland annat att deltagarna önskade mer kunskap om hur det är att leva med ett missbruk, om hur man kan tänka runt användning av läkemedel vid missbruk, och hur vårdpersonal skall agera om en person med missbruk blir aggressiv. Det framfördes även önskemål om utbildning om lagar som Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), samt samtalsmetodik. Någon beskrev att det behövdes mer handgripliga tips om hur man ta upp ämnet med personer i risk.

Utvärdering av utbildnings- och informationsmaterial

Samtliga deltagare fick vid utbildningen en skriftlig handledning som är tänkt att kunna användas som ett stöd vid samtal. Handledningen innehåller information om vilka infektionssjukdomar som en person som injicerar droger kan drabbas av. Det finns också exempel på frågor man kan ställa, samt varför dessa frågor bör ställas.

Av deltagarna uppgav 11 av 17 (65 %) att de den senaste månaden läst handledningen. På en rangordningsskala från ett till sex där 1 motsvarar ”Inte alls relevant” och 6 motsvarar ”I hög grad relevant” angav de flesta att de tyckte att handledningen var i hög grad relevant (mv = 5,5). Som helhet upplevdes den skriftliga handledningen som mycket bra av nio av 14 svarande (65 %) och som ganska bra av fem av 14 svarande (35 %).

Vid utbildningen distribuerades även en ny informationsbroschyr (”Stop doing drugs”) ut till respektive verksamhet. Informationsbroschyren handlar om risker att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger, smittvägar och var man kan vända sig för att testa sig, få vård eller söka hjälp för sitt missbruk. Månaden efter utbildningen hade tre av 16 svarande (19 %) delat ut broschyren till personer i risk.

Åtta av 15 svarande (53 %) uppgav på rangordningsskala från ett till sex där 1 motsvarar ”Inte alls relevant” och 6 motsvarar ”I hög grad relevant” att informationsbroschyren i hög grad var relevant för syftet att informera om risker att smittas vid injektion av droger (mv = 5,3). Helhetsintrycket av informationsbroschyren bedömdes som mycket bra av tio av deltagarna (67 %) och som ganska bra av fem deltagare (33 %). Ingen deltagare hade lämnat synpunkter på hur materialet skulle kunna förbättras.

”Stop doing drugs” ligger på mitt skrivbord framför patienten. Ofta tittar de i den då det blir ett litet avbrott i samtalet ex då jag skriver ett recept eller då jag gör något. Vi har broschyren överallt och den försvinner... Bra material

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med pilotstudien var att kartlägga kunskap om infektioner hos personal som möter personer i risk att smittas vid injektion av droger. Syftet var även att undersöka om utbildningsintervention ökar personalens kunskap och motivation till preventiva samtal.

Tidigare utbildning och kunskap hos personal som möter personer i risk

Tidigare studier har visat att både personal och personer i risk inte har tillräckliga kunskaper om de infektioner som personer som injicerar droger kan drabbas av och hur dessa kan förebyggas och behandlas (Strauss et al. 2007b, Zickmund et al. 2007). WHO och den svenska regeringen (WHO 2012a, Regeringskansliet 2002) beskriver att personal som möter personer i risk måste få utbildning för att kunna arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande genom att kunna identifiera personer i risk, och erbjuda evidensbaserad och individuellt anpassad information.

Pilotstudien visade att endast 27 % av deltagarna hade deltagit i någon utbildning om infektioner vid injektion av droger vid något tidigare tillfälle och 40 % saknade kunskap om var de kunde hitta information om smitta vid injektionsmissbruk. Enbart 23 % uppgav att de hade använt sig av Smittskyddets information om smitta vid injektion av droger trots att den hade funnits tillgänglig sedan oktober 2012. Samtliga deltagare var anställda inom Norrbottens Läns Landsting landstinget och hade tillgång till informationen.

En tidigare utbildningsinsats om smitta vid injektionsmissbruk genomfördes oktober 2012 på två orter i länet. Utbildningen riktade sig till mottagargruppen. Resultatet i pilotstudien visade att enbart tre av de 26 studiedeltagarna hade deltagit på någon av dessa utbildningsdagar. Den tidigare utbildningsinsatsen hade inte nått deltagarna, trots att alla deltagare i enkäten före utbildningsinterventionen uppgivit att de upplevde att de saknade tillräckligt med kunskap för att ge råd till personer i risk. Att som i pilotstudien genomföra utbildningen på deltagarnas arbetsplatser kan vara en förutsättning för att nå personal för utbildningsinsatser i större utsträckning.

Samtliga 26 deltagare i pilotstudien uppgav innan utbildning att de behövde mer kunskap om hur personer som injicerar droger smittas. Alla utom en deltagare uppgav också att de behövde mer kunskap om de infektioner som personer som injicerar droger kan drabbas av. Resultatet av de kunskapsfrågor som ställdes visade att det saknades kunskap, bland annat om varför och vilka injektionsverktyg som kan överföra smitta.

I fritext i enkäten före utbildning beskrev en deltagare att de flesta patienter de vårdade och som hade injicerat droger redan hade smittats av hepatit C och att personal därför inte fick frågor om smitta. Att personen smittats en gång kan tyda på att han eller hon inte har tillräcklig kunskap. Personen riskerar därför att drabbas av andra infektioner eller att smitta andra. För att kunna identifiera personer i risk, ge information och samtala om vad som kan innebära risk krävs att personal har kunskap om både sjukdomar och smittvägar, men också om hälsofrämjande metoder, av Bandura (1986) beskrivet som content and procedural knowledge.

Resultatet i pilotstudien och i en svensk enkätstudie av Richert (2012) riktad till personal på SiS-anstalter visar på behovet av ökad kunskap bland svensk personal som möter personer i risk. Resultaten i Richerts studie stämmer väl överens med fynden i Enkät I (före utbildning). 67 % av SiS-personalen önskade utbildning kring sjukdomar och smittvägar, men även om bemötande och specifika samtalsmetoder (Richert 2012). Dessa önskemål om utbildning överensstämde väl med innehållet i utbildningsinterventionen i Norrbotten.

En jämförelse av resultaten i pilotstudien av deltagarnas upplevda och faktiska kunskap före och efter utbildningsinterventionen visade på en signifikant förbättring av kunskap, även om resultatet ska tolkas med försiktighet på grund av ett lågt antal deltagare.

Hinder för samtal om risk att smittas vid injektion om droger

Om personal saknar tillräckliga kunskaper medför detta att de inte känner sig trygga med att förmedla information, ge råd och stöd (Strauss 2007b). I enkäten före utbildning uppgav 73 % av deltagarna att de i sitt arbete fått frågor som rörde risk för smitta vid injektion av droger. På frågan om vad som avgör om de initierar samtal om risk för smitta vid injektion av droger uppgav enbart 60 % att de skulle samtala om detta om personen själv tog upp ämnet. Av de 26 deltagarna skulle 70 % initiera samtal om det framkom att personen injicerat och delat injektionsverktyg och endast 20 % skulle samtala med en person som injicerat, men inte delat injektionsverktyg. Av deltagarna tog 23 % alltid upp ämnet vid samtal om droger, trots att blandmissbruk är den vanligaste formen av missbruk (Pellmer, Wramner och Wramner 2012) och att en hög andel av personer som använder droger också injicerat någon gång (THL 2009).

Resultatet visar att personer i risk att smittas inte i tillräcklig omfattning identifieras och erbjuds möjlighet till samtal och rådgivning. I en förlängning innebär det att de inte heller erbjuds provtagning, vård och behandling. I en studie av Beijer et al.(2011) framkom att personer som söker vård på grund av skador eller sjukdom till följd av sitt missbruk oftast inte spontant berättar om sitt missbruk, och att de inte i tillräcklig omfattning blir tillfrågade om ett misstänkt missbruk. Den studien och resultatet i pilotstudien visar på vikten av att personalen har tillräcklig kunskap och motivation till att identifiera och erbjuda stöd till personer i risk. Att personalen i pilotstudien uppgav att flertalet ändå får frågor om smitta vid injektioner indikerar att personer i risk önskar information och stöd, men att många inte får möjlighet till detta.

Osäkerhet på hur frågor skulle tas emot av en person uppgavs också som ett hinder för att initiera samtal. Personalen hade även mött personer som inte var intresserade av att samtala. För personal kan det vara av värde att vara medveten om att det finns situationer där personer väljer en annan väg än den som upplevs vara den riktiga (Saugstad och Mach-Zagal 2009). Detta kan vara speciellt påtagligt när man möter personer med ett missbruk eller beroende. Under utbildningen gav deltagarna exempel på sådana situationer. Det kunde vara att en person uttrycker att han eller hon inte vill sluta injicera droger trots att personen varit nära att dö på grund av en allvarlig infektion. Eller att en person som smittas med hepatit C väljer droger framför möjligheter till vård och behandling. Personalen kunde då känna att det var svårt att inte låta sin frustration stå i vägen för att försöka stötta personen att hitta sitt handlingsrum och sin handlingskompetens för att inte smitta andra eller att smittas igen (Saugstad och Mach-Zagal 2009).

Strauss et al. (2007b) beskrev att personal med god kunskap om hepatit visat sig ha större tro på att man klarar att stödja sina klienters behov. Hur personal tar till sig ny kunskap och förändringar i arbetssätt påverkas av personens egna upplevda självkänsla. För en del personal kan därför samtal om drogmissbruk och risker att smittas upplevas svåra. Självkänslan inverkar på både vilka mål och ambitioner personer sätter upp för att nå förändring, som att initiera samtal med personer i risk att smittas. Det påverkar i sin tur vilka utmaningar personen väljer och hur mycket han eller hon väljer att satsa för att klara utmaningen (Nutbeam, Harris och Wise 2010, Matsui och Onglatco 1992).

Hur personen hanterar eventuella misslyckanden på vägen påverkas också av personens upplevda självkänsla (self-efficacy) (Crosby, Salazar och DiClemente 2013). En person med hög självkänsla kan använda upplevda misslyckanden som motivation till nya försök, medan en person med låg självkänsla slutar anstränga sig för att klara uppgiften. Personer med hög självkänsla är också mer aktiv i att själv ta till sig mer kunskap och att öka sin yrkesskicklighet. Personer med låg självkänsla kan uppleva stress om de får uppgifter, eller förväntas göra uppgifter, som de själva har låga förväntningar om att klara av. Är dessutom arbetsbelastningen hög påverkas personer med låg självkänsla mer negativt av nya arbetssätt än de med hög självkänsla (Matsui och Onglatco 1992). Deltagarna uppgav innan utbildning att tidsbrist var en av anledningarna till att samtal inte initierades vilket indikerar att arbetsplatserna har hög arbetsbelastning. Det är då angeläget att arbetsgivare, verksamhet och enskild medarbetare skapar utrymme och erbjuder det stöd som behövs för att kunna prioritera samtal för hälsofrämjande information, som enligt proposition 2002/03:35 (Regeringskansliet 2002) beskrivs som hälso- och sjukvårdens ansvar.

Insatser för att erbjuda information och stöd till målgruppen

WHO (2012b) samt ECDC och EMCDDA (2011) beskriver att det krävs olika typer av insatser för att förebygga ohälsa och främja hälsa bland personer som injicerar droger. För att åstadkomma en långsiktig förändring när det gäller insatser till personal som möter personer i risk krävs sannolikt också olika typer av insatser, men också mer insatser än vad som erbjuds idag.

Resultatet i pilotstudien visade att utbildningsinsatsen hade ökat kunskapen hos personalen och att majoriteten av deltagarna upplevde utbildningen och det material som tagits fram som bra och relevant för syftet.

Deltagarna uppgav också att de efter utbildningen skulle initiera samtal i högre grad, även om det inte fanns någon signifikant skillnad i uppgivet antal utförda samtal före och efter utbildningsinterventionen. Det finns dock andra indikatorer på att motivation till att initiera samtal ökat. Bland annat att enbart en person (5,8 %) efter utbildningen uppgav att tidsbrist var ett hinder för samtal, jämfört med 13 personer (50 %) innan utbildningen. En annan indikator på att motivationen ökat är det faktum att personalen önskade mer utbildning. Personalen önskade ytterligare utbildning genom föreläsningar till personalgruppen, men också handledning på arbetsplatsen för att i grupp kunna diskutera olika uppkomna situationer. Mer tid för diskussion önskades också under själva utbildningsinterventionen. Att gruppdiskussioner var viktiga bekräftas ytterligare av att ingen av deltagarna önskade utbildning via dator (e-learning).

Handledning och gruppdiskussioner skulle kunna vara ett stöd för personal och verksamheter i arbetet med att formulera realistiska och nåbara mål, både för sig själva och för arbetsplatsen. Detta kan i sin tur underlätta och förbättra omhändertagandet och stödet till klienter/patienter genom att personalen känner sig tryggare, dels med sin kunskap och dels genom att det finns tydliga riktlinjer och mål för verksamhetens arbete. Det kan då öka personalens tro på att de klarar uppgiften (ökad self-efficacy) (Bandura 1986, Petersen 2013, Saugstad och Mach-Zagal 2009).

Fortsatta utbildningar och handledning på arbetsplatserna kan också åstadkomma att ämnet hålls levande, och att verksamheter fortsätter att arbeta aktivt med att identifiera och samtala med personer i risk. Det kan vara svårt för personal att ta till sig ett nytt sätt att arbeta och att fortsätta arbeta med detta långsiktigt, även om man förstår fördelarna. Av den anledningen är det viktigt att som utbildare vara lyhörd och anpassa utbildningen till personalens och verksamhetens behov, samt att vara införstådd med att det inte räcker med en enda utbildningsinsats (SAMHSA 2011).

En studie från USA (Tyler et al. 2013) visade att engagemang från och samverkan mellan nyckelpersoner som arbetar och möter en population med hög frekvens av hepatit C har stor betydelse för att framgångsrikt öka kunskapen om hepatit i den populationen. Att utbilda nyckelpersoner på arbetsplatserna som en resurs för både personal och personer i risk kan ytterligare underlätta och stärka förändring över tid. Nyckelpersoner kan även ingå i nätverk med uppgift att främja och utveckla vård och

omhändertagande av personer i risk eller som har smittats vid injektion av droger (SAMHSA 2011).

Utbildningsinterventionens betydelse för målgruppen

Som tidigare beskrivits visar resultatet i pilotstudien att det finns behov av ökad kunskap, dels enligt personalens egen upplevelse i samtal med personer i risk och av det som kunde ses i svaren på kunskapsfrågorna i enkäten. Även det faktum att samtal inte initierades i den utsträckning det borde visar på behov av utbildning. Att personal som möter personer i risk eller som redan har smittats har god kunskap om ämnet har stor betydelse för bemötande och att personer i risk eller som smittats etablerar en kontakt med hälso- och sjukvård (Butt et al. 2013). Det leder till exempel till ökad provtagning och därmed att fler som smittas diagnostiseras (Helsper et al. 2010), eller att fler behandlas vilket har positiv påverkan på hälsa och livskvalité hos personer med hepatit C (Miller et al. 2012).

I en norsk retrospektiv studie (Kielland et al. 2013) undersöktes dödsorsaker hos personer med injektionsmissbruk som smittats med hepatit C. Under uppföljningstiden i studien (33 år) hade 220 av de 523 (42,1 %) som inkluderats avlidit. Huvudsakliga orsaker till dödsfall i gruppen var intoxication (45 %), följt av självmord (9,1 %), olyckor (8,2 %), samt död till följd av leversjukdom (7,5 %). Studien visade att hepatit C var den huvudsakliga orsaken till död hos personer med kronisk hepatit C som överlevt fram till 50 år ålder, men också att enbart 12,8 % av 328 personer med kronisk hepatit C hade genomgått behandling. Studien visar tydligt på konsekvenser av injektionsmissbruk och hur angeläget det är att så tidigt som möjligt identifiera personer i risk, eller de som redan har ett injektionsmissbruk för att kunna erbjuda och motivera till stöd och vård.

För att kunna minska injektionsmissbruk och konsekvenser av missbruket, som till exempel spridning av smittsamma sjukdomar, krävs en kombination av insatser och samverkan mellan olika typer av verksamheter (Hedlund et al. 2009, Richter 2012, Nordén 2009). Ökad kunskap och medvetenhet bland personal och personer i risk eller som smittats ökar möjligheten att arbeta preventivt på olika plan (Richter 2012). WHO (2012b) framhåller att det behövs ett multisektoriellt engagemang för att förbättra preventionsarbetet, samt omhändertagande och vård till personer som smittats via injektionsmissbruk. Ett sätt är att öka medvetenheten om hepatit och hiv hos hälso- och sjukvårdspersonal, och för det behövs kunskap.

Metoddiskussion

Utvärdering av utbildningsinterventionen genomfördes med en enkät före och en enkät en månad efter utbildningstillfället. Nackdelen med en studie med för- och eftermätning är att man har dålig kontroll över om en uppmätt förändring kan bero på andra faktorer än interventionen. Att genomföra flera mätningar före och efter i tidsserier ger bättre möjlighet att utläsa trender (Sundell och Ogden 2012). En längre uppföljningstid i denna studie, till exempel med ytterligare en enkät efter 6 månader, hade varit en fördel för att kunna bedöma om resultaten speglar effekten av utbildningsinsatsen. Nackdelen med längre uppföljningstid är att risken för ett större bortfall ökar (Öst 2012). Ett annat sätt att öka möjligheten att dra pålitliga slutsatser av utbildningsinterventionen är att använda en kontrollgrupp som inte erhåller utbildning (Sundell och Ogden 2012).

Det kan vara en nackdel att den person som utfört utbildningsinterventionen också utvärderat pilotstudien, samtidigt som det kan vara en fördel då forskaren har kontroll på att interventionen genomförs på samma sätt i alla grupper (Sundell och Ogden 2012).

Fördelen med enkäter är att det går relativt snabbt kan samla in data och att enkäter innebär en liten påverkan från den forskare som utför studien (Troost 2012). Enkäten är studiens mätinstrument som måste kunna fånga upp en eventuell förändring, i detta fall före och efter utbildning. Ofta är det en fördel att kunna använda mätinstrument som är redan etablerat och som tidigare används i studier med samma design. Det ökar studiens validitet och reliabilitet (Janson 2012). Till denna studie hittades ingen sedan tidigare tillgänglig och validerad enkät som passade för syftet, men vissa frågor som användes i personalens enkät i Richters studie (2012) har anpassats och använts i pilotstudien för att kunna jämföra vissa resultat avseende personalens kunskap i ämnet.

Svaren är deltagarens egna subjektiva uppfattningar och detta beskrivs som både enkätens för- och nackdelar. Fördelen är att den som svarar på enkäten är den som själv bäst vet hur han eller hon bedömer olika förhållanden. Nackdelen är att deltagaren kanske missuppfattar frågor eller har bristande självinsikt (Janson 2012). Det finns också en risk att en person svarar på en enkät utifrån vad som förväntas, till exempel genom att överskatta antalet personer som han eller hon samtalat med om risk vid injektion av droger.

En brist i pilotstudien är att deltagarna enbart representerade verksamheter inom hälso- och sjukvård med landstinget som huvudman. Vid den fortsatta utbildningsinterventionen är förhoppningen att även andra typer av verksamheter, som socialtjänst och kriminalvård kommer att anta erbjudandet om utbildning. Dessa verksamheter möter personer i risk i andra typer av situationer, med andra erfarenheter och med annan utbildningsbakgrund. Det hade av den anledningen varit värdefullt att inkludera deltagare från andra typer av verksamheter för att stärka mätinstrumentens validitet och studiens tillförlitlighet avseende de resultat som presenteras (reliabilitet) (Janson 2012).

Bland deltagarna i pilotundersökningen saknas representanter från läkargruppen och orsaken till detta är inte klarlagd. Det är angeläget att nå läkargruppen för utbildning då internationella studier visar att läkares kunskap påverkar förutsättningen för personer som smittats med hepatit C att få tillgång till behandling, vård och stöd (McGowan et al. 2013). En studie från USA visade att läkare i primärvård saknade tillräckligt med kunskap för att kunna identifiera och erbjuda rådgivning till personer i risk för hepatit B och hepatit C, och att 83 % av de 217 deltagande läkarna i studien önskade utbildning i ämnet (Ferrante et al. 2008).

Studiepopulationens styrka är att olika yrkesgrupper och verksamheter inom hälso- och sjukvården deltog. Det är även en styrka att en hög andel personal från infektionssjukvård deltog då det kan antas att denna personalkategori har god kunskap om infektionssjukdomar. Resultatet visade ändå på behovet av utbildning.

I pilotstudien inkluderades 26 deltagare och bortfallet vid enkät II var 35 % vilket ska beaktas vid tolkning av resultat och bedömning av enkäternas utformning. Resultatet kan inte generaliseras utan ska betraktas som resultat i den pilotstudie som den är tänkt att vara. Bortfallet kan bero på att deltagarna erbjöds att vara med i pilotstudien i samband med utbildningen och att man då i grupsituationen indirekt påverkades att delta, men senare valde att avstå. Det kan också vara så att de deltagare som inte besvarade enkäten efter utbildning bedömde att utbildningen syfte och innehåll inte var relevant för deras arbetsuppgifter. Bortfallet var störst bland de yngre och äldre åldersgrupperna, och i yrkesgruppen med undersköterskor/skötare.

KONKLUSION

Pilotstudien indikerar att det finns behov av utbildning av personal som möter personer i risk att smittas via injektion av droger och att personer i risk inte i tillräcklig utsträckning erbjuds information och preventionssamtal. Utbildning och handledning kan öka personalens kunskap och motivation till hälsofrämjande insatser riktade till målgruppen.

För att få till stånd förändringar i arbetssätt och engagemang som håller över tid föreslås fortlöpande utbildning och aktivt stöd till verksamheter och personal, samt utbildning av nyckelpersoner inom verksamheterna som kan vara ett stöd för personal och personer i risk. För att förbättra vård och omhändertagande är det även av stor betydelse att arbetsgivare och verksamheter möjliggör de resurser som krävs och att samverkan mellan verksamheter utvecklas.

TACK

Jag vill börja med att tacka alla föreläsare, kursledare, personal och studiekamrater på Nordic School of Public Health (NHV) som gjort detta till en fantastisk resa. Att studera på NHV har varit mycket lärorikt och inspirerande!

Tusen tack till min handledare Lene Povlsen som med kloka kommentarer och uppmuntrande ord guidat mig genom processen att skriva ett MPH-arbete. Vägen fram till målet har varit krokig och utan ditt stöd hade det aldrig varit möjligt att nå fram!

Tack också till de verksamheter och deltagare som tog sig tid att delta på utbildningarna och besvara enkäterna! Utan er hade det inte blivit någon studie. Det hade heller inte varit möjligt utan Birgitta som medverkat i projektet. Projektet har krävt en hel del engagemang, men det har också varit givande och fantastisk på många sätt. Tack Birgitta för att du orkat! Ett stort tack också till Agneta och Linda som hjälpt oss ta fram materialet till utbildningarna.

Jag vill också tacka mina arbetskamrater och min chef som varit mycket viktiga för mig under hela studietiden. Ni har stöttat mig med arbetet, kommit med uppmuntrande ord och sett till att allt det andra har fungerat. Ni anar inte hur mycket ni betyder!

Sist, men inte minst, vill jag tacka min familj som alltid varit positiv och stöttat mig under de år jag har studerat. Tillsammans med er har jag fått energi att fortsätta. Tack för att ni finns!

REFERENSER

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Bandura, A. (2004). "Health promotion by social cognitive means", *Health education and Behavior*, vol.31, pp. 143-164.

Beijer, U., Andreasson, S., Gunnar Ågren, G. & Fugelstad, A. (2011). "Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm", *Scandinavian Journal of Public Health* vol.39, pp. 121-127.

Borup, I. (2009). Teorier och modeller i health promotion. Föreläsning i Folkhälsovetenskap. Nordic School of Public Health, Göteborg: 2009-08-18.

Butt, G., McGuinness, L., Buller-Taylor, T. & Mitchell, S. (2013). "Reasons for nonattendance across the hepatitis C disease course", *ISNR Nursing*, vol. 2013, 579529 Available at: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/579529>

Carey, J., Perlman, D.C., Friedmann, P., Kaplan, W.M., Nugent, A., Deutscher, M., Masson, C.L. & Des Jarlais, D.C. (2005). "Knowledge of hepatitis among active drug injectors at a syringe exchange program", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol.29, pp.47-53.

Cochrane, L.J., Olson, C.A., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T. & Hayes, S. (2007). "Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care", *Journal of Continuing Education in the health Professions*, vol. 27, pp. 94-102.

Cox, J., De, P., Morissette, C., Temblay, C., Stephenson, R., Allard, R., Graves, L. & Roy, É.(2008). "Low perceived benefits and self-efficacy are associated with hepatitis C virus (HCV) infection-related risk among injection drug users", *Social Science & Medicine*, vol.66, pp. 211-220.

Crockett, B. & Gifford, S.M. (2004). "Eyes wide shut": Narratives of women living with hepatitis C in Australia", *Women and health*, vol. 29, pp. 117-137.

Conrad, S., Garrett, L.E., Cooksley, W.G.E., Dunne, M.P. & Macdonald, G.A. (2006). "Living with chronic hepatitis C means 'you just haven't got a normal life any more'", *Chronic Illness*, vol.2, pp.121-131.

Crosby, R.A., Salazar, L. F. & DiClemente, R. J. (2013). Social Cognitive Theory Applied to Health Behavior. In: *Health Behavior Theory for Public Health . Principles, foundations and applications*. Crosby, R.A., Salazar, L. F. & DiClemente, R. J. (eds.) Jones & Bartlett Learning, Burlington USA, (p. 163-185.)

Dhopesh, V. P., Taylor, K.R. & Burke, W.M. (2000). "Survey of hepatitis B and C In an addiction treatment unit", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol.26, pp.703-707.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur, Danmark.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2013). *European drug report 2013*. Available at:<http://www.emcdda.europa.eu/edr2013> [accessed jan 2014]

European Center for Disease Prevention (ECDC) (2013). *Annual epidemiological report. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data*. Available at: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf> [accessed dec 2013]

ECDC & EMCDD (2011). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Förebyggande och kontroll av infektionssjukdomar bland människor som injicerar narkotika*. Available at: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111012_Guidance-ECDC-EMCDDA.pdf [accessed april 2013]

Farbring, C.Å.(2010). *Handbok i motiverande samtal – MI. Teori, praktik och implementering*, (1:a uppl.) Natur och Kultur, Finland, (p.18-24, 31-36.)

Ferrante, J.M., Chen, P.H. & de la Torre, A.N. (2008). "Family physicians' knowledge and screening of chronic hepatitis and liver cancer", *Family Medicine*, vol.40, pp.345-351.

Folkhälsomyndigheten (2013a). *2013 National Report*. Available at: <http://folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2013/december/ny-rapport-om-narkotikasituationen-i-sverige/> [accessed dec 2013]

Folkhälsomyndigheten (2013b). *Information om smittsamma sjukdomar*. Available at: <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/> [accessed july 2013]

Folkhälsomyndigheten (2013c). *Statistik för hepatit C 2012*. Available at: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/hepatit-c/?y=2013#statistics-nav> [accessed jan 2014]

Folkhälsomyndigheten (2013 d). *Förändringshjulet*. Available at: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/forandringens-dynamik/> [accessed june 2014]

Glantz,S.A. (1997). *Primer of Biostatistics*, (4th ed.) McGRAW-HILL, United States of America.

- Hedlund, J., Sylvan, S., Lundell, E., Bondesson, K., Augustini, S., Bodin, K., Olsson, K., Carlsson, Å.E., Lhådö, M. & Nyttell, B.(2009). ”Hepatit – och hiv-förebyggande program nådde var tredje narkoman”, *Läkartidningen*, vol.106, pp.1008-1011.
- Heimer, R., Clair, S., Grau, L.E., Bluthenthal, R.N., Marshall, P.A. & Singer M. (2002). “Hepatitis-associated knowledge is low and risks are high among HIV-aware injection drug users in three US cities”. *Addiction*, vol.97, pp. 1277-1287.
- Helsper, C.W., van Essen, G.A., Bonten, M.J.M. & de Wit, N.J. (2010). “A supportprogramme for primary care leads to substantial improvements in the effectiveness of a public hepatitis C campaign”, *Family Practice*, vol.27, pp. 328-332.
- Institutet för hälsa och välfärd i Finland (THL)(2009). *Finland Drug Situation 2009*. Available at: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9bf86f3e-9b30-48a1-bc56-b32981cf0575> [accessed july 2013]
- Janson, H.(2012). Mätinstrument. In: *Att göra effektutvärderingar*. Sundell, K.(ed.) Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB, Stockholm, (p.145,160-166.)
- Jarlbro, G.(2004). *Hälsokommunikation – en introduktion*,(2:a uppl.) Studentlitteratur, Lund, (p. 27-28, 39-51, 117-127.)
- Kielland, K.B., Skaug, K., Amundsen, E.J. & Dalgard, O. (2013). “All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: a controlled study”, *Journal of Hepatology*, vol.58, pp. 31–37.
- Lach, H.W., Everard, K.M., Highstein, G. & Brownson, C.A. (2004).”Application of the Transtheoretical Model to Health Education for Older Adults”, *Health Promotion Practice*, vol.5, pp. 88-93.
- Lidman, C., Norden, L., Kåberg, M., Käll, K., Franck, J., Aleman, S. & Birk, M. (2009). ”Hepatitis C infection among injection drug users in Stockholm Sweden: prevalence and gender”, *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, vol.41, pp. 679-684.
- Mathers, B.M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Steffanie, A., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A. & Mattick, R.P. (2008). “Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, *The Lancet*, vol.372, pp.1733-1745.
- Matsui, T. & Onglatco, M-L.(1992). “Career self-efficacy as a moderator of the relation between occupational stress and strain”, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 41, pp.79-88.
- McGowan, C., Monis, A., Bacon, B.R., Mallolas, J., Goncales, F.L., Goulis, I., Poordad, F., Afdhal, N., Zeuzem, S., Piratvisuth, T., Marcellin, P. & Fried, M.W. (2013). “A global view of Hepatitis C: Physician knowledge, opinions, and perceived barriers to care”, *HEPATOLOGY*, vol.57, pp.1325-1332.

Miller, E.R., McNally, S., Wallace, J. & Schlichthorst, M. (2012).” The ongoing impacts of hepatitis C – a systemic narrative review of the literature”, *BMC Public Health*, vol.12, pp. 672-685.

Munoz-Plaza, C. E., Strauss, S. M., Astone, J. M., Des Jarlais, D. C., & Hagan, H. (2004). “Drug treatment programs as sites of opportunity for the delivery of hepatitis C prevention education: Client and staff perspectives”, *Journal of Drug Issues*, vol.34, pp.861–878.

Mårtensson, L. & Hensig, G. (2009). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa. En introduktion om begreppet hälsolitteracitet*. Sahlgrenska akademien. Enheten för socialmedicin. Göteborgs Universitet. Available at: http://www.socmed.gu.se/Publicerat/Rapporter_i_fulltextformat/Halsolitteracitet/ [accessed mars 2013]

Nelson P.K., Mathers, B.M., Cowie, B., Hagan, H., Des Jarlais,D., Horyniak,D. & Degenhardt, L.(2011). ”Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews”, *The Lancet*, vol.378, pp.571-583.

Nordén, L. (2009). *Risk behavior and prevention of blood borne infections among injecting drug users*. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet.

Norrbottnens Läns Landsting (2014). *Smittsant - Information från smittskyddsläkaren 2014-01. Anmälningspliktiga sjukdomar – årsstatistik 2013*. Available at: <https://www.nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Smittskydd/Information-fran-smittskyddslakaren/> [accessed jan 2014]

Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories*, (3rd ed.) McGraw-Hill, Australia, (p.9-10, 14-17.)

O’Brien, S., Day, C., Black, E. & Dolan, K. (2008). “Injecting drug users’ understanding of hepatitis C”, *Addictive Behaviors*, vol.33, pp.1602-1605.

Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*, Liber AB, Stockholm, (p.49, 87-88.)

Petersen, V. (2013). Hvordan kan man motivere andre til at træffe beslutning om forandring. Föreläsning i Undervisning og motivation i sundheds-fremmende arbejde. Nordic School of Public Health, Göteborg: 2013-04-09.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982).” Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change”, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, vol.19, pp. 276-288.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983).”Stages and processes of self-change of smoking:Toward an integrative model of change”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.51, pp. 390-395.

Regeringskansliet (2002). Mål för folkhälsan. Proposition 2002/03:35. Available at: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259> [accessed feb 2014].

Regeringskansliet (2005). Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling. Statens offentliga utredningar SOU 2005:82. Available at: <http://www.regeringen.se/sb/d/5140/a/51024> [accessed feb 2014].

Regeringskansliet (2007). En förnyad folkhälsopolitik. Proposition 2007/08:110. Available at: <http://www.regeringen.se/sb/d/9251/a/100978> [accessed feb 2014]

Regeringskansliet (2011). Bättre insatser vid missbruk och beroende. SOU 2011:35. Available at: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/167105> [accessed dec 2013]

Richert, T.(2012). Hiv- och hepatitprevention på institution. FOU-rapport 2012:1. Malmö, Sverige: Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö Högskola. Available at: [http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/13963/FoU%20rapport%202012.1%20MU EP.pdf?sequence=2](http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/13963/FoU%20rapport%202012.1%20MU%20EP.pdf?sequence=2) [accessed may 2013]

Saugstad, T. & Mach-Zagal, R.(2009). *Sundhetspedagogik for praktikere*, (3.e uppl.) Munksgaard, København, (p.39-40, 50-51, 95-96.)

Semple, S.J., Patterson, T.L. & Grant, I. (2004). “Comparison of injection and non-injection methamphetamine-using HIV-positive men who have sex with men”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol.76, pp. 203-212.

Sroczyński, G., Esteban, E., Conrads-Frank, A., Schwarzer, R., Mühlberger, N., Wright, D., Zeuzem, S. & Siebert, U. (2009). “Long-term effectiveness and cost-effectiveness of screening for hepatitis C virus infection”, *European Journal of Public Health*, vol.19, pp. 245–253.

Stein, M.D., Maksad, J. & Clarke, J. (2001).”Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol.61, pp. 211-215.

Strauss, S.M., Astone-Twerell, J.M., Munoz-Plaza, C., Des Jarlais, D.C., Gwadz, M., Hagan H., Osborne A. & Rosenblum, A. (2006). “Hepatitis C knowledge among staff in U.S.drug-treatment programs”, *Journal of Drug Education*, vol.36, pp.141–58.

Strauss, S.M., Astone-Twerell, J., Munoz-Plaza, C.E., des Jarlais, D.C., Gwadz, M., Hagan, H., Osborne, A. & Rosenblum, A. (2007a). “Drug treatment program patients' hepatitis C virus (HCV) education needs and their use of available HCV education services” *BMC Health Services Research*, vol.7, p. 39.

Strauss, S.M., Astone-Twerell, J.M., Munoz-Plaza, C., Des Jarlais, D.C., Gwadz, M., Hagan, H., Osborne, A. & Rosenblum, A. (2007b).”Correlates of drug treatment program staff's self efficacy to support their clients' hepatitis C virus (HCV) related needs”, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol.33, pp. 245-251.

Sundell, K. & Ogden, T. (2012). Introduktion. In: *Att göra effektutvärderingar*. Sundell, K.(ed.) Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB, Stockholm, (p.32-34.)

Thorpe, L.E., Ouellet, L.J., Hershow, R., Bailey, S.L., Williams, I.T., Williamson J., Edgar, R., Monterosso, E.R. & Garfein, R.S. (2002). "Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment", *American Journal of Epidemiology*, vol.155, p. 645-653.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*, Studentlitteratur, Lund, (p.9.)

Tikkanen, R.H., Abellsson, J. & Forsberg, M.(2011). *UngKAB09. Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga*. Göteborgs Universitet, Sverige: Institutionen för socialt arbete. Available at: <http://www.ungkab.se/> [accessed dec 2013]

Tyler, D., Nyamathi, A., Stein, J.A., Koniak-Griffin, D., Hodge, F. & Gelberg, L. (2013). "Increasing hepatitis C knowledge among homeless adults: Results of a communitybased interdisciplinary intervention", *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. E-published before print. Available at: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11414-013-9333-3>[accessed june 2013]

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012). *World Drug Report 2012*. Available at: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html> [accessed dec 2013]

U.S Department of health and human services. National Cancer Institute (2005). *Theory at a Glance. A guide for health promotion practice* (2nd ed.) Available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf> [accessed june 2014]

U.S Department of health and human services. Substance abuse and mental health services Administration (SAMHSA) (2011). *A treatment improvement protocol. HHS Puplication No. (SMA) 11-4656: Addressing viral hepatitis in people with substance use disorders*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92036/pdf/TOC.pdf> [accessed july 2013]

Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB) (2013). "Epidemiology of viral hepatitis in the Arctic region", *Viral hepatitis*, vol.21, p.13. Available at: http://www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletter_s/vhv21n1.pdf [accessed july 2013]

World Health Organization (WHO) (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> [accessed mars 2014]

World Health Organization (WHO) (2012a). *Prevention and control of viral hepatitis infection: Framework for global action*. Available at: http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/GHP_Framework_En.pdf [accessed mars 2013]

World Health Organization (WHO) (2012b). *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/> [accessed mars 2013]

World Health Organization (2013). "Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, pp. 102-123.

Zickmund, S., Ho, E. Y., Masuda, M., Ippolito, L. & LaBrecque, D. R. (2003). "They treated me like a leper" - Stigmatization and the quality of life of patients with hepatitis C", *Journal of General Internal Medicine*, vol.18, pp.835-844.

Zickmund, S.L., Brown, K.E. & Bielefeldt, K.A. (2007). "A systematic review of provider knowledge of hepatitis C: is it enough for a complex disease?" *Digestive diseases and sciences*, vol. 52, pp. 2550-2556.

Öst, L-G. (2012). Forskningsdesigner. In: *Att göra effektutvärderingar*. Sundell, K. (ed.) Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB, Stockholm, (p.133-134.)



Inbjudan till utbildning

Att samtala om risker att bli smittad av allvarliga infektioner vid injektion av droger

Personer som injicerar narkotika riskerar att drabbas av hepatit, hiv och allvarliga bakteriella infektioner. Dessa infektionssjukdomar kan förebyggas med ökad kunskap och medvetenhet.

Under 2014 pågår en utbildningsatsning som riktar sig till er som i ert yrke möter personer i risk för eller med ett pågående beroende/missbruk av droger.

Varje utbildningstillfälle omfattar två timmar och innehåller följande:

- Vem riskerar att smittas?
- Medicinska konsekvenser, smittvägar, test, vaccination och behandling.
- Att leva med en smittsam sjukdom.
- Samtal om risker att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger.

Vi kommer även att presentera nytt informations- och kunskapsmaterial.

Utbildningen är kostnadsfri och naturligtvis kommer vi till er arbetsplats. Vi eftersträvar grupper med fem till tio deltagare per tillfälle. Kontakta oss så berättar vi mer och gör en planering för er arbetsplats

Kontakta oss så berättar vi mer och gör en planering för er arbetsplats!

Ann-Louise Svedberg Lindqvist
Smittskyddet Norrbotten
Telefon 0920-28 36 09
e-post: ann-louise.svedberg@nll.se

Birgitta Hall
Kuratorsenheten Sunderby Sjukhus
e-post: birgitta.hall@nll.se



Information om pilotstudie till personal som deltar i utbildningen ”Att samtala om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger”

Personer som injicerar droger riskerar att drabbas av allvarliga infektioner som går att förebygga. För att öka kunskap om dessa infektionssjukdomar och hur man kan förebygga smittspridning erbjuds personal i Norrbottens Län som möter personer i risk för eller med ett pågående missbruk att delta i utbildningen ”Att samtala om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger”

Som deltagare på utbildningen erbjuds Du att delta i en enkätstudie. Syftet med studien är att undersöka om det finns ett behov av denna typ av utbildning, samt att utvärdera utbildningens innehåll och det material som tagits fram. Deltagandet i studien är frivillig och påverkar inte möjligheten att delta på utbildningen.

Studien består av två enkäter, en enkät innan och en enkät efter utbildningen. Enkäterna tar cirka 10 minuter per gång att fylla i. Den första enkäten fylls i på plats vid utbildningstillfället och samlas in av kursledaren. Om du inte önskar delta i studien lämnar du in enkäten utan att fylla i den.

En månad efter utbildningens genomförande får alla som deltagit på utbildningen en andra enkät via e-post. Enkäten fylls i via en webb- länk, och svaret kan inte kopplas till din e-postadress. Vill du inte besvara enkäten bortser du från erbjudandet att delta.

Enkätsvaren från de båda enkäterna är helt anonyma och sammanställs av Ann-Louise Svedberg Lindqvist på Smittskyddsenheten i Norrbotten. När studien är genomförd kommer resultatet att redovisas i ett examensarbete för Master of Public Health vid Nordic School of Public Health i Göteborg. Verksamheterna som deltar kommer att få ta del av resultatet.

Genom Ditt deltagande i studien får vi värdefull information för planering av fortsatta utbildningssatsningar.

Om du har frågor kan du gärna kontakta:

Ann-Louise Svedberg Lindqvist
Smittskyddet Norrbotten
Sunderby Sjukhus
97180 Luleå

Telefon: 0920-28 36 09

E-post: ann-louise.svedberg@nll.se

Att samtala om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger

Enkätfrågor före utbildning

Bakgrundsfrågor

- | | |
|---|--|
| <p>1. Är du <input type="checkbox"/> Kvinna
<input type="checkbox"/> Man</p> <p>2. Ålder: _____</p> <p>3. Yrke /befattning:
_____</p> <p>4. Antal år i yrket: _____</p> <p>5. I vilken kommun arbetar du?</p> | <p>6. Inom vilken typ av verksamhet arbetar du i?</p> <p><input type="checkbox"/> Akutsjukvård</p> <p><input type="checkbox"/> Elevhälsa</p> <p><input type="checkbox"/> Infektionssjukvård</p> <p><input type="checkbox"/> Kriminalvård</p> <p><input type="checkbox"/> Missbruksvård (landsting)</p> <p><input type="checkbox"/> Primärvård</p> <p><input type="checkbox"/> Psykiatri</p> <p><input type="checkbox"/> Socialtjänst</p> <p><input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning</p> <p><input type="checkbox"/> Annat
_____</p> |
|---|--|

Tidigare utbildning i ämnet

- | | |
|--|---|
| <p>7. När har du <u>senast</u> deltagit på en utbildning om infektioner som personer kan smittas av vid injektion av droger?</p> | <p><input type="checkbox"/> Mindre än 1 år sedan</p> <p><input type="checkbox"/> 1-5 år sedan</p> <p><input type="checkbox"/> Mer än 5 år sedan</p> <p><input type="checkbox"/> Aldrig</p> <p><input type="checkbox"/> Kommer inte ihåg</p> |
|--|---|

Behov av kunskap

- | | |
|---|---|
| <p>8. Får du i ditt arbete frågor som rör risk för smitta vid injektion av droger?</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> |
| <p>a. Om ja – ungefär hur ofta?</p> | <p><input type="checkbox"/> Varje vecka</p> <p><input type="checkbox"/> Varje månad</p> <p><input type="checkbox"/> Någon eller några gånger per år</p> |
| <p>b. Om nej – vad tror du är anledningen till att du inte fått frågor som rör risk att smittas vid injektion av droger?</p> | |

9. Har du i ditt arbete någon gång upplevt att du behövt mer kunskap om de infektioner man kan drabbas av vid injektion av droger?

- Ja
 Nej

10. Har du i ditt arbete någon gång upplevt att du behövt mer kunskap om hur man kan smittas vid injektion av droger?

- Ja
 Nej

11. Upplever du att du har tillräcklig kunskap för att veta vilka råd du skall ge en person i en situation som kan innebära risk för smitta?

Inte alls	1	2	3	4	5	6	I hög grad
-----------	---	---	---	---	---	---	------------

12. Känner du till var du kan hitta information om smitta vid injektion av droger?

- Ja
 Nej

a. **Om ja** – ge gärna exempel på var du hittar information:

Samtal om risk för allvarliga infektioner vid injektion av droger

13. Har du någon gång initierat samtal med en klient/patient/elev om smitta vid injektion av droger?

- Ja
 Nej
 Kommer inte ihåg

a. **Om ja** – ungefär hur ofta?

- Varje vecka
 Varje månad
 Någon eller några gånger per år

14. Har du den senaste månaden initierat samtal med en klient/patient/elev om smitta vid injektion av droger?

- Ja
 Nej
 Kommer inte ihåg

a. **Om ja** – ungefär hur ofta?

- mindre än 5 gånger
 5-10 gånger
 mer än 10 gånger

15. Vad är det som avgör att du samtalar med en person om risk för smitta vid injektion av droger?
(flera alternativ är möjliga)

- Jag tar alltid upp det vid samtal om droger
- Personen tar själv upp ämnet
- Personen har testat droger i någon form
- Personen vistas i miljöer där det förekommer droger
- Personen har injicerat droger och delat injektionsutrustning
- Personen har injicerat droger men inte delat injektionsutrustning
- Skulle aldrig ta upp det
- Annat

16. Vilka hinder upplever du att det finns för att du i ditt arbete skall samtala om risker för smitta vid injektion av droger?
(flera alternativ är möjliga)

- Tidsbrist
- Upplever att jag inte har tillräcklig kunskap om hur man kan samtala om ämnet
- Upplever att jag inte har tillräcklig kunskap om smittvägar och de sjukdomar man kan drabbas av
- Personen är inte intresserad
- Känner mig osäker på hur frågor om detta kommer att tas emot av personen
- Anser att det inte tillhör mina arbetsuppgifter
- Annat _____

Kunskapsfrågor

17. Vilka situationer kan innebära risk att smittas med hiv, hepatit B och hepatit C?
(flera alternativ är möjliga)

- Stickkada orsakad av injektionskanyl som använts av annan person
- Dricka ur samma glas som en smittad person
- Sex utan kondom
- Dela injektionskanyl med annan person vid injektion av droger
- Dela blandningskopp med andra innan injektion av droger

18. Nedan följer några påståenden- ange om respektive påstående är sant eller falskt

- a. Att testa sig är det enda sättet att veta om man blivit smittad av hepatit B virus Sant Falskt Vet inte
- b. Det finns vaccin som skyddar mot hepatit C Sant Falskt Vet inte
- c. Man kan smittas av hepatit C flera gånger Sant Falskt Vet inte
- d. Hepatit B och hepatit C virus kan överleva flera dygn utanför kroppen Sant Falskt Vet inte
- e. Jag kan smittas av hepatit B om jag använder samma toalett som någon som är smittad Sant Falskt Vet inte
- f. Man kan skölja sprutor och nålar i hett vatten innan injektion och då undvika att smittas av bakterier och virus Sant Falskt Vet inte
- g. Hepatit B och C kan vara livshotande Sant Falskt Vet inte
- h. Risken för leverskada ökar om man dricker alkohol och samtidigt har hepatit C Sant Falskt Vet inte
- i. Alla som får en kronisk hepatit C kan botas genom behandling Sant Falskt Vet inte
- j. Om man smittas av hepatit B kan kroppen läka ut infektionen av sig själv Sant Falskt Vet inte
- k. Jag kan ha normala levervärden men ändå ha hepatit C Sant Falskt Vet inte
- l. En person som ser frisk ut kan ha hiv Sant Falskt Vet inte

Är det något du vill kommentera kring ämnet eller enkätens utformning? Skriv fritt!

Tack för din medverkan!

Att samtala om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger

Enkätfrågor efter utbildning

- | | |
|--|--|
| <p>1. Är du <input type="checkbox"/> Kvinna
<input type="checkbox"/> Man</p> <p>2. Ålder: _____</p> <p>3. Yrke/befattning:
_____</p> <p>4. Antal år i yrket: _____</p> <p>5. I vilken kommun arbetar du?
_____</p> | <p>6. Inom vilken typ av verksamhet arbetar du i?</p> <p><input type="checkbox"/> Akutsjukvård</p> <p><input type="checkbox"/> Elevhälsa</p> <p><input type="checkbox"/> Infektionssjukvård</p> <p><input type="checkbox"/> Kriminalvård</p> <p><input type="checkbox"/> Missbruksvård (landsting)</p> <p><input type="checkbox"/> Primärvård</p> <p><input type="checkbox"/> Psykiatri</p> <p><input type="checkbox"/> Socialtjänst</p> <p><input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning</p> <p><input type="checkbox"/> Annat _____</p> |
|--|--|

Samtal om risk för allvarliga infektioner vid injektion av droger

7. Har du den senaste månaden initierat samtal med klient/patient/elev om smitta vid injektion av droger?
- Ja
 Nej
 Kommer inte ihåg
- a. **Om ja** – ungefär hur ofta?
- mindre än 5 gånger
 5-10 gånger
 mer än 10 gånger
- b. **Om ja** – vad var orsaken/orsakerna till att du initierade samtal? (flera alternativ är möjliga)
- Jag tar alltid upp det vid samtal om droger
- Personen tog själv upp ämnet
- Personen hade testat droger i någon form
- Personen vistas i miljöer där det förekommer droger
- Personen hade injicerat droger och delat injektionsutrustning
- Personen hade injicerat droger men inte delat injektionsutrustning
- Annat _____

c. **Om nej** - vad kan vara orsaken till det?
(flera alternativ är möjliga)

- Inte träffat någon som jag upplevt varit i risk för smitta
 - För lite tid
 - Personen har avböjt
 - Känner mig osäker
 - Anser att det inte ingår i mitt uppdrag
 - Annat
-

Kunskapsfrågor

8. Vilka situationer kan innebära risk att smittas med hiv, hepatit B och hepatit C?
(flera alternativ är möjliga)

- Stickkada orsakad av injektionskanyl som använts av annan person
- Dricka ur samma glas som en smittad person
- Sex utan kondom
- Dela injektionskanyl med annan person vid injektion av droger
- Dela blandningskopp med andra innan injektion av droger

9. Nedan följer några påståenden - ange om respektive påstående är sant eller falskt!

- | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| a. Att testa sig är det enda sättet att veta om man blivit smittad av hepatit B virus | <input type="checkbox"/> Sant | <input type="checkbox"/> Falskt | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| b. Det finns vaccin som skyddar mot hepatit C | <input type="checkbox"/> Sant | <input type="checkbox"/> Falskt | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| c. Man kan smittas av hepatit C flera gånger | <input type="checkbox"/> Sant | <input type="checkbox"/> Falskt | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| d. Hepatit B och hepatit C virus kan överleva flera dygn utanför kroppen | <input type="checkbox"/> Sant | <input type="checkbox"/> Falskt | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| e. Jag kan smittas av hepatit B om jag använder samma toalett som någon som är smittad | <input type="checkbox"/> Sant | <input type="checkbox"/> Falskt | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| f. Man kan skölja sprutor och nålar i hett vatten innan injektion och då undvika att smittas av bakterier och virus | <input type="checkbox"/> Sant | <input type="checkbox"/> Falskt | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| g. Hepatit B och hepatit C kan vara livshotande | <input type="checkbox"/> Sant | <input type="checkbox"/> Falskt | <input type="checkbox"/> Vet inte |

- h. Risken för leverskada ökar om man dricker alkohol och samtidigt har hepatit C Sant Falskt Vet inte
- i. Alla som får en kronisk hepatit C kan botas genom behandling Sant Falskt Vet inte
- j. Om man smittas av hepatit B kan kroppen läka ut infektionen av sig själv Sant Falskt Vet inte
- k. Jag kan ha normala levervärden men ändå ha hepatit C Sant Falskt Vet inte
- l. En person som ser frisk ut kan ha hiv Sant Falskt Vet inte

**Utvärdering av utbildningen -
”Att samtala om risken att smittas av allvarliga infektioner
vid injektion av droger”**

10. Markera i vilken grad instämmer du i följande påståenden

a. Min medvetenhet om smittrisk vid injektion av droger har ökat efter utbildningen

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt
------------------------	---	---	---	---	---	---	-------------------

b. Jag kommer att initiera samtal om smittrisker i högre grad

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt
------------------------	---	---	---	---	---	---	-------------------

c. Utbildningen har ökat min kunskap om konsekvenser av att smittas vid injektion av droger

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt
------------------------	---	---	---	---	---	---	-------------------

d. Jag har ökat min kunskap om hur man kan minska risken för smitta vid injektion av droger

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt
------------------------	---	---	---	---	---	---	-------------------

11. Upplever du att du har tillräcklig kunskap för att veta vilka råd du skall ge en person i en situation som kan innebära risk för smitta?

Inte alls	1	2	3	4	5	6	I hög grad
-----------	---	---	---	---	---	---	------------

12. Som helhet upplevde jag utbildningen som

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Mycket dålig

13. Önskar du ytterligare utbildning?

- Ja
- Nej
- Vet inte

a. **Om ja** – beskriv gärna vad utbildningen bör innehålla

b. **Om ja** - vilka utbildningsalternativ kan du tänka dig

- Fler föreläsningar till personalgruppen
- Utbildning via dator (så kallad E-learning)
- Regelbunden handledning på arbetsplatsen av sakkunnig
- Annat _____

c. **Om nej** – varför önskar du inte ytterligare utbildning?

- Upplever att jag har tillräcklig kunskap
- Vet var jag kan hitta information om jag behöver
- Annat _____

Utvärdering av informationsmaterial

14. Har du den senaste månaden läst i materialet ”Att samtala om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger”?

- Ja
- Nej
- Kommer inte ihåg

a. **Om ja** - Upplevde du innehållet relevant för syftet att vara ett stöd i samtal? (markera grad av relevans)

Inte alls relevant 1 2 3 4 5 6 I hög grad relevant

b. Som helhet upplevde jag materialet ” **Att samtala om risken att smittas av allvarliga infektioner vid injektion av droger**” som....

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Mycket dålig

15. Har du någon gång den senaste månaden erbjudit personer i risk informationsbroschyren ”**Stop doing drugs – här får du hjälp**”

- Ja
- Nej
- Kommer inte ihåg

a. Upplever du innehållet i broschyren som relevant för syftet att informera om risken att smittas vid injektion av droger?
(markera grad av relevans)

Inte alls
relevant

1 2 3 4 5 6

I hög
grad
relevant

b. Som helhet upplevde jag informationsbroschyren riktat till personer i risk som....

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Mycket dålig

16. Skriv gärna egna kommentarer om informationsmaterialens utformning och innehåll!

17. Är det något du vill kommentera kring utbildningen eller annat som rör ämnet?
Skriv fritt!!

Tack för din medverkan!

