

FOLKHÄLSOVETENSKAPLIGT CENTRUM LINKÖPING

RAPPORT 2006:7

*Kartläggning av det hälsofrämjande
och sjukdomsförebyggande arbetet
i Landstinget i Östergötland
Del 2*



LINKÖPING SEPTEMBER 2006

Magdalena Jacobson

Lars Walter



Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland

www.lio.se/fhvc



Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland

**Kartläggning av det hälsofrämjande
och sjukdomsförebyggande arbetet
i Landstinget i Östergötland
Del 2**

September 2006

Magdalena Jacobson

Lars Valter

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	7
BAKGRUND	7
<i>Levnadsvanornas påverkan på hälsan</i>	7
<i>En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård</i>	12
<i>Kartlägningsuppdraget och dess syfte</i>	13
SYFTET MED DENNA RAPPORT	14
METOD	15
BESKRIVNING AV DE ÖPPNA FRÅGORNA	15
KODNING.....	16
RESULTAT	17
SJUKDOMSFÖREBYGGANDE INSATSER	18
<i>Tobak</i>	18
<i>Alkohol</i>	19
<i>Kost</i>	20
<i>Fysisk aktivitet</i>	22
<i>Stress</i>	23
<i>Hälsosamtal om levnadsvanor</i>	25
<i>Särskild metodik</i>	27
HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER.....	28
BEFOLKNINGSINRIKTADE INSATSER	30
<i>Aktiv kunskapsförmedling</i>	30
<i>Aktiv medverkan i befolkningsinriktat folkhälsoarbete</i>	31
SAMMANVÄGNING AV FRÅGOR OM ORSAK TILL VARFÖR HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE INTE BEDRIVS	32
LEDNINGSNIVÅ.....	32
DISKUSSION	35
METODDISKUSSION	35
RESULTATDISKUSSION	35
<i>Följer enheterna landstingets styrdokument om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård?</i>	35
<i>Kompetens och metoder</i>	38
<i>Utbildning av personal</i>	40
<i>Samverkan</i>	40
REFERENSER	42
Bilaga 1 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i Landstinget i Östergötland	
Bilaga 2 Kodlista för sjukdomsgrupper	

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till några personer som har varit till stor hjälp vid författandet av denna rapport. Det är folkhälsovetare Anita Jernberger och de tre processledarna inom Hälsöfrämjande sjukhus; Ingrid Andersson, Britt-Marie Svensson och Anna Kullberg, som utformade enkäten och författade den första rapporten. De har funnits med som stöd och remisspersoner vid framarbetandet av denna kompletterande rapport. Vill även rikta ett tack till Johan Alinder, medicinsk sakkunnig, som hjälpte till med kodning av sjukdomsgrupperna samt folkhälsovetare Matti Leijon som fungerat som remissperson.

Linköping 2006-08-30

Magdalena Jacobson
Folkhälsovetare

Lars Valter
Statistiker

Sammanfattning

Förekomsten av välfärdssjukdomar ökar i samhället. I Sverige domineras sjukdomsbördan av fyra grupper som tillsammans står för 70 procent av den totala svenska sjukdomsbördan. De fyra grupperna är: hjärt-kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, cancersjukdomar och skador. Gemensamt för dessa är att de kan påverkas av förebyggande insatser i form av bättre levnadsvanor, exempelvis minskat tobaksbruk och alkoholintag, bättre kost, ökad fysisk aktivitet samt minskad stress.

Landstinget i Östergötland har satt som mål att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hela hälso- och sjukvården. Detta i överensstämmelse med de nationella mål för folkhälsan som antogs av Sveriges riksdag 2003, det folkhälsopolitiska programmet för Östergötland som tagits fram av landstinget och länets samtliga kommuner i samverkan samt landstingets handlingsplan för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sedan 2005 är Landstinget i Östergötland som organisation medlem i nätverket Hälsofrämjande Sjukhus.

Som en del i landstingets utveckling av sin verksamhet mot en tydligare hälsoinriktning genomfördes en kartläggning avseende vad som sker inom hälso- och sjukvården idag beträffande sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande aktiviteter/insatser. En enkät skickades ut till 235 enheter inom hälso- och sjukvården samt tandvården i Östergötland hösten 2005. En första rapport presenterades i mars 2006 där resultaten från utvalda delar av enkäten redovisades. Denna kompletterande rapport syftade till att redovisa svaren på de öppna frågorna från enkäten samt resultaten av de delar som inte redovisades i den första rapporten.

Vid tolkning av resultaten måste det beaktas att svarsfrekvensen motsvarar cirka 70 procent av all verksamhet inom landstinget. Det kan vara så att de som valt att svara är mer positiva till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser än de som valt att inte svara. Därför kan inte svaren generaliseras för samtliga enheter inom landstinget. Det interna bortfallet är även i vissa fall stort, vilket gör det vanskligt att dra några slutsatser på verksamhetsnivå. På grund av detta är det därför svårt, i den här kompletterande rapporten, att dra några slutsatser om var i landstinget den största delen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bedrivs. Det är också svårt att se var någonstans det behöver utvecklas.

Resultaten från denna kompletterande rapport visar att medarbetarna på enheterna framförallt diskuterar en levnadsvanas påverkan på hälsan vid endokrina sjukdomar. Andra sjukdomsgrupper där det vanligtvis sker är hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, rörelseorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar och munhälsa. En majoritet av enheterna använder hälsofrämjande metoder och befolkningsinriktade insatser sker hos ungefär hälften av de svarande enheterna. Den största anledningen till att enheterna inte bedriver hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är att de inte anser det relevant för verksamheten, vilket oftast motiveras med att det inte är relevant för målgruppen eller att andra frågor är viktigare. Om svaret står för hela enheten eller endast för den person som besvarat enkäten är svårt att säga, då merparten av enkäterna är besvarade av en person. Om denna person är i ledningsfunktion, vilket den vanligaste respondenten i denna undersökning är, kan det troligtvis få avgörande betydelse för hur övriga medarbetare får utrymme för att

bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Enheterna anger resursbrist i form av tid, personal och ekonomi som ytterligare anledningar till varför det förebyggande arbetet får stå tillbaka. Det är även den vanligaste orsaken till varför enheterna inte har någon hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategi i verksamhetsplanen. Dock har en majoritet av de svarande enheterna en hälsofrämjande och/eller sjukdomsförebyggande strategi uttalad i verksamhetsplanen. Hur den ser ut skiljer sig emellertid åt. Långsiktiga beslut, strategisk planering och hälsopolitisk viljeriktning framhålls av Socialstyrelsen som några viktiga förutsättningar för att lyckas med det förebyggande arbetet. Inställningen bland beslutsfattare och professionen är det främsta hindret för att hälso- och sjukvården ska arbeta mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Lagar och riktlinjer finns på nationell nivå, politiska ambitioner på landstingsnivå, men förutsättningarna saknas ofta i den faktiska vården. En strategi för mer förebyggande måste utgå från personalens förutsättningar i vården.

Kartläggningen visar att det framför allt är sjuksköterskor med specialistkompetens som utgör kompetensen på enheten inom de olika livsstilsområdena. Men även andra professioner framförs såsom läkare, dietist, sjukgymnast, undersköterskor och tandvårdspersonal. Vad gäller fortbildning anser Socialstyrelsen att landstingen har ett ansvar för att vårdpersonal får fortbildning, så att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppdraget kan genomföras. I kartläggningen framkommer det att mindre än hälften av de svarande enheterna utbildar och tränar sina medarbetare inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och arbetssätt. Det är viktigt att medarbetarna inom hälso- och sjukvården har kompetens inom området om vad som skapar hälsa och om hälsofrämjande metoder för att en hälsoorientering ska åstadkommas. Dessutom måste en positiv hälsoutveckling främjas hos personalen. De måste vara bärare av ett hälsofrämjande förhållningssätt, det vill säga vara "ambassadörer" för hälsotänkandet.

Hälso- och sjukvården kan inte ensam vända den livsstilsrelaterade ohälsan i befolkningen utan samlade insatser krävs från hela samhället. Kartläggningen visar att vårdcentralen är den aktör som flest enheter uppges samarbeta med beträffande sjukdomsförebyggande arbete. När det gäller befolkningsinriktade insatser är kommunen den aktör flest enheter samverkar med. Ett stort och viktigt arbete finns här, att tydliggöra rollerna inom hälso- och sjukvården samt att hitta samverkansformer både inom landstingets verksamhet och mot externa aktörer. En stor utvecklingspotential finns och en möjlighet för hälso- och sjukvården att vara med och påverka det hälsofrämjande arbetet i samhället. Landstinget i Östergötland är en bit på väg genom de politiska beslut och dokument som framtagits. Nu gäller det att omsätta det praktiskt i större utsträckning inom verksamheterna och där utveckla samarbetet internt och externt.

Inledning

Landstinget i Östergötland har satt som mål att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hela hälso- och sjukvården. Detta i överensstämmelse med de nationella mål för folkhälsan som antogs av Sveriges riksdag 2003, det folkhälsopolitiska programmet för Östergötland som tagits fram av landstinget och länets samtliga kommuner i samverkan samt landstingets handlingsplan för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sedan 2005 är Landstinget i Östergötland som organisation medlem i nätverket Hälsofrämjande Sjukhus.

Som en del i landstingets utveckling av sin verksamhet mot en tydligare hälsoinriktning genomfördes en kartläggning avseende vad som sker inom hälso- och sjukvården idag beträffande sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande aktiviteter/insatser. En enkät skickades ut till samtliga enheter inom hälso- och sjukvården samt tandvården i Östergötland hösten 2005. En första rapport presenterades i mars 2006 där resultaten från utvalda delar av enkäten redovisades. För närmare läsning av resultaten se rapport 2006:3 *Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland*¹.

I denna kompletterande rapport redovisas svaren på de öppna frågorna från enkäten samt resultaten av de frågor som inte redovisades i den första rapporten.

Bakgrund

Levnadsvanornas påverkan på hälsan

Förekomsten av välfärdssjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, fetma och osteoporos ökar i samhället [1, 2]. I Sverige domineras sjukdomsburden av fyra grupper: hjärt-kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, cancersjukdomar och skador. Tillsammans svarar dessa för 70 procent av den totala svenska sjukdomsburden [3]. Gemensamt för dessa fyra sjukdomsgrupper är att de kan påverkas av förebyggande insatser i form av bättre levnadsvanor. Hjärt-kärlsjukdomar, olika typer av cancersjukdomar samt psykisk ohälsa är ur ett riskperspektiv sjukdomsgrupper som är gemensamma för de fyra levnadsvanorna: tobaksbruk, högt intag av alkohol, felaktiga kostvanor och fysisk inaktivitet. Dessa levnadsvanor ingår, enligt WHO, bland de tio största riskfaktorerna för sjukdom, mätt i DALYs², se tabell 1 [2].

¹ Jernberger et al, Rapport 2006:3 Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland. Folkhälsovetenskapligt centrum. Linköping mars 2006

² DALY = Disability Adjusted Life Years. Måttet är en sammanvägning av olika aspekter på sjukdom; förekomst, varaktighet, grad av funktionsnedsättning, dödlighet samt ålder vid dödsfallet och sagts sammanfatta samhällsburden av sjukdomar.

Tabell 1. De 10 största riskfaktorerna för sjuklighet och död i (DALYs) I-länder

Riskfaktorer	DALYs %
Tobak	12,2
Högt blodtryck	10,9
Alkohol	9,2
Höga blodfettnivåer	7,6
Övervikt	7,4
Lågt intag av frukt och grönt	3,9
Fysisk inaktivitet	3,3
Droger	1,8
Sexvanor	0,8
Järnbrist	0,7

Källa: World Health Report 2002

En WHO-rapport visar att upp till 80 procent av all hjärtsjuklighet och upp till 90 procent av all typ 2 diabetes, potentiellt skulle kunna förhindras genom livsstilsförändringar. Omkring en tredjedel av all cancer skulle kunna förhindras genom hälsosammare kost, viktstabilitet och fysisk aktivitet genom hela livet [4].

SBU hävdar i rapporten *Måttligt förhöjt blodtryck*, att livsstilsåtgärder är grunden i behandlingen av högt blodtryck och kan minska behovet av behandling med läkemedel. Ett flertal olika livsstilsförändringar (fysisk aktivitet, kostförändring, viktminskning, rökstopp, stresshantering och minskning av högt alkoholintag) kan gynnsamt påverka riskfaktorer för framtida hjärt-kärlsjukdom med eller utan samtidig sänkning av blodtrycket [5].

Det finns dessutom ett samband mellan arbetsrelaterad negativ stress och översjuklighet i hjärt- och kärlsjukdom [6].

Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland, presenterade i december 2005 kunskapsunderlag kring områdena tobak, alkohol, mat och hälsa, fysisk aktivitet samt hälsofrämjande. I den följande texten kommer de olika levnadsvanornas påverkan på hälsan presenteras översiktligt. För en närmare genomgång av områdena tobak, alkohol, kost och fysisk aktivitet finns kunskapsunderlagen att läsa på Folkhälsovetenskapligt centrum's hemsida: www.lio.se/fhvc.

Tobak

Tobak utgör en av de enskilt största hälsoriskerna i världen och i Sverige, och är därmed ett av WHO:s mest prioriterade områden [7]. Hälften av alla rökare dör i förtid [8] och rökning förkortar livet med tio år. Dessutom ger rökning 20 gånger så hög risk att få ett 40-tal sjukdomar som kan sänka livskvaliteten allvarligt, däribland lungsjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar och många cancersjukdomar [9]. Exempelvis förekommer kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, nästan uteslutande bland rökare och vad gäller lungcancer bedöms 90 procent av alla fall bero på rökning. Dessutom beräknas drygt en femtedel av all hjärt-kärlsjukdom bero på rökning [2]. Vad gäller snusning så skapar det ett kraftigt nikotinberoende [10] och snus innehåller cirka 2000 ämnen av vilka en del är cancerframkallande [11]. En sämre munhälsa ses även bland tobaksanvändare jämfört med icke-tobaksanvändare. Tobaksanvändare riskerar

även i högre grad att drabbas av tandlossning och andra munsjukdomar än personer som inte använder tobak [12, 13].

I Östergötland röker 17 procent av kvinnorna och 13 procent av männen dagligen. Det är något mindre jämfört med riket. När det gäller snusning har en ökning skett de senaste åren, framförallt bland kvinnor. I Östergötland snusar 22 procent av männen och 3 procent av kvinnorna, vilket är siffror som liknar rikets [14].

Minst 70 procent av rökarna och nästan hälften av snusarna vill sluta. Av dem som vill sluta önskar en tredjedel hjälp [15, 16]. Kunskapssammanställningar har visat att hjälpa människor att sluta röka är både kostnadseffektivt och gynnsamt för hälsan [17]. Korta råd om tobakstopp från hälso- och sjukvårdspersonal ökar tobaksanvändarens motivation att sluta och anses kostnadseffektivt [18].

Alkohol

Alkohol är den tredje största riskfaktorn för försämrad hälsa och förtidig död (tabell 1). Alkoholrelaterade sjukdomar orsakar nio procent av sjukdomsburden i Europa mätt i DALYs [2]. Det finns ett starkt samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i befolkningen och alkoholrelaterade sjukdomar och dödlighet [19]. Konsumtionen av alkohol har ökat i samhället [1], vilket troligtvis kommer att leda till att skadeeffekterna av alkohol kommer att öka de närmaste åren [20]. Alkohol är en bakomliggande orsak till en rad sjukdomstillstånd som cancersjukdomar i mun, svalg, matstrupe, levern men även till mord, våld och självmord [21]. Det är inte bara missbrukaren själv som skadas av alkoholen utan även personer i dennes närhet, däribland barn, familjemedlemmar och personer som råkar ut för våldshandlingar och olyckor till följd av rattfylleri [22, 23].

Andelen kvinnor och män i befolkningen i Östergötland med en riskfylld veckokonsumtion av alkohol är 5,7 procent respektive 11,1 procent. Andelen minskar i åldersgruppen 30-44 år för att sedan stiga återigen. Kvinnor och män i den äldsta åldersklassen (65-90 år) är de som dricker minst [20].

Det finns bra och enkla metoder för att identifiera personer med riskfylld alkoholkonsumtion och korta behandlingsstrategier för att effektivt påverka patienters alkoholvanor [20, 24]. Sjukvården är en aktör som på ett kostnadseffektivt sätt kan påverka högkonsumenter av alkohol att minska konsumtionen [17]. Studier har visat på god effekt av enskild rådgivning från en läkare eller sjuksköterska till en person som söker vård eller behandling i sjukvården [25, 26]. Emellertid visar en nyligen genomförd enkätundersökning, gjord av Riskbruksprojektet vid Statens folkhälsoinstitut, att allmänläkare och distriktssköterskor sällan tar upp alkoholvanor med patienter jämfört med andra livsstilsfaktorer, som till exempel rökning [27].

Kost

Välfärdssjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, cancer och fetma är sjukdomar som är starkt relaterade till matvanor. Av de tio enskilda riskfaktorerna för sjuklighet och död (tabell 1) är fem direktrelaterade till matvanor [28]. Omkring 30 procent av all cancer i I-länderna beräknas förklaras av faktorer i maten [4].

Förekomsten av övervikt och fetma har ökat i samhället och i länet, både bland vuxna och bland barn. Med det ökar även förekomsten av dess följsjukdomar exempelvis

typ 2 diabetes och hjärt-kärlsjukdomar [1, 29]. Interventioner riktade mot hela befolkningen i syfte att motverka viktökning (primärprevention) kan spara miljarder i sjukvårdskostnader. Dessutom kan kostrelaterade metoder (sekundärprevention) betraktas som ett kostnadseffektivt alternativ till läkemedel. För att bli framgångsrika måste interventionerna vara långvariga och permanenta. Inom hälso- och sjukvården bedrivs det i begränsad omfattning kostfrämjande och kostrelaterade sjukdomsförebyggande interventioner, som dessutom brukar ske i projektform och därmed inte integreras i rutinverksamheten [17].

Fysisk aktivitet

Det är väl vetenskapligt underbyggt att regelbunden fysisk aktivitet har en stark positiv effekt på hälsa, livskvalitet och välbefinnande, samtidigt som en stillasittande livsstil har ett starkt samband med ohälsa och sjukdom. Stillasittande personer har ungefär fördubblad risk för hjärt-kärlsjukdom jämfört med personer med en fysiskt aktiv livsstil. Fysisk aktivitet motverkar högt blodtryck, höga blodfetter, övervikt och fetma, osteoporos, typ 2 diabetes, olyckor, depression och även vissa cancerformer [17, 30-33].

I Östergötland är endast 23 procent av befolkningen (20-74 år) tillräckligt fysisk aktiv för att erhålla hälsofrämjande effekter. Den största andelen fysiskt inaktiva finns i åldersgrupperna medelålders män och äldre kvinnor [34]. En svensk översiktsstudie visar att interventioner för att främja fysisk aktivitet kan vara kostnadseffektiva samt leda till minskade sjukvårdskostnader och produktionsbortfall [35]. Studier har även visat att ordinerad fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården kan vara ett kostnadseffektivt sätt att arbeta i jämförelse med vanlig primärvård [36]. Ordinerad fysisk aktivitet har även visat sig vara effektivt vad gäller att öka individens fysiska aktivitetsnivå och upplevda hälsa [37].

Ohälsosam kost och brist på fysisk aktivitet är idag de ledande orsakerna till påverkbar sjukdom och förtidig död i Europa. Ökningen av förekomsten av fetma i Europa är ett stort folkhälsoproblem [38].

Stress

Människors livsstil påverkas av stress och stress ökar även risken för hälsoskadliga beteenden som dåliga kostvanor, fysisk inaktivitet, rökning samt alkohol- och drogmisbruk. Dessutom ökar risken för olyckor genom risktagning, fortkörning och åsidosättande av säkerhetsföreskrifter, både i och utanför arbetet [39]. Stress definieras av Socialstyrelsen (2003) som: ” *organismens reaktion på obalans mellan belastningar som det utsätts för och de resurser den har för att hantera dessa*” [40]. Stress är individens reaktion på en situation av något slag (ett så kallat stimulus) och kan vara en utmaning eller ett hot. Det kan alltså både vara positiva och negativa situationer [1]. När individen utsätts för långvariga stresspåslag kan den drabbas av negativa reaktioner. Individer som utsätts för långvarig stress kan drabbas av allt ifrån utmattningsproblematik till rent kroppsliga symtom som störningar i mag-tarmkanalen, högt blodtryck, typ 2 diabetes, övervikt, långvariga smärtsyndrom och övervikt [39]. De senaste åren har en ökning skett beträffande upplevelsen att ha en stressad arbetssituation. En konsekvens av den ökande stressen i arbetslivet är bland annat att den psykiska ohälsan ökat i Sverige. De dramatiska ökningarna av långtidssjukskrivningar som setts sedan mitten av 1990-talet beror till stor del på den psykiska ohälsan [40]. Samhällskostnaderna för sjukskrivningar mer än 28 dagar har

beräknats vara motsvarande 2,5 procent av Sveriges BNP [39]. År 2003 var Sveriges BNP 301 miljarder US \$ [41]. Den del av detta som bedöms bero på stressen i arbetslivet beräknas uppgå till 12 miljarder kronor årligen [39].

Andelen ungdomar som uppger psykiska problem har blivit avsevärt vanligare under de senaste decennierna. Studier har visat på ökade besvär i form av oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet samt anspänning och värk. En ökning kan ses i befolkningen i stort men den är störst i åldersgruppen 16-24 år. Bland äldre ses ingen ökning [42].

När det gäller särskilda insatser från vårdpersonal i syfte att minska den psykiska ohälsan uppfattar en svensk utredning att huvudmännen inom hälso- och sjukvården inte följer riksdagens riktlinjer om prioritering³. Behandling av mindre allvarliga tillstånd, såsom behandling av oro, nedstämdhet och huvudvärk prioriteras, av större delen av vårdgivarna, på bekostnad av förebyggande insatser med dokumenterad effekt, trots att dessa ska prioriteras före [42].

Stressförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården handlar om att hjälpa individen att mobilisera resurser samt bidra till minskning av exponering av belastningar. Det handlar bland annat om att uppmärksamma om psykosociala problem ligger till grund för besöket inom hälso- och sjukvården [43]. Studier har visat att metoder som baseras på empowerment, som stödjer individens egenkraft (copingförmåga) och ger socialt stöd är meningsfulla och effektiva. Det är viktigt med ett hälsofrämjande bemötande; omsorg, trygghet, vänlighet och värdighet [44]. Hälsofrämjande arbete syftar till att ge människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra sin hälsa [45]. Det utgår från en människosyn som ser patienten som medproducent av sin egen hälsa, så kallad empowerment-strategi [46]. Omvårdnad är en form av hälsofrämjande arbete, som syftar till att minska skadeverkningarna av negativ stress genom att stärka individen inifrån, genom att stärka dennes försvarslinjer samt reducera möjligheterna/riskerna att möta stressfaktorer som kan orsaka sjukdom [44].

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor

Individer med en ohälsosam levnadsvana har ofta andra ohälsosamma levnadsvanor [17]. Den nationella folkhälsoenkäten 2004 visade att ju fler ohälsosamma levnadsvanor man hade, desto större var andelen med dålig allmän hälsa eller nedsatt psykiskt välbefinnande. De levnadsvanor som belystes var riskkonsumtion av alkohol, daglig rökning, fetma, stillasittande fritid och låg konsumtion av frukt och grönsaker [1].

Det finns en social skillnad beträffande ohälsosamma levnadsvanor, där socialt utsatta oftare har en ansamling av dessa. En ansamling av ohälsosamma levnadsvanor (2-5 av de studerade ovan) var, i den nationella folkhälsoenkäten, vanligare bland

³ Prioriteringsordning för insatser inom hälsoområdet.

- I. Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ (lindränd) vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.
- II. Prevention med dokumenterad nytta. Habilitering och rehabilitering.
- III. Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

arbetare och lågutbildade. Denna skillnad blev än tydligare när inkomst och socioekonomi kombinerades [1].

De sociala skillnaderna i hälsa är fortfarande stora [1]. En polarisering kan ses där majoriteten av befolkningen har fått det bättre, samtidigt som några (cirka 6-7 procent av befolkningen) inte har fått del av den förbättrade utvecklingen som skett i samhället av den sociala välfärden [47]. Här kan hälso- och sjukvården göra stora insatser. Andra aktörer kan ha svårt att nå dessa grupper men hälso- och sjukvården har en unik möjlighet, då cirka 70 procent av befolkningen besöker hälso- och sjukvården under ett år [48]. Hälso- och sjukvården har en nyckelroll i folkhälsoarbetet genom sin specifika kompetens, breda kunskap, auktoritet och stora kontaktyta mot befolkningen [49].

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Sveriges riksdag har fastslagit i folkhälsopropositionen 2002/03:35 att det sjukdomsförebyggande och det hälsofrämjande perspektivet ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling [49]. Detta är emellertid inte något nytt. Sedan 1982 står det skrivet i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763 §1,2,2c,3,8) att hälso- och sjukvården har ett uppdrag att bedriva hälsofrämjande arbete och sjukdomsförebyggande insatser [50] och Prioriteringsutredningen (1996/97:60) fastslog att förebyggande vård ska finnas med i det akuta såväl som i det kroniska skedet av en sjukdom. I det akuta skedet för att om möjligt förhindra kroniska tillstånd [51].

Primärvården har under flera decennier bedrivit ett framgångsrikt förebyggande arbete inom delar av verksamheten. Inom exempelvis mödra- och barnhälsovården, ungdomsmottagningar, tandvård, skolhälsovård och företagshälsovård finns det sedan länge väl uppbyggda strukturer och sjukdomsförebyggande verksamheter. Vissa hinder har emellertid identifierats, främst tidsbrist. Tidsbristen anses vara orsakad av allmän resursbrist och ger därmed ökad arbetsbelastning. Under 1990-talet har den sjukvårdande/behandlande delen betonats alltmer medan den förebyggande verksamheten minskat, enligt Socialstyrelsen. Arbetet har mer inriktats på den individuella kontakten mellan patient och personal och i mindre utsträckning präglats av ett befolkningsansvar [3].

Socialstyrelsens kartläggning

En kartläggning av landstingens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser genomfördes av Socialstyrelsen under 2005. Kartläggningen genomfördes i tre delstudier; litteraturanlys av landstingens styrdokument, en enkätstudie till landets vårdcentraler samt fokusgruppsintervjuer med beslutfattare och tjänstemän. Resultaten från kartläggningen visar att landstingens styrdokument ofta innehåller övergripande formuleringar om folkhälsa samt förebyggande och hälsofrämjande arbete. Det förekommer dock endast ett fåtal konkretiseringar av aktiviteter och uppföljningar. Tjänstemännen och beslutsfattarna som deltog i intervjustudien ansåg att det finns en risk för att stöd till patientens hälsoutveckling uteblir om personalen inte har tillräcklig kunskap om och utbildning i förebyggande arbete samt om styrning och uppföljning saknas eller är otydlig. I studien framkom det att områden som följs upp har större dignitet än områden som inte efterfrågas. Hälsofrämjande

och sjukdomsförebyggande insatser följs sällan upp. Därför tolkar många det som att ledningen inte uppfattar förebyggande arbete som viktigt, eftersom det inte efterfrågas. Socialstyrelsen skriver att ”*det är av stor vikt att de förebyggande insatserna registreras och följs upp kontinuerligt*”⁴. Utveckling av evidensbaserade metoder och arbetssätt möjliggörs då samt att verksamheten ges en direkt återkoppling för att kunna bedöma sina insatser. I landstingen finns det ett stort intresse att följa vissa verksamheter och processer, exempelvis fysisk aktivitet på recept, men det framförs att uppföljningen inte behöver vara så tillkrånglad. Socialstyrelsen skriver att ”*styrning och uppföljning är centralt för att det förebyggande arbetet ska kunna stärkas. Indikatorer och mätbara mått behöver utvecklas*”⁵. Det är alltså av stor betydelse att styr- och ersättningsystem samt mätmetoder för att mäta hälsoutfallet utvecklas [52].

Kartläggningen av vårdcentralerna visade att systematiskt hälsoarbete förekommer i form av rutiner/program beträffande rökning, matvanor, fysisk aktivitet och övervikt, men att det är mindre vanligt när det gäller alkoholvanor och stressrelaterade problem. En majoritet av cheferna på vårdcentralerna uppgav att de medverkar och samarbetar i exempelvis förebyggande program i lokalsamhället och lokala folkhälsoråd [52].

Kartläggningsuppdraget och dess syfte

Folkhälsovetenskapligt centrum, FHVC, fick i uppdrag av Hälsorådet och hälso- och sjukvårdsdirektören att genomföra en kartläggning om vilket arbete som pågår i Landstinget i Östergötland avseende sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser riktat mot patienter och befolkning. Delmål för kartläggningen var att:

- Synliggöra och tydliggöra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom landstinget
- Tydliggöra samverkansformer och bidra till en kraftsamling för ett strategiskt folkhälsoarbete genom att väcka intresse, engagemang och ge inspiration under kartläggningsprocessen
- Bidra till förankring och genomförande av:
 - Riksdagens beslut om Mål för folkhälsan och då särskilt målområde 6 ”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”
 - Det folkhälsopolitiska programmet för Östergötland 2001-2010
 - Landstingets handlingsplan En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Förankra de tre processledarna för Hälsofrämjande sjukhus
- Skapa grund för att två delprojekt gentemot patienter och befolkning arbetas fram

⁴ Socialstyrelsen (2005). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen. sid 45.

⁵ Socialstyrelsen (2005). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen. sid 48.

Kartläggningen har genomförts av en arbetsgrupp bestående av processledarna för Hälsöfrämjande sjukhus i de tre länsdelarna, samt en projektledare från Folkhälsovetenskapligt centrum. Kartläggningen skulle fånga:

- a. kunskap
- b. strukturer och processer
- c. inställningar, attityder och värderingar

Den färdiga rapporten presenteras för landstingets Hälsöråd som utifrån denna har att ta ställning till fortsatt hantering och åtgärder.

Syftet med denna rapport

Syftet med denna kompletterande rapport är att redovisa svaren på de öppna frågorna samt de delar av enkäten som inte redovisades i den första rapporten⁶, för att utifrån det kartlägga vilket arbete som pågår i Landstinget i Östergötland avseende sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser riktat mot patienter och befolkning.

⁶ Jernberger et al, Rapport 2006:3 Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland. Folkhälsovetenskapligt centrum. Linköping mars 2006

Metod

Kartläggningen är baserad på en enkät som skickats till centrumchefer för länscentra, klinikchefer för närsjukvård och tandvård, verksamhetschefer för vårdcentraler, verksamhetsföreträdare/-medarbetare inom barnavårdscentraler samt ett slumpmässigt urval av privata vårdgivare med landstingsavtal. Enkäten omfattade fem huvudområden:

1. Sjukdomsförebyggande insatser inom områdena tobak, alkohol, kost/mat, fysisk aktivitet och stress samt hälsosamtal om levnadsvanor och metodik för detta
2. Hälsöfrämjande insatser
3. Befolkningsinriktade insatser
4. Ledningsnivå, det vill säga hälsöfrämjande och/eller sjukdomsförebyggande ledningsstrategier, styrning och uppföljning
5. Övriga frågor, det vill säga vem/vilka som besvarat enkäten, tidsåtgång för detta samt utrymme för kommentarer

Totalt sändes 235 enkäter ut inom hälso- och sjukvården i Östergötland. Det var 174 enheter som svarade, vilket ger en svarsfrekvensen på 74 procent. För en mer detaljerad beskrivning av metod och bortfallsanalys hänvisas till rapporten *Kartläggning av det hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland*⁷.

Beskrivning av de öppna frågorna

Kartläggningen innehåller totalt 54 öppna frågor (del A-D). Samtliga frågor återfinns i bilaga 1. Nedan redovisas en sammanfattning av innehållet i enkätens fyra delar (A-D).

Del A, sjukdomsförebyggande insatser, består av två öppna frågor som återkommer inom samtliga områden (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet, stress, hälsosamtal och metodik). Första frågan undersöker vid vilka diagnosgrupper samtal om levnadsvanor sker där insatsen är relevant för patienten och den andra frågan undersöker motiv till varför levnadsvanan inte diskuteras med patienter. Avsnitten om levnadsvanorna innehåller även två öppna frågor som behandlar kompetens på enheten samt samarbete med annan vårdenhet. I avsnittet om hälsosamtal har enheterna fått beskriva hälsosamtal med patienter som sökt vård. Enheterna har även kortfattat fått beskriva hälsosamtal med deltagare som kallats till besök för hälsokontroll/förebyggande program. Den sjukdomsförebyggande delen avslutas med ett avsnitt om metodik som används i samtal om levnadsvanor. De enheter som svarat att de använder en särskild metod i samtal om levnadsvanor har fått uppge vilken/vilka.

Del B, hälsöfrämjande insatser, innehåller sju öppna frågor. De enheter som svarat att de tillämpar metoder för att stimulera och tillvara ta patientens egen kraft och initiativ

⁷ Jernberger et al, Rapport 2006:3 Kartläggning av det hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland. Folkhälsovetenskapligt centrum. Linköping mars 2006

för sin egen hälsa har kortfattat fått beskriva metoden. Enheterna som svarat att de inte gör det, har ombetts att beskriva varför. Därefter har de enheter som angett att de i liten omfattning tillämpar dessa metoder, fått motivera vad det beror på och även fått möjlighet att skriva om det beror på något annat och i sådana fall vad. Sedan har de enheter som svarat att de mäter resultat av verksamhetens insatser i patientupplevd nytta och livskvalitet fått skriva vilken metod eller instrument som används. De enheter som svarat att det sker i ordinarie rutin på vissa patientkategorier har fått uppge vilka patientkategorier det sker bland och de enheter som svarat att det sker i ordinarie rutin som del i nationellt kvalitetsregister har fått uppge vilket/vilka register.

Del C, befolkningsinriktade insatser, består av sex öppna frågor. Det är beskrivning av hur kunskapsförmedlingen ser ut, vad det beror på att kunskapsförmedling inte bedrivs samt beskrivning av program och med vem samverkan sker i befolkningsinriktat folkhälsoarbete.

Del D, ledningsnivå, består av åtta frågor. Enheterna har fått svara på om de har en hälsofrämjande strategi och vad den innehåller, om de inte har det varför, om de utbildar och tränar medarbetarna i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetsätt och synsätt och vad och hur det ser ut. Om de inte gör det har de fått beskriva varför inte. De enheter som svarat att de tillämpar någon annan typ av hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande verksamhet som inte nämnts tidigare har fått beskriva hur det ser ut.

Kodning

Vid genomgången av enkätsvaren upprättades kodlistor för de olika frågorna. Kodlistorna syftade till att underlätta gruppering för vidare analys. Koderna skrevs i marginalen av datautskriften och fördes därefter in i datafilen (SPSS). All kodning utfördes av en och samma person. Resultaten i denna rapport baseras på dessa kodlistor. Kodningen och tolkningen av svaren illustreras med citat som är hämtade från svaren i datafilen. Stavfel och förkortningar har korrigerats i citaten.

Diagnosgrupper

En gemensam kodlista upprättades för samtliga områden beträffande frågan vid vilken/vilka diagnosgrupper medarbetarna på enheten diskuterar levnadsvanor med patienter, där det är relevant. Exempelvis kan en respondent ha skrivit att de tar upp matvanor med en patient som söker för typ 2 diabetes, hjärtsvikt och hypertoni. Dessa diagnoser fick var sitt kodnummer, till exempel typ 2 diabetes = 1, hjärtsvikt = 2 och hypertoni = 3. När samtliga områden och svar gått igenom hade en kodlista upprättats med 174 olika koder för diagnosgrupper. Kodlistan skickades sedan till en av landstingets medicinska rådgivare som kodade om diagnosgrupperna till 18 sjukdomsgrupper, se bilaga 2. Exempelvis kodades typ 2 diabetes och hypertoni till att vara endokrina sjukdomar och hjärtsvikt kodades till hjärt-kärlsjukdomar. Många av posterna i den första kodningen var svåra att koda på sjukdomsgrupper och placerades därför i en kategori, *ej klassificerbart*. Poster som kunde tänkas höra till flera diagnosgrupper (t.ex. balanssjukdom) placerades även i den kategorin.

Resultat

Resultatdelen börjar med en redovisning av vilka som medverkat i enkäten och hur arbetet med att besvara enkäten har strukturerats (del E), för att sedan följas av redovisningen av de öppna frågorna i del A-B samt redovisning av samtliga frågor i del C-D.

Medverkande

I cirka 40 procent av fallen har en verksamhetschef medverkat i besvarandet av enkäten. Andra vanligt förekommande respondenter är en annan medarbetare i ledningsfunktion och/eller sjuksköterska, se tabell 2.

Tabell 2. Procentuell fördelning av medarbetare som har medverkat i besvarandet av enkäten. Summan >100 då enheterna kan ha uppgett flera alternativ

Medverkande	%
Verksamhetschef	39
Annan medarbetare i ledningsfunktion	20
Sjuksköterska	19
Läkare	15
Tandläkare	9
Sjukgymnast/arbetsterapeut/kurator	7
Tandhygienist/Tandsköterska	7
Övrig	6
Kvalitetsansvarig/motsvarande	4
Annan administrativ personal	3
Studerande	2
Undersköterska	1
Centrumchef	1

Arbetet med att besvara enkäten har till största del skett individuellt (72 %) följt av sammankomster (27 %). I ett par fall har besvarande skett genom e-postkommunikation. Det vanligaste är att en verksamhetschef besvarat enkäten själv, se tabell nedan.

Tabell 3. Fördelning av antal medarbetare som besvarat enkäten och hur

Medverkande	Individuellt	Samman- komster	E-post
Verksamhetschef	62	21	2
Sjuksköterska	22	20	
Annan medarbetare i ledningsfunktion	22	18	1
Läkare	20	8	1
Tandläkare	16	6	
Sjukgymnast/arbetsterapeut/kurator	15		
Tandhygienist/Tandsköterska	8	6	
Övrig	7	6	
Kvalitetsansvarig/motsvarande	7	2	
Annan administrativ personal	3	3	
Studerande	3	1	
Centrumchef	2	1	
Undersköterska	1	1	
Totalt	188	93	4

Nedan presenteras resultaten från samtliga enheter som deltagit i kartläggningen inom landstinget samt privata aktörer med avtal. Resultatredovisningen innehåller inte någon uppdelning av svaren på verksamhetsnivå. Anledningen är att det interna bortfallet är stort och att det därför inte går att dra några tillförlitliga slutsatser.

Sjukdomsförebyggande insatser

Tobak

Resultaten visar att det är tre sjukdomsgrupper som dominerar vad gäller när medarbetarna tar upp hur tobaksbruk påverkar hälsan med patienter där det är relevant. Av de svarande enheterna uppger 39 procent att det sker vid sjukdomar i andningsorganen, 29 procent vid hjärt- och kärlsjukdom och 23 procent vid endokrina sjukdomar.

Tabell 4. Sjukdomsgrupper där enhetens medarbetare tar upp tobaksbruk med patienten, där det är relevant för patienten. Antal enheter som svarat sjukdomsgruppen (112 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Sjukdomsgrupp	Antal
Andningsorganens sjukdomar	44
Hjärt- och kärlsjukdomar	33
Endokrina sjukdomar	26
Tänder	8
Rörelseorganens sjukdomar	5
Cancersjukdomar	4
Psykisk ohälsa	3
Infektionssjukdomar	3
Sjukdomar i nervsystem inklusive stroke, demenssjukdomar och skador i nervsystemet	3
Ögonsjukdomar	2
Hudsjukdomar	2
Njursjukdomar	1
Urologiska sjukdomar	1
Öron-, näs- och halssjukdomar	1
Ej klassificerbart	47

En tredjedel av enheterna anger att medarbetarna inte regelbundet tar upp tobak i patientmötet. Av dem som svarat på vad det beror på är den vanligaste orsaken att det inte är relevant för verksamheten (80 %) följt av tidsbrist (24 %) och kunskapsbrist (14 %)⁸. Motiv som anges är att målgruppen inte är rätt eller att avdelningen/enheten inte sysslar med sådana frågor, vilket följande två citat exemplifierar: ”ofta barn i målgruppen”; ”vi är en akutmottagning”. När det gäller tidsbrist är motiven bland annat att det finns andra bitar som är viktigare eller att det tar för lång tid, vilket följande citat ger uttryck för: ”läkare anser att det tar för lång tid”.

Drygt en tredjedel av de svarande enheterna anger att de har medarbetare med särskild kompetens som jobbar med tobaksfrågor. Sextioen enheter har beskrivit hur.

⁸ Enheterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än 100.

En fjärdedel av dessa har en tobaksansvarig/rökavvänjare på enheten, andra svar är astmasköterska eller speciellt utbildad personal.

När det gäller hur man går tillväga är det vanligast att enheterna har rökavvänjning eller informerar patienterna. Av de 61 enheter som svarat på frågan anger 14 enheter att de har gruppaktiviteter, åtta av dessa anger att de även har individriktade aktiviteter.

Vanligast är det att en sjuksköterska arbetar med tobaksfrågan därefter undersköterska. Andra yrkesgrupper som anges är tandhygienister, tandläkare, läkare, hälsopedagog eller att alla på enheten gör det.

Vårdcentral är den vanligast förekommande aktör som enheterna uppger sig samarbeta med när det gäller tobaksfrågor, se tabell nedan.

Tabell 5. De fyra vanligaste vårdenheter med rökavvänjning som enheterna samarbetar med och dit patienter kan hänvisas för stöd/ behandling. Antal enheter som uppgivit vårdenheten (48 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Vårdenhet	Antal
Vårdcentral	23
Apotek	11
Företagshälsovård	6
Lungmottagning/Lungmedicin	4

Alkohol

Endokrina sjukdomar, psykisk ohälsa och hjärt-kärlsjukdomar är de vanligaste sjukdomsgrupperna där medarbetarna på enheten tar upp riskfylld alkoholkonsumtion med patienten. Nästan två tredjedelar (63 %) av enheterna anger minst en av dessa sjukdomsgrupper.

Tabell 6. Sjukdomsgrupper där enhetens medarbetare tar upp riskfylld alkoholkonsumtion med patienten, där det är relevant för patienten. Antal enheter som svarat sjukdomsgruppen (65 enheter har uppgivit ett eller flera alternativ)

Sjukdomsgrupp	Antal
Endokrina sjukdomar	15
Psykisk ohälsa	14
Hjärt- och kärlsjukdomar	12
Mag- och tarmsjukdomar	7
Andningsorganens sjukdomar	3
Rörelseorganens sjukdomar	3
Cancersjukdomar	2
Sjukdomar i nervsystem inklusive stroke, demenssjukdomar och skador i nervsystemet	2
Infektionssjukdomar	1
Tänder	1
Hudsjukdomar	1
Ej klassificerbart	38

Nästan två tredjedelar (65 %) av de svarande enheterna uppger att medarbetarna inte regelbundet tar upp riskfylld alkoholkonsumtion med patienterna. Den vanligaste orsaken bland de enheter som svarat vad det beror på, är att det inte är relevant för verksamheten (74 %). Cirka fyra gånger fler enheter har svarat det jämfört med de andra svarsalternativen kunskapsbrist (19 %) och tidsbrist (18 %)⁹. Motiv som anges då enheten svarat att det inte är relevant för verksamheten är att det inte är relevant målgrupp, exempelvis: ”operationsklinik, inte relevant i anslutning till operation skall påverka i annat sammanhang” eller ”sällan relevant bland våra patienter”. När det gäller tidsbrist ges motiv som ”det finns så många bitar att ta upp på BVC”. En enhet som svarat både inte relevant och kunskapsbrist har motiverat det som ”Kan inte hinna allt!” Tveksam relevans”. Några enheter har uppgivit att det är känsligt och svårt att ta upp frågan, att det inte känns naturligt. De enheter som har svarat på frågan om det beror på något annat och i sådana fall vad, har uppgivit att det inte finns några rutiner/modeller utarbetade, att det glöms bort eller att enheten ska börja arbeta med det samt att det är ett laddat ämne och medarbetarna kanske väljer bort att ta upp frågan på grund av missriktad hänsyn – integritetshänsyn.

Alkoholområdet är även det område där det är minst förekommande med medarbetare med särskild kompetens, endast 10 procent av enheterna anger att de har medarbetare med särskild kompetens. Kompetensen kan bestå av beroendemottagning/klinik/enhet eller så hänvisas/remitteras patienterna vidare.

Sjuksköterska och kurator är de vanligaste yrkeskategorierna som jobbar med området följt av alla på enheten eller läkare, kognitiv terapeut, behandlingsassistent et cetera.

I huvudrapporten framkommer det att 36 procent av enheterna samarbetar med någon annan vårdenhet som tar sig an patienter med alkoholproblem och hänvisar patienter dit för stöd/behandling. Den vanligaste samarbetspartnern är beroendeenhet/klinik, vilken 64 procent av de svarande enheterna samarbetar med, se tabell nedan.

Tabell 7. De fyra vanligaste vårdenheter som tar sig an patienter med alkoholproblem som enheterna uppgivit sig samarbeta med och dit patienter hänvisas för stöd/behandling. Antal enheter som uppgivit vårdenheten (64 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Vårdenhet	Antal
Beroendeenhet/klinik	41
Kommun (Socialtjänst, Råd & Stöd)	9
Psykvården	7
Tillnyktringsenheten (TNE)	3

Kost

När det gäller att ta upp kost/mat med patienter som söker vård, där det är relevant, har 43 procent av enheterna svarat att det sker vid endokrina sjukdomar.

⁹ Enheterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än 100.

Tabell 8. Sjukdomsgrupper där enhetens medarbetare tar upp matfrågor med patienten, där det är relevant för patienten. Antal enheter som svarat sjukdomsgruppen (108 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Sjukdomsgrupp	Antal
Endokrina sjukdomar	47
Tänder	17
Hjärt- och kärlsjukdomar	16
Rörelseorganens sjukdomar	12
Psykisk ohälsa	10
Mag- och tarmsjukdomar	8
Andningsorganens sjukdomar	7
Cancersjukdomar	3
Sjukdomar i nervsystem inklusive stroke, demenssjukdomar och skador i nervsystemet	1
Ögonsjukdomar	1
Kvinnosjukdomar	1
Njursjukdomar	1
Hudsjukdomar	1
Ej klassificerbart	35

En fjärdedel av de svarande enheterna uppger att de inte regelbundet diskuterar matfrågor med patienterna, där det är väsentligt. Det beror framförallt, bland de enheter som svarat vad det beror på, att det inte anses relevant för den egna verksamheten (28 av 33 enheter), följt av kunskapsbrist (6 enheter) och tidsbrist (4 enheter)¹⁰. Motiv som angetts är att det inte är relevant för patienterna, exempelvis *”inte relevant för våra patienter andra frågor är viktigare”* eller att frågan *”förekommer men är inte dominerande”*. En enhet som svarat tidsbrist och kunskapsbrist som orsak till att medarbetarna inte regelbundet tar upp matfrågor motiverar det med att *”mycket inom näringsläran är fortfarande kontroversiellt och ej evidensbaserat!”*.

Mer än hälften av enheterna har angett att de har personal med särskild kompetens i matfrågor och av dessa har 63 procent en dietist, se tabell 9.

Tabell 9. Kompetens på enheten vad gäller matfrågor samt antal enheter som svarat att de har kompetensen (95 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Kompetens	Antal
Dietist	60
Diabetessköterska	17
Speciellt utbildad personal	7
Distriktssköterska	3
Blodtryckssköterska	3
Hälsosköterska	2

Exempel på insatser inom matområdet är gruppbehandlingar, att patienten hänvisas vidare, kariesprevention, rådgivning eller att det ingår i behandling/vid patientmötet.

¹⁰ Enheterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än 33.

Dietist är den yrkesgrupp som flest enheter uppgivit arbetar med frågan på enheten, därefter kommer sjuksköterskor. Andra exempel på yrkeskategorier som angivits är läkare, undersköterskor, sjukgymnaster, tandläkare och tandhygienister.

Huvudrapporten visar att 37 procent av enheterna samarbetar med en annan vårdenhet inom mat/kostområdet och hänvisar patienter dit för stöd/behandling. Dietist är den vanligaste samarbetspartnern bland dessa, vilken 68 procent har uppgivit sig samarbeta med, se tabell 10.

Tabell 10. De fyra vanligaste vårdenheter som enheterna samarbetar med inom mat/kostområdet och dit patienter hänvisas för stöd/behandling. Antal enheter som uppgivit vårdenheten (62 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Vårdenhet	Andel
Dietist	42
Vårdcentral	7
Viktväktarna	4
Barn- och ungdomsmedicin	3

Fysisk aktivitet

Den vanligaste sjukdomsgruppen där medarbetarna tar upp fysisk aktivitet, oavsett i vilken omfattning det utförs, är endokrina sjukdomar, se tabell 11.

Tabell 11. Sjukdomsgrupper där enhetens medarbetare tar upp fysisk aktivitet med patienten, där det är relevant för patienten. Antal enheter som svarat sjukdomsgruppen (85 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Sjukdomsgrupp	Antal
Endokrina sjukdomar	33
Hjärt- och kärlsjukdomar	13
Rörelseorganens sjukdomar	13
Andningsorganens sjukdomar	12
Psykisk ohälsa	9
Tänder	3
Sjukdomar i nervsystem inklusive stroke, demenssjukdomar och skador i nervsystemet	3
Cancersjukdomar	2
Ögonsjukdomar	1
Njursjukdomar	1
Ej klassificerbart	34

Av de svarande enheterna uppger 45 procent att medarbetarna inte regelbundet tar upp fysisk aktivitet i patientmötet där det är relevant för patienten. Även här är det vanligaste motivet, bland dem som svarat på frågan vad det beror på, att det inte anses som relevant för verksamheten (84 %) följt av tidsbrist (19 %) och kunskapsbrist (9 %)¹¹. Tre exempel på motiv till att det inte anses relevant är: ”vi är nog dåliga på patienthelhetssyn på hälsa” och ”vi tar upp det när vi ser att patienten mår dåligt och allmäntillståndet är påverkat” samt ”verksamheten är allt mer

¹¹ Enheterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än 100.

inriktad på sjukvård och allt mindre på att förebygga". Andra motiv är som tidigare att målgruppen inte är den rätta samt att det beror på yrkesgruppen.

"Vi tar upp fysisk aktivitet post operativt - för varje ingrepp" är exempel på svar som givits på frågan "Något annat?, vad?" tillsammans med *"sjukgymnast kopplas in till patient med särskilt behov"*, *"vi börjar med Fysisk aktivitet på recept"*, *"alla är inte motiverade till att jobba med FaR"* samt *"ligger för långt ner på prioriterings-skalan"*.

Drygt hälften av de svarande enheterna uppger i huvudrapporten att de har medarbetare med särskild kompetens som arbetar med fysisk aktivitet. Det vanligaste är att de har en FaR-samordnare på enheten eller särskild utbildad personal. Andra exempel är hälsosamordnare, hälsosköterska, astmasköterska, diabetessköterska eller träningsenhet.

Elva enheter uppger att de arbetar med Fysisk aktivitet på recept (FaR). Den vanligaste yrkesgruppen som tar hand om ärenden beträffande fysisk aktivitet är sjukgymnast följt av sjuksköterska och undersköterska. Andra yrkesgrupper kan vara läkare, hälsopedagog och kiropraktor.

Huvudrapporten visar att fysisk aktivitet är det område där flest enheter samarbetar med någon annan vårdenhet. Korpen är den aktör som flest uppgivit sig samarbeta med, se tabell 12.

Tabell 12. De fyra vanligaste vårdenheter/intresseorganisationer som tar sig an patienter som behöver stöd att förbättra sin fysiska aktivitet och som enheterna samarbetar med och hänvisar patienter till. Antal enheter som uppgivit vårdenheten/intresseorganisationen (88 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Vårdenhet/intresseorganisation	Antal
Korpen	35
Gym/friskvårdsanläggning/simhall	17
FaR-nätverk	11
Friskis & Svettis	11

Stress

När det gäller stress är psykisk ohälsa den mest förekommande sjukdomsgrupp där medarbetarna tar upp stress med patienten, där det är relevant för patienten. Av de svarande enheterna har 30 procent uppgivit det följt av 21 procent som uppgivit sjukdomar i nervsystemet inklusive stroke, demenssjukdom och skador i nervsystemet.

Tabell 13. Sjukdomsgrupper där enhetens medarbetare tar upp stress med patienten, där det är relevant för patienten. Antal enheter som uppgett sjukdomsgruppen (78 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Sjukdomsgrupp	Antal
Psykisk ohälsa	24
Sjukdomar i nervsystem inklusive stroke, demenssjukdomar och skador i nervsystemet	17
Hjärt- och kärlsjukdomar	10
Tänder	10
Rörelseorganens sjukdomar	7
Endokrina sjukdomar	6
Andningsorganens sjukdomar	3
Mag- och tarmsjukdomar	3
Kvinnosjukdomar	2
Cancersjukdomar	1
Urologiska sjukdomar	1
Hudsjukdomar	1
Ej klassificerbart	27

Drygt hälften (52 %) av de svarande enheterna uppger att medarbetarna inte regelbundet tar upp stress med patienterna där det är relevant för patienten. Av de enheter som svarat vad det beror på, svarar 66 procent att anledningen är att det inte är relevant i vår verksamhet, följt av 35 procent som svarat tidsbrist och 12 procent som svarat kunskapsbrist¹². Motiv som anges till att det inte anses som relevant är att målgruppen inte är rätt exempelvis: ”*verksamheten gäller barn 0-5 års ålder*” och ”*dagkirurgi*”. Enheter som svarat både tidsbrist och inte relevant har svarat ”*så svårt sjuka patienter*” eller ”*thorax-kärl är högspecialistenhet*”. Motiv som angetts till tidsbrist är: ”*bakomliggande orsaker är svårt att få med vid 1 möte*” och ”*15 min/patient söker oftast för 2-3 åkommor*” samt ”*avsaknad av ‘program’*”. Andra svar är att det inte finns rutiner och program, att det görs vid behov samt att det ofta är svårt att påverka då orsaken ofta inte är åtkomlig för primärvården.

I huvudrapporten framkommer det att en tredjedel av enheterna har medarbetare med särskild kompetens i stressfrågor. Vad för sorts kompetens enheterna har skiljer sig åt. Av de 58 enheter som beskrivit hur de arbetar med stressfrågor har tio angivit att de har särskilt utbildad personal, två har angivit att friskvården arbetar med frågan därefter spretar svaren. Exempel på svar som angivits är diabetessköterska, bettfysiologisk kompetens och samtal. Fyra enheter har uppgett att stressfrågor ingår i behandling/vid patientmötet. Två enheter har svarat att personalen ”informerar om stress”.

Inom stressområdet samarbetar 41 procent av de svarande enheterna med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit. Vårdcentral är den vanligaste samverkanspartnern följt av företagshälsovård, extern konsult/privat aktör och närsjukvårdens rehaborganisation, se tabell 14.

¹² Enheterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än 100.

Tabell 14. De fyra vanligaste vårdenheter med kunskap/metoder för att hjälpa patienter med stressrelaterade problem som enheterna samarbetar med och hänvisar patienter till. Antal enheter som uppgett vårdenheten (69 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Vårdenhet	Antal
Vårdcentral	12
Företagshälsovård	9
Extern konsult/ Privat aktör	9
Närsjukvårdens rehaborganisation	9

Hälsosamtal om levnadsvanor

Drygt hälften (52 %) av de svarande enheterna svarar att hälsosamtal sker, där flera levnadsvanor diskuteras integrerat, med patienter som sökt vård. De enheter som svarat ja, har sedan fått beskriva hälsosamtalet. Frågan var tänkt att undersöka om det fanns ett hälsotänk på enheterna, det vill säga om de primärpreventivt diskuterade levnadsvanorna integrerat i hälsosamtal. Svaren från enheterna visar att så inte är fallet utan att enheterna bedriver sekundärprevention. Beskrivningarna från enheterna var svåra att koda med anledning av att enheterna svarat så olika. Svaren har därför kategoriserats grovt. Utifrån de beskrivningar som gjorts har det framkommit att hälsosamtal, där flera levnadsvanor diskuteras integrerat, sker med patienter med riskfaktorer och/eller manifesterad sjukdom, exempelvis *”övervikt, blodtryck, diabetes m.fl.”* och *”t.ex. fetma, eller rökning, farliga kombinationer, fördel med motion”*. En del enheter har kontinuerliga samtal med besökarna. En BVC-mottagning har svarat: *”återkommande samtal angående livsstilsfrågor med föräldrarna”* och flertalet BVC-mottagningar har skrivit att det sker dagligen. Samtalen kan handla om levnadsvanornas betydelse för hälsan och riskerna med rökning, alkohol, fysisk inaktivitet, dåliga kostvanor et cetera. En folktandvård skriver *”koppling mellan matvanor – rökning – tandhälsa diskuteras”*, en BVC mottagning skriver att *”på BVC pratar vi mycket om hälsa hela tiden”*. Vissa enheter har svarat att det sker på vårdcentralen vid besök hos någon yrkesgrupp, exempelvis *”läkare, distriktsköterska, diabetessköterska, blodtryckssköterska”*. Det kan även ske vid besök på en specifik mottagning vilket följande två citat beskriver *”framförallt på vikt, hypertoni och diabetesmottagning”* och *”diabetes, hypertoni, osteoporosmottagning”*. En del enheter har svarat att det sker vid anamnes och att de alltid bedömer patientens totala situation. En klinik skriver *”ingår i anamnes för läkare framförallt nikotin + mat + alkohol + omvårdnadsdokumentation”*.

Endokrina sjukdomar är den sjukdomsgrupp som flest enheter angivit att rådgivning om levnadsvanorna sker i integrerad form av hälsosamtal, oavsett omfattning.

Tabell 15. Sjukdomsgrupper där rådgivning av levnadsvanor sker i integrerad form av hälsosamtal. Antal enheter som svarat sjukdomsgruppen (32 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Sjukdomsgrupp	Antal
Endokrina sjukdomar	6
Psykisk ohälsa	5
Andningsorganens sjukdomar	4
Hjärt- och kärlsjukdomar	3
Tänder	3
Rörelseorganens sjukdomar	3
Sjukdomar i nervsystem inklusive stroke, demenssjukdomar och skador i nervsystemet	1
Infektionssjukdomar	1
Ej klassificerbart	20

En majoritet (63 %) av de svarande enheterna uppger att rådgivning om levnadsvanor inte regelbundet sker i integrerad form av hälsosamtal. Av de enheter som svarat vad det beror på, har 68 procent uppgivit att det inte är relevant för verksamheten, följt av 27 procent som svarat tidsbrist och 18 procent som svarat kunskapsbrist¹³. Anledningar till att enheterna svarat att det inte är relevant för verksamheten är: ”svårt att utforma speciella hälsosamtal för våra patientgrupper, dock ingår samtal av hälsokaraktär i möte med patienten”; ”sker om relevant”; ”patienternas sjukdomar hos mig är sällan relaterade till konsumtion av tobak/alkohol; ”inte vår primära uppgift”; ”vi har nog arbete med att få fram ’vår’ information förvissande om tandläkaren pratar fysisk aktivitet”. När det gäller tidsbrist ges motiv som prioritering, att det inte är motiverat för varje patient samt att det saknas program/rutiner för det. Andra kommentarer som ges är att det integreras i behandlingen eller att man inte har hälsosamtal i den bemärkelsen. En enhet har svarat ”det är lättare att ta fram receptblock (vi tar till de ’verktyg’ vi är vana vid)”.

Vad gäller hälsosamtal, där flera levnadsvanor diskuteras integrerat med deltagare som kallats till besök för hälsokontroll/förebyggande program, uppger mindre än var femte (19 %) av de svarande enheterna att det sker, totalt har 156 enheter svarat på frågan. Den öppna frågan där enheterna som svarat ja fått beskriva hur, har 27 enheter besvarat. Även här är det svårt att koda och gruppera svaren. Det som kan utläsas av svaren är att BVC är en arena där hälsosamtal sker och flera levnadsvanor diskuteras integrerat med deltagare som kallats till besök för hälsokontroll/förebyggande program. BVC har ett förebyggande perspektiv och levnadsvanor diskuteras rutinmässigt i verksamheten. En enhet skriver ”vi arbetar förebyggande ständigt” medan en annan skriver ”vid alla samtal med föräldrar”. En del av de svarande enheterna har svarat att de informerar och diskuterar om levnadsvanorna och dess påverkan på hälsan, vilket följande citat uttrycker: ”kost, munhygien (fluorterapi), rökning, snusning” och ”besök hos tandhygienist ges patienten råd och stöd i dessa frågor”. Några enheter har svarat att de gör hälsokontroller då det finns utrymme för det, medan några gör det på utvalda grupper.

¹³ Respondenterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än 100.

Särskild metodik

Av de svarande enheterna uppger en fjärdedel att de använder en särskild metod i samtal om levnadsvanor med patienterna. Motiverande samtal (MI) är den metoden som flest enheter använder sig av. Av de 39 enheter som besvarat frågan anger 16 att de använder MI. Därefter kommer kognitiv samtalsmetodik, vilken åtta enheter använder. Sedan går det inte att urskilja någon enhetlig metod utan enheterna använder sig av olika metoder, exempelvis eget screeningsprotokoll, Habos hälsokurva, Haluxas program hälsoprofil.

Endokrina sjukdomar och psykisk ohälsa är sjukdomsgrupper där en särskild pedagogisk metod används, se tabell 16.

Tabell 16. Sjukdomsgrupper där en speciell pedagogisk metod används. Antal enheter som svarat sjukdomsgruppen (20 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Sjukdomsgrupp	Antal
Endokrina sjukdomar	5
Psykisk ohälsa	4
Hjärt- och kärlsjukdomar	3
Tänder	1
Ej klassificerbart	13

Av de 102 enheter som svarat att de inte regelbundet använder en särskild pedagogisk metod har 92 enheter svarat vad det beror på. Av dessa svarar 49 enheter att orsaken är att det inte är relevant för verksamheten följt av 37 som svarat kunskapsbrist och 27 tidsbrist¹⁴. Att det inte är rätt målgrupp på enheten är det vanligaste motivet till svaret att det inte är relevant för verksamheten, vilket exemplifieras med följande citat: ”för jag är gynekolog och får inte ha förebyggande hälsobesök. Ska bara ha ’sjuka’ patienter”. Förklaringar som ges till kunskapsbrist är att enheterna sällan har utbildningar i pedagogiska metoder eller att det är ett fåtal som har utbildning. Tidsbrist förklaras med att det inte finns resurser. Svar som givits på frågan om det beror på något annat, är att det har låg prioritet eller att erfarenhet finns sedan tidigare. Ytterligare svar som givits är: ”generell och specifik kunskap om stress används i rådgivningen”.

¹⁴ Enheterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än antal svarande enheter.

Hälsofrämjande insatser

I huvudrapporten framkommer det att en stor del av enheterna, 72 procent, anger att de använder metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan. Föräldrautbildning och gruppverksamhet är de vanligaste metoderna, vilka tillämpas av 44 procent respektive 36 procent av enheterna som svarat på den öppna frågan.

Tabell 17. Metoder som används för att stimulera och tillvara ta patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa. Antal enheter som tillämpar de olika metoderna (108 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Metod	Antal
Föräldrautbildning	48
Gruppverksamhet (t.ex. motion, vikt, patient- och anhörig)	39
Patientskola	12
Informationsinsatser, extern verksamhet gentemot annan verksamhet	11
Samtal	4
En del av verksamheten	4
Lekterapi	3
Utbildning i egenvård	3
Behandlingsprogram	3
Övrigt	8

Av de 27 enheter som svarat på frågan varför de inte tillämpar hälsofrämjande metoder anger 18 enheter att det inte är relevant för enheten. Därefter skiljer sig motiven åt.

Av de 13 enheter som svarat på frågan om anledningen till att hälsofrämjande insatser sker i liten omfattning, har nio enheter svarat vad det beror på. Av dessa anger sex enheter att det inte är relevant för verksamheten, följt av tre enheter som svarat tidsbrist och två enheter som svarat kunskapsbrist¹⁵. Två av de nio enheter som svarat på vad det beror på, har svarat på den öppna frågan och motiverat varför. De svar som givits är ”svagt intresse från vårdtagare” och ”resurser!”.

Patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet mäts i relativt liten utsträckning, 46 av de 161 svarande enheterna anger att detta mäts. Bland de 45 enheter som svarat på den öppna frågan, kring vilken metod och/eller instrument som används, är SF 36 mest frekvent angivet. Cirka en tredjedel av de svarande enheterna tillämpar SF 36, följt av patientenkät som cirka en femtedel av de svarande enheterna brukar.

¹⁵ Enheterna kan ha svarat flera alternativ vilket medför att summan blir mer än antal svarande enheter.

Tabell 18. Metod eller instrument som används för att mäta patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet samt antal enheter som svarat att de tillämpar metoden/instrumentet (45 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Metod/instrument	Antal
SF 36	14
Patientenkät	8
EuroQol	6
Egen utvärdering/enkät	4
Epidemiologisk datarapportering	2
Diabetesregister	1
VAS-skala	1
Övriga	13

Av de 46 enheter som mäter verksamhetens insatser på detta sätt, gör 21 enheter det inom ordinarie rutin för vissa patientkategorier. Femton av dessa enheter har svarat på frågan vilket/vilka patientkategorier det sker inom. Svaren skiljer sig åt mellan de svarande enheterna. Två enheter svarar att de gör det på samtliga patienter. Andra svar är patienter som får sjukgymnastik, artrospatienter, patienter med problem i rörelseorganen, fetma, sjukskrivna, barn med olika psykiska symtom, diabetiker, drog- och alkoholberoende med mera.

Få enheter mäter resultaten av verksamhetens hälsofrämjande insatser i ordinarie rutin som del i nationellt kvalitetsregister. Sexton enheter har svarat på frågan vilket/vilka register som används. Svar som givits är:

- Feelgoods kvalitetsmanual
- Nationellt Kvalitetsregister för Mödrahälsovård
- Nationella Kataraktregistret
- Nationella Registret över Smärtrehabilitering
- NDR – Nationella Diabetesregistret
- RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård
- Ryggmärgsskaderegistret
- SEPHIA – Sekundärpreventivt hjärtintensivvårdsregister
- Socialstyrelsens Epidemiologiskaregister
- Svenskt Bråckregister

Befolkningsinriktade insatser

Aktiv kunskapsförmedling

Kunskapsförmedling, regionalt och/eller lokalt avseende hälsa, risk och skyddsfaktorer och hur de påverkar hälsa bedrivs av hälften (53 %) av de svarande enheterna. Av de enheter som svarat ja är det vanligast med utbildningar, informationsinsatser och kampanjer följt av samverkan med andra samhällsaktörer, vilket 45 respektive 21 procent bedriver.

Tabell 19. Insatser bedrivna av enheterna för kunskapsförmedling avseende hälsa, risk och skyddsfaktorer och hur de påverkar hälsa. Antal enheter som svarat att de bedriver dessa insatser (77 enheter har angivit en eller flera insatser)

Insatser	Antal
Utbildningar/information/kampanjer	39
Samverkan med andra samhällsaktörer	18
Föreläsningar	13
Hälsoråd	6
Samverkan med landstingsaktörer	5
Övrigt	7

Skolan och förskolan/barnomsorg är de verksamheter som flest enheter samarbetar med när det gäller kunskapsförmedling kring hälsa, se tabell 20.

Tabell 20. Enheternas samarbetspartners när det gäller kunskapsförmedling kring hälsa, risk och skyddsfaktorer och hur de påverkar hälsa. Antal enheter som svarat att de samarbetar med verksamheten/organisationen (40 enheter har angivit en eller flera samarbetspartners)

Samarbetspartners	Antal
Skola	19
Öppen förskola/barnomsorg	14
BVC	5
Apoteket	5
Kommunen	5
Patientförening	4
Dietist	3
Primärvården	2
Andra aktörer	11

En majoritet (62 %) av de enheter som svarat på frågan vad det beror på att de inte bedriver kunskapsförmedling, svarar att anledningen är att det inte är relevant för verksamheten följt av tidsbrist (41 %) och kunskapsbrist (8 %). Av de tio enheter som motiverat varför anger flertalet att de inte har resurser, vilket exemplifieras av följande citat: ”tar för mycket tid i anspråk ont om personal för detta”. Några enheter har svarat att det inte ingått i deras uppdrag.

Aktiv medverkan i befolkningsinriktat folkhälsoarbete

Mindre än hälften (43 %) av de svarande enheterna svarar att det finns utvecklade samverkansformer för folkhälsoarbete på lokal/regional nivå. Någon form av hälsoråd är det program som flest enheter medverkar i, se tabell 21.

Tabell 21. Program där enheterna samverkar med andra verksamheter på lokal/regional nivå. Antal enheter som uppgivit programmen (56 enheter har svarat en eller flera program)

Program	Antal
Hälsoråd/folkhälsoråd	13
Familjecentral	7
Skadeprevention	7
Riktade insatser mot barn	7
Insatser mot äldre	4
Unga föräldrar	4
Anti-tobaksprojekt	3
Diabetesprogram	3
Insatser mot gravida	3
Hagadal (Föräldrar-spädbarn verksamhet)	3
Alkoholprevention	2
FYSS	2
Allergiprogram	1
BRÅMO (Brottsförebyggande rådet i Motala)	1
Projekt Små barns tänder	1
Deprimerade mödrar	1
Fotmottagning	1
Osteoporosprogram	1
Sola sakta-kampanj	1
Klamydiadagar	1
Bättre kost	1
Ökad rörelse	1
Råd & Stöd	1
LSH (Life-Stress-Health studien)	1
Övrigt	8

Kommunen är den aktör flest enheter samverkar med i folkhälsoarbetet följt av andra enheter inom landstinget och övriga aktörer. I övriga ingår bland annat idrottsrörelsen, pensionärsföreningar och andra lokala föreningar.

En majoritet (67 %) av de enheter som svarat vad det beror på att det inte finns utvecklade samverkansformer med andra aktörer, svarar att anledningen är att det inte är relevant för verksamheten, följt av tidsbrist (37 %) och kunskapsbrist (7 %).

Motiveringar till att inte det inte sker någon samverkan med andra aktörer kring folkhälsoarbete är att förebyggande arbete inte prioriteras, att det inte finns något pågående projekt, resursbrist samt att det inte finns samverkansformer. En enhet svarar: ”*det finns inget intresse från ledningen*”.

Sammanvägning av frågor om orsak till varför hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inte bedrivs

Då frågorna, där enheterna fått ange vad det beror på att de inte regelbundet tar upp levnadsvanor, tillämpar metoder, bedriver kunskapsförmedling eller medverkar i befolkningsinriktat folkhälsoarbete sammanvägs, visar resultaten att vissa enheter svarat samma orsak på samtliga frågor. Resultaten från både huvudrapporten och denna rapport visar att det vanligaste svaret till varför inte enheten tar upp levnadsvanor, tillämpar metoder och så vidare, är att det inte anses relevant för verksamheten. Inom de länsövergripande centra ses tendenser att vissa enheter svarat att det inte är relevant för verksamheten på nästan samtliga frågor. Bland vårdcentralerna som angett vad det beror på ses tendenser att tidsbrist är det vanligaste svaret rakt igenom.

Ledningsnivå

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategi

Nästan två tredjedelar (65 %) av de svarande enheterna uppger att det finns en hälsofrämjande och/eller sjukdomsförebyggande strategi uttalad i verksamhetsplanen. När sedan enheterna kortfattat fått beskriva vad som finns kan svaren grupperas in i fyra områden: styrdokument/policyplan, friskvård, generell inställning till att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samt specifika insatser. Styrdokument/policyplan kan indelas i landstingets styrdokument och verksamhetens styrdokument. Under specifika insatser ingår vaccinationer, mottagningar, screening, forskning med mera.

De enheter som svarat att det inte finns någon strategi uttalad i verksamhetsplanen har i flest fall angett att det inte är relevant för verksamheten och resursbrist som orsaker.

Utbildar och tränar medarbetarna

Mindre än hälften, 74 av de 158 svarande enheterna, utbildar och tränar medarbetarna systematiskt inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och arbetssätt. Vad enheterna utbildar och tränar sin personal i presenteras i tabell 22.

Tabell 22. Vad enheterna utbildar och tränar sin personal inom samt antal enheter som gör det (58 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Vad	Antal
Arbetar generellt med detta	11
Arbetsmiljö	5
Tobaksfrågor/Antirök	5
Ergonomi	4
Fysisk aktivitet på recept (FaR)	4
Kost	4
Stresshantering	4
Samtalsteknik (MI)	3
Ansvarig medarbetare/hälsainformation	3
Friskvård	3
Egenvård	2
Uppföljning	2
Fysisk aktivitet/motion	2
LSH-studie	2
Hälsoprofilsbedömning personal	1
Insatser mot feta barn	1
Skadeprevention	1
Hälsopolicy	1
Övrigt	4

Utbildningen/träningen kan vara i form av kurser/utbildningar, vilka även kan vara fortbildningskurser och kan ske internt. Det kan vara teamarbete, informations-sammankomster/föreläsningar eller teman som diskuteras på personalmöten.

Bland de 84 enheter som svarat att de inte utbildar och tränar medarbetarna har 23 enheter besvarat den öppna frågan varför inte. Av dessa enheter är de vanligaste svaren resursbrist och att det inte är aktuellt, se tabell 23.

Tabell 23. Anledning till varför inte enheten utbildar och tränar medarbetarna i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och arbetssätt. Antal enheter som besvarat de olika alternativen (23 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

	Antal
Resursbrist	7
Inte aktuellt	6
Inte relevant	2
Genom patientmötet träning	2
Övrig	6

Åtta enheter har kommenterat varför de inte utbildar och tränar sin personal. En enhet svarar: "När ska vi jobba? Vi dränks i utbildning och möten av olika slag". Andra kommentarer som ges är att enheten precis är i starten av arbetet, att man är ensamarbetande, utbildning sker kontinuerligt eller ingår i grundutbildning eller att det inte bedrivs någon träning.

Strategi/plan för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats

Drygt hälften (52 %) av de svarande enheterna följer en dokumenterad strategi/plan för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats.

Annan typ av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet

Av de svarande enheterna tillämpar 37 procent någon annan typ av hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande verksamhet som inte nämnts tidigare. Frågan syftade till att undersöka annan typ av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet som riktade sig gentemot patienterna. En stor del av svaren handlar dock om verksamhet gentemot personalen. I tabellen nedan presenteras verksamhet som enheterna tillämpar.

Tabell 24. Annan typ av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet som enheterna tillämpar och som inte nämnts tidigare (52 enheter har svarat ett eller flera alternativ)

Vad	Antal
Friskvårdsbidrag till medarbetarna/träning på arbetstid	23
Friskvårdsinsatser för personalen/hälsokontroller	9
Arbetsmiljöinsatser	7
Arbetsgrupp som arbetar med frågan	2
Samarbete med andra verksamheter	2
Tobaksavvänjning	1
Fysisk aktivitet på recept (FaR)	1
Hälsobudskap på kallelser till VC	1
Övrigt	8

Kommentarer som ges i anslutning till frågan om annan typ av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet är bland annat att arbete är på gång, vilket två enheter svarat. Ytterligare kommentarer på frågan är: ”*Jag arbetar fysisk – teknisk med människor 95 % får skylla sig själva*”, vilket en respondent har svarat och en BVC-mottagning har svarat ”*Alltid samma som vinner*”. Det är svårt att dra några slutsatser om vad dessa respondenter menar med svaren. Är svaren anledningar till att inte bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser? Eller står de för något annat?

Diskussion

Metoddiskussion

Svarsfrekvensen på 74 procent varierade stort mellan olika länsdelar och verksamheter. Länscentra uppvisade en hög svarsfrekvens jämfört med närsjukvården. Däremot var det interna bortfallet inom varje frågeområde stort inom länscentra jämfört med närsjukvården. Vad gäller de öppna frågorna varierade det stort hur många enheter som valt att besvara dem. Vissa av de öppna frågorna har mindre än 20 svarande, vilket gör det svårt att generalisera resultaten till att gälla hela landstinget. Tolkningen av resultaten måste göras med detta i beaktande. Med anledning av detta togs även beslutet att inte dela upp resultatet på verksamheter utan att redovisa resultaten för hela hälso- och sjukvården.

Vid tolkning av resultaten måste det beaktas att svarsfrekvensen motsvarar cirka 70 procent av all verksamhet inom landstinget. Det kan vara så att de som valt att svara är mer positiva till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser än de som valt att inte svara. Därför kan inte svaren generaliseras för samtliga enheter inom landstinget.

Eftersom det inte kunnat göras några uppdelningar på verksamhetsnivå är det svårt att dra några slutsatser, utifrån denna kompletterande rapport, om var i landstingets organisation den största delen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bedrivs. Det vill säga om det är inom länscentra eller på vårdcentralerna et cetera. Det är även svårt att se var det behöver utvecklas.

Resultatdiskussion

Följer enheterna landstingets styrdokument om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård?

I nationella styrdokument såsom hälso- och sjukvårdslagen, Prioriteringsutredningen om prioriteringar i vården samt regeringens proposition Mål för folkhälsan, uttrycks att hälso- och sjukvården ska ha ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv. Även Landstinget i Östergötland har en viljeriktning om att arbeta hälsofrämjande och har tillsammans med kommuner och frivillig organisationer arbetat fram ett Folkhälsopolitisktprogram för Östergötland att gälla 2002-2010. Landstinget har dessutom framarbetat en handlingsplan för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen framhåller i sin kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser att långsiktiga beslut, strategisk planering och hälsopolitisk viljeriktning är några viktiga förutsättningar för att lyckas med det förebyggande arbetet [52]. Resultaten från landstingets kartläggning visar att en majoritet av de svarande enheterna inom landstinget har en hälsofrämjande och/eller sjukdomsförebyggande strategi uttalad i verksamhetsplanen. Hur den ser ut skiljer sig emellertid åt. En del syftar i sina svar på landstingets styrdokument medan en del enheter syftar på verksamhetens egna styrdokument.

Följer då enheterna inom Landstinget i Östergötland policyprogrammen, handlingsplanerna och strategierna? Resultaten från huvudrapporten¹⁶ visar att rutiner och program finns i stor utsträckning för fysisk aktivitet, kost och tobak och i mindre utsträckning inom alkoholområdet. För stress saknas rutiner/program nästan helt. Hur ofta enhetens medarbetare diskuterar en levnadsvanas påverkan på hälsan korrelerar i stort med förekomsten av rutiner och program för respektive område [53]. Resultat från denna kompletterande rapport visar att detta framförallt sker vid endokrina sjukdomar, vilket omfattar typ 2-diabetes, hypertoni, metabola syndromet, övervikt och fetma, höga blodfetter med mera. Det vill säga symtom och sjukdomar som påverkas av livsstilen. Andra sjukdomsgrupper där levnadsvanornas betydelse för hälsan diskuteras är hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, rörelseorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar och tänder.

Kartläggningen visar att en stor del av enheterna använder hälsofrämjande metoder såsom föräldrautbildningar och gruppverksamheter. Däremot är det färre som bedriver befolkningsinriktade insatser, men ändå hälften av enheterna. Den vanligaste anledningen till att enheten inte bedriver hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete samt befolkningsinriktade insatser är att de inte anser det vara relevant för verksamheten. Om svaret står för hela enheten eller endast den svarande respondenten är svårt att säga, då merparten av enkäterna har besvarats av en person. Om denna person är i ledningsfunktion, vilket den vanligaste respondenten i denna kartläggning är, kan det troligtvis få avgörande betydelse för hur övriga medarbetare får utrymme för att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inte anses vara relevant i den egna verksamheten motiveras ofta med att det inte är relevant för målgruppen och att andra frågor är viktigare. Dessa orsaker diskuteras även som tänkbara till varför förebyggande insatser är så lågt prioriterade i en rapport från CDUST-länen¹⁷. Lokalt kan det finnas en annan uppfattning om vad hälso- och sjukvården ska göra än vad de nationella styrdokumenterna säger. Argument som ”när ekonomin är dålig måste vi koncentrera oss på vårt huvuduppdrag” (underförstått behandling), ”vi kan bara prioritera de svårast sjuka” eller ”förebyggande insatser faller inte inom vårt uppdrag” har förmodligen flertalet hört [17]. I landstingets kartläggning har några enheter svarat att anledningen till att de inte bedriver kunskapsförmedling är att det inte ingått i deras uppdrag.

Enligt Socialstyrelsen har den sjukvårdande och behandlande delen fått mer utrymme på bekostnad av förebyggande insatser under 1990-talet, vilket även enheter ger uttryck för i denna kartläggning. En enhet har svarat att ”*verksamheten är allt mer inriktad på sjukvård och allt mindre på att förebygga*”. Beträffande samverkan kring befolkningsinriktat folkhälsoarbete har några enheter svarat att anledningen till att de inte medverkar är att förebyggande arbete inte prioriteras, en enhet har skrivit ”*det finns inget intresse från ledningen*”. Att det förebyggande arbetet bortprioriteras av större delen av vårdgivarna, framförs i den utredning som gjorts beträffande ungdomars psykiska hälsa. Mer tid, uppfattas av utredaren, ägnas åt behandling av mindre allvarliga psykiska problem än åt att erbjuda förebyggande insatser med

¹⁶ Jernberger et al, Rapport 2006:3 Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland. Folkhälsovetenskapligt centrum. Linköping mars 2006

¹⁷ Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län (CDUST).

dokumenterad effekt. Detta trots att förebyggande insatser med dokumenterad effekt, enligt riskdagens riktlinjer för prioritering, ska prioriteras framför behandling av mindre allvarliga psykiska tillstånd [42].

I Socialstyrelsens kartläggning framkom det att det finns en risk för att stöd till patientens hälsoutveckling uteblir om personalen inte har tillräckligt med kunskap om och utbildning i förebyggande arbete samt om styrning och uppföljning saknas helt eller är otydlig [52]. Kunskapsbrist uppges sällan vara den primära orsaken till att enheterna inte bedriver sjukdomsförebyggande arbete i landstingets kartläggning. Resultaten visar att kunskap om vilka sjukdomsgrupper som livsstilsförändringar kan ha positiva effekter på finns inom enheterna, då samtal oftast sker vid sjukdomsgrupper som kan påverkas av livsstilen. Däremot visar landstingets kartläggning att det är få av de svarande enheterna som mäter patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet. Socialstyrelsens kartläggning visar att områden som följs upp har större dignitet än områden som inte efterfrågas. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser följs sällan upp. Därför tolkar många det som att ledningen inte uppfattar det förebyggande arbetet som viktigt, eftersom det inte efterfrågas [52]. Sveriges kommuner och landsting (SKL) skriver i sin rapport *Att hitta skatten i sitt eget hus*, att en effektivare vård kan uppnås genom en hälsoorientering av vården. Diskussionen om mål är viktig. En verksamhet som har tydliga och uttalade mål som kan omfattas av alla, har större förutsättningar att vara effektiv. Genom att mäta hälsa, hälsovinster eller vårdresultat, såväl för enskilda som för grupper av patienter och för befolkningen i vid mening, kan det bli möjligt att fokusera på hälsovinster (vårdresultat) snarare än på sjukvårdsproduktionen i sig. På detta sätt kan hälsoorienteringen ses som ett strategiskt instrument som kan utveckla en effektivare hälso- och sjukvård [54].

Resursbrist i form av tid, personal och ekonomi är ytterligare anledningar till att det förebyggande arbetet får stryka på foten, enligt landstingets kartläggning. Det är även den vanligaste orsaken till varför enheterna inte har någon hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategi i verksamhetsplanen. En vårdcentral svarar: *”resurser räcker inte till förebyggande arbete”*. Tidsbrist anges av vårdcentralerna som den främsta orsaken till varför de inte regelbundet arbetar hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och/eller bedriver befolkningsinriktade insatser. Detta har även, i tidigare studier, identifierats som ett hinder när det gäller förebyggande arbete inom primärvården [3]. Primärvården anses ha en viktig uppgift i folkhälsoarbetet genom sin stora kontaktyta med såväl unga som äldre [49] och därför bör det här uppmärksammas.

Landstingets kartläggning visar likt SKL:s rapport att en vilja finns till ökad hälsoorientering såväl på politisk nivå som på verksamhetsnivå inom hälso- och sjukvården. Styrdokument finns på politisk nivå och i verksamheterna. Landstinget i Östergötland har kommit en bit på väg genom att beslut har fattats om att bli en mer hälsofrämjande organisation. Men för att komma hela vägen måste besluten accepteras och tillämpas i verksamheterna. Medarbetarna måste förstå beslutet, kunna genomföra beslutet och vilja genomföra beslutet [55] för att implementeringen av det politiska beslutet om en hälsofrämjande organisation ska lyckas. Att praktiskt verksställa de politiska visionerna anses ofta vara det svåra [54]. Eftersom den största anledningen till att enheterna inte arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande är att de inte anser det relevant för verksamheten, indirekt patienterna, så kan det

tolkas, enligt ovanstående teori för att lyckas med implementering av politiska beslut [55], som att de inte har förstått beslutet. Det kan även vara så att de har förstått beslutet men att viljan inte finns till att genomföra det. Några enheter har svarat att motivet till att de inte bedriver befolkningsinriktad kunskapsförmedling är att det inte funnits i deras avtal. I Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag 2007 finns hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser med som generella uppdrag. Det medför att verksamheterna blir ålagda att i sina åtagandebeskrivningar ta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och på så sätt kommer det med i avtalen.

Inställningen bland beslutsfattare och professionen är det främsta hindret för att hälso- och sjukvården ska arbeta mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Lagar och riktlinjer finns på nationell nivå, politiska ambitioner finns på landstingsnivå, men förutsättningar saknas ofta i den faktiska vården för att arbeta förebyggande [17], vilket landstingets kartläggning även visar, då resursbrist vid ett flertal tillfällen anges som orsak till att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inte bedrivs. En strategi för mer förebyggande måste utgå från personalens förutsättningar i vården. CDUST-länen ger i sin rapport *Förebygga eller bota* [17] tre riktlinjer för det förebyggande arbetet:

- Tydligare uppdrag om förebyggande insatser
- Ekonomiska incitament att arbeta hälsofrämjande och förebyggande kan vara att den ekonomiska ersättningen till verksamheten delvis är knuten till det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.
- Tydliga beslut om att genomföra försök med förebyggande insatser som utvärderas.

Ett stort problem ur ett politiskt ledningsperspektiv är att de administrativa och ekonomiska styrinstrumenten inte är tillräckligt anpassade för att stimulera till ökad hälsoorientering, snarare att de motverkar en ökning av det hälsofrämjande arbets sättet [54]. Inom Landstinget i Östergötland har kvalitetsersättning givits till förebyggande arbete i form av Fysisk aktivitet på recept (FaR), som var en mål & måttparameter 2004 och 2005. Denna satsning gav även en möjlighet att följa upp och utvärdera den modell som används i FaR-arbetet i Östergötland. Resultaten från utvärderingen visar att det tar tid att implementera en metod som FaR i en primärvårdsorganisation [37]. Det långsiktiga arbetet inom ordinarie verksamhet förefaller vara gemensamt för de hälsofrämjande strategier som varit framgångsrika inom hälso- och sjukvården, samt samverkan över organisationsgränser och att arbeta med flera metoder samtidigt [54]. Arbetet med FaR innebar endast arbete med en livsstil och en metod. I framtiden finns det möjlighet att arbeta med metoder/modeller inom flera olika livsstilsområden.

Kompetens och metoder

För att åstadkomma en hälsoorientering av hälso- och sjukvården är det viktigt att medarbetarna har kompetens inom området och om vad som skapar hälsa. Bristande kunskap om hälsofrämjande arbete hos läkare och övrig vårdpersonal är ett hinder för en hälsoorientering [54]. Det är viktigt att medarbetarna har kunskap om levnadsvanornas betydelse för hälsan samt metoder för att främja hälsa och förändra

levnadsvanor. När det gäller kompetensen på enheterna inom de olika livsstilsområdena framkommer det att det i synnerhet är sjuksköterskor som är kompetensen inom området. Det är ofta sjuksköterskor såsom distriktssköterskor, blodtryckssköterskor, diabetessköterskor, astmasköterskor med flera och som arbetar på en specialistmottagning. Sjuksköterskebaserade specialistmottagningar och barnvårdscentraler var, i en utvärdering av det hälsofrämjande arbetet i Katrineholm, de verksamheter inom vårdcentralerna där det hälsofrämjande arbetet framförallt bedrevs [56]. Specialiseringen, att distriktssköterskorna har ett eget ansvarsområde exempelvis i form av distriktssköterskeledda mottagningar, framförs som en framgångsfaktor i distriktssköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, enligt en rapport därom. I rapporten framkom det att ungefär hälften av distriktssköterskorna upplevde samarbetsproblem, framförallt med allmänläkargruppen, i dessa frågor. En förklaring som gavs till det var att allmänläkarna hade ett mer sjukdomsinriktat synsätt medan distriktssköterskan mer har det hälsofrämjande perspektivet [57]. I landstingets kartläggning har några enheter uppgivit läkare som kompetens. SKL uppmärksammar i sin rapport att läkarna har en viktig roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, inte minst för att deras engagemang ger legitimitet åt de hälsofrämjande insatserna. Vidare skriver SKL att läkaren inte behöver vara experten på rökavvänjning och att det inte är han/hon som ska bryta patientens sociala isolering, som uppenbart påverkar hälsan. Läkaren har däremot den synnerligen viktiga rollen att uppmärksamma de bakomliggande orsakerna till ohälsan och börja samtala med patienten kring hur levnadsvanorna påverkar hälsan och personens tankar utifrån det. Men det handlar inte enbart om den enskilda läkarens sätt att föra samtal utan det förutsätter också att hälso- och sjukvården är organiserad så att läkaren enkelt kan hänvisa patienten till någon som kan ge fortsatt stöd [54].

Det är svårt att säga något om *hur* kompetensen ser ut, då det är ett fåtal enheter som beskrivit det. När det gäller *hur*, går det utifrån de svar som givits säga att personalen arbetar med information, rådgivning, grupp- och individaktiviteter eller att patienterna hänvisas vidare till en annan vårdenheter. Det är inte så många enheter som uppgivit att de arbetar med en speciell metod. Inom området fysisk aktivitet arbetar en del enheter med fysisk aktivitet på recept (FaR) och inom tobak med rökavvänjning. En strävan finns inom hälso- och sjukvården att så långt som möjligt använda metoder som det finns evidens för. Det finns emellertid ett begränsat antal metoder för att förändra levnadsvanor, som det dels finns evidens för och som dels är användbara i mötet patient – vårdpersonal. Socialstyrelsen anser dock att det är angeläget att de används och sprids. Det handlar exempelvis om metoder för att identifiera och påverka alkoholvanor och stöd vid rökstopp [52]. En utvärdering av den modell som används för att arbeta med FaR inom Landstinget i Östergötland har även visat sig vara effektiv genom att öka individernas fysiska aktivitetsnivå och att individerna upplevde att symtom och allmänna hälsotillståndet blev bättre efter ett år [37]. Hagberg et al ger i rapporten *Förebygga eller bota. Om kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården* [17] rekommendationer om vilka metoder som bör tillämpas, utvecklas och utvärderas:

- ”Systematiska metoder att stödja rökare att sluta röka.
- Rådgivning om levnadsvanor till personer med förhöjd risk för ohälsa, till exempel högkonsumenter av alkohol, kraftigt överviktiga och fysiskt inaktiva.

- Kostrådgivning till överviktiga i kombination med beteendeterapi.
- Fysisk aktivitet på recept med inriktning på olika målgrupper, framför allt äldre och fysiskt inaktiva och överviktiga ungdomar.
- Olycksfallsförhindrande insatser i hemmen hos äldre.
- Insatser för att främja säkrare sexbeteende.
- Påverkan på levnadsvanor för personal anställda i landstinget med screening av levnadsvanor, rådgivning och stöd”.

Utbildning av personal

Socialstyrelsen framhåller att landstingen har ett ansvar för att vårdpersonal får fortbildning så att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppdraget kan genomföras [52]. I landstingets kartläggning framkommer det att mindre än hälften av de svarande enheterna utbildar och tränar sina medarbetare systematiskt inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och arbetssätt. Här finns en stor utvecklingsmöjlighet att både arbeta med kunskapsutveckling hos medarbetarna men även med attityd- och värderingsfrågor. Om hälso- och sjukvården ska lyckas bli mer hälsoorienterad måste en positiv hälsoutveckling främjas hos personalen. De måste vara bärare av ett hälsofrämjande förhållningssätt, det vill säga vara ”ambassadörer” för hälsotänkandet. Detta tog Enköpings lasarett fasta på i processen att bli ett hälsofrämjande sjukhus och startade därför ett personalinriktat projekt. Utgångspunkterna var att personalen ska ha redskap att använda i arbetet med sjukhusets hälsofrämjande inriktning samt att medarbetarna ska uppleva sin arbetsplats som hälsofrämjande [54]. Landstingets kartläggning visar att drygt hälften av de svarande enheterna har en strategi/plan för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats. Flera enheter har uppgivit att de har friskvårdsinsatser för personalen i form av bidrag eller att personalen får träna på arbetstid. Sedan den här kartläggningen har landstingets friskvårdspolicy förändrats och innebär nu bland annat att medarbetarna kan få ett så kallat friskvårdsbidrag, men att träning på arbetstid inte längre är möjlig. Eftersom denna kartläggning inte inriktat sig till medarbetarperspektivet (se rapport *Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland*, 2006) kommer frågan inte diskuteras ytterligare.

Samverkan

Hälso- och sjukvården kan inte själva vända den livsstilsrelaterade ohälsan i befolkningen. Samlade insatser krävs från hela samhället och insatser måste göras inom flera olika arenor samtidigt, där hälso- och sjukvården är en arena. När det gäller sjukdomsförebyggande arbete visar resultaten att enheterna i större utsträckning samverkar med andra vårdenheter inom landstinget, oftast en vårdcentral. Det är bara inom området fysisk aktivitet som enheterna mer förekommande samverkar med en extern aktör. En trolig anledning till detta är att den modell som används i Östergötland för att arbeta med FaR, och som de flesta vårdcentraler inom landstinget tillämpar, kräver en samverkan med andra aktörer i samhället [58]. Vad gäller befolkningsinriktade insatser är kommunen den aktör som flest enheter uppgivit sig samverka med. Socialstyrelsen framhåller i sin rapport att samarbetet måste stärkas med kommunerna och andra viktiga aktörer på området [52]. I huvudrapporten diskuterar författarna om att ett stort och viktigt arbete, som

går att utveckla inom hela hälso- och sjukvården, är att tydliggöra rollerna samt hitta samverkansformer både inom landstingets verksamhet samt mot externa aktörer [53]. Här ses en stor utvecklingspotential och möjlighet för hälso- och sjukvården att i större omfattning kunna vara med och påverka det hälsofrämjande arbetet i samhället. Landstinget i Östergötland är en bit på väg genom att tillsammans med kommunerna och frivillig organisationer i Östergötland ha arbetat fram det folkhälsopolitiska programmet. Nu gäller det att omsätta det praktiskt i större utsträckning inom verksamheterna och där utveckla samarbetet internt och externt.

Referenser

1. Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport*. 2005, Epidemiologiskt centrum Socialstyrelsen: Stockholm.
2. World Health Organization, *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy Life*. 2002: Geneva.
3. Statens folkhälsoinstitut, *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. 2005, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
4. World Health Organization, *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. 2003. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report series 916: Geneva.
5. SBU, *Måttligt förhöjt blodtryck. Rapport 2001:170*. 2001, SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering.
6. Ågren G and Lundgren B, *Recept för ett friskare Sverige. En översikt av den svenska folkhälsopolitiken*. 2006:05, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
7. The World Bank, *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. . Series Development in practice, Juni 1999.
8. Peto R, et al., *Mortality from smoking developed countries 1950-2000*. Oxford University Press, 1994.
9. Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport*. 2001, Epidemiologiskt centrum Socialstyrelsen: Stockholm.
10. Henningfield JE, Fant RV, and Tomar SL, *Smokeless tobacco; an addicting drug*. Adv Dent Res, 1997. **11**: p. 330-5.
11. Statens folkhälsoinstitut, *Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 11 Minskat bruk av tobak*. Rapport nr 2005:60, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
12. Robertson PB, Walsh MM, and Greene JC, *Oral effects of smokeless tobacco use by professional baseball players*. Adv Dent Res, 1997. **11**: p. 307-12.
13. SBU, *Rökning och ohälsa i munnen. En evidensbaserad kunskapsammanställning. Rapport 2002:157*. 2002, SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering: Stockholm.
14. Borgstedt-Risberg M. et al, *Rapport 2004:2 Östgötens psykiska hälsa. Kommunrapport om självskattad psykisk hälsa*. . 2004, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland: Linköping.
15. *Liv och Hälsa i Norrland. Befolkningsundersökning 2003 i Västernorrlands, Jämtland, Västerbottens och Norrbottens län*. 2003, Jämtlands län, Västerbottens län, Västernorrlands län, Norrbottens län. www.livohalsa.nu.
16. *Liv och hälsa i Västra Götaland. Befolkningsundersökning 2003*. 2003 [cited; Available from: http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Start_3831.aspx].
17. Hagberg L, et al., *Förebygga eller bota. Om kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvård*. . 2004, Regionsamverkan CDUST.
18. Post A and Giljam H, *Tackla tobak. Tobaksprevention i teori och praktik*. 2003, Lund: Studentlitteratur.
19. Socialstyrelsen, *Nationell handlingsplan för alkoholskadeförebyggande arbete*. 2000, Socialstyrelsen: Stockholm. p. 79.
20. Bendtsen P, *Kunskapsunderlag Alkohol*. december 2005, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland: Linköping.
21. Anderson P, *The risk of alcohol - What general practice can do*. 2003, Nijmegen: Thesis pp 79.
22. Rehm J and et al, *Alcohol as a risk factor for global burden of disease*. European Addiction Research, 2003. **9**: p. 157-164.
23. Single E and et al, *Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada*. American Journal of Public Health, 1999. **89**(3): p. 385-390.

24. SBU, *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Rapport 2001:156/1*. 2001, SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering: Stockholm.
25. Deehan A. et al, *Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995*. Journal of Advanced Nursing, 1998. **28**(3): p. 592-7.
26. Deehan A. et al, *Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care*. British Journal of General Practice, 1998. **48**: p. 1779-82.
27. Statens folkhälsoinstitut. *Distriktssköterskor och läkare pratar sällan om alkoholvanor*. Pressmeddelande 2006-06-21 [cited; Available from: http://www.fhi.se/templates/page_8814.aspx].
28. World Health Organization, *The European Health Report 2002*. 2002, WHO: Geneva.
29. Angbratt M, *Matvanor och vikt*, in *Rapport 2000:1 Östgötens hälsa och miljö 2000*, Ekberg K, Noorlind Brage H, and Dastserri M, Editors. 2000, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland: Linköping.
30. Ekblom B and Nilsson J, *Aktivt liv - vetenskap och praktik*. 2000, Stockholm: SISU Idrottsböcker.
31. U.S. Department of Health and Human Services, *Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General*. . 1996, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: Atlanta.
32. UK Department of Health, *At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. In a report from the Chief Medical Officer*. 2004, Department of Health.
33. YFA, *FYSS - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, ed. Ståhle A. 2003, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
34. Leijon M, *Fysisk aktivitet*, in *Rapport 2000:1 Östgötens hälsa och miljö 2000*, Ekberg K, Noorlind Brage H, and Dastserri M, Editors. 2000, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland: Linköping.
35. Hagberg L and Lindholm L, *Cost-effectiveness of health care based interventions aimed at improving physical activity*. Scandinavian Journal of Public Health, 2006. **In press**.
36. Hagberg L and Nyberg L, *Behandling med fysisk aktivitet kan vara väl använda pengar! Hälsoekonomisk analys av behandling med fysisk aktivitet i primärvården i Karlskoga*. 2005 **In press**, Örebro läns landsting: Örebro
37. Leijon M and Jacobson M, *Fysisk aktivitet på recept - Fungerar det? En utvärdering av östgötamodellen*. Rapport 2006:2 Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland: Linköping.
38. Commission of the European Communities, *Green Paper "Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases"*. 08.12.2005: Brussels.
39. Ekman R and Arnetz B (red), *Stress. Individiden-samhället-organisationen-molekylerna*. 2 ed. 2005, Stockholm: Liber AB.
40. Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom - stressrelaterad psykisk ohälsa*. Oktober 2003 Stockholm. p. 15.
41. Wikipedia. Den fria encyklopedin. *Lista över länder efter BNP*. Besökt 2006-07-10 [cited; Available from: http://sv.wikipedia.org/wiki/Lista_%C3%B6ver_l%C3%A4nder_efter_BNP].
42. Bremberg Sven, *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. SOU 2006:77*. 2006, Stockholm: Fritzes.
43. SBU, *Patient-läkarrelationen-Läkekonst på vetenskaplig grund. SBU-rapport 1999:144*. 1999, SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering: Stockholm.
44. Kristensson M, *Kunskapsunderlag Hälsofrämjande*. december 2005, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland: Linköping.

45. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. . in *First International Conference of Health Promotion*. 1986. Ottawa: WHO/HPR/HEP/95.1.
46. Rappaport J, *Term of empowerment/exemplars of prevention toward a theory for community psychology*. Am J Community Psychol., 1987. **15**: p. 121-148.
47. Socialstyrelsen, *Social rapport 2006*. 2006, Socialstyrelsen: Stockholm.
48. Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003*. 2004, Socialstyrelsen: Stockholm.
49. Regeringens proposition 2002/03:35, *Mål för folkhälsan*, Socialdepartementet: Stockholm.
50. *Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 §1,2,2c,3,8*.
51. Regeringens proposition 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, Socialdepartementet: Stockholm.
52. Socialstyrelsen, *PM, Kartläggning av landstingens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. 2005-04-04.
53. Jernberger A, et al., *Rapport 2006:3 Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland*. Mars 2006, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland: Linköping.
54. Bjurgård I, Persson M, and Wallskär H, *Att hitta skatten i sitt eget hus - erfarenheter från samtal med landstingsledning om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. 2005, Sveriges Kommuner och Landsting: Stockholm.
55. Sannerstedt A, *Implementering - hur politiska beslut genomförs i praktiken*, in *Politik som organisation - Förvaltningspolitikens grundproblem*, Rothstein B, Editor. 2001, SNS förlag: Stockholm
56. Jerdén L, *Katrineholm - ett exempel på en hälsofrämjande primärvård?* Rapport nrA, 2005:4, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
57. Lindberg M and Wilhelmsson S, *"Vem bryr sig?" Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete - ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs*. 2005, Rapport FoUrnalen 2005:3: Stockholm och Linköping.
58. *Roller i FaR-arbetet i Östergötland*. 2006 [cited; Available from: http://lisa.lio.se/upload/Landstningsgem%20dok/FHVC/Roller_FaR_januari_2006.pdf].



Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i Landstinget i Östergötland

Som en del i landstingets utveckling av sin verksamhet mot en tydligare hälsoinriktning skall en kartläggning ske av vad som sker idag när det gäller sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande aktiviteter. Enkäten är en del av detta arbete. Den omfattar alla åldrar och både det som sker i ordinarie patientarbete, samt de insatser som riktas mot befolkningen i länet. Parallellt med denna kartläggning genomförs även en kartläggning gällande medarbetare och en hälsofrämjande arbetsplats.

Denna enkät skickas ut till samtliga enheter inom hälso- och sjukvården samt tandvården i Östergötland. Eftersom kartläggningen kommer att bilda underlag för beslut och planering av det fortsatta arbetet är det mycket viktigt att alla enheter besvarar enkäten.

Begreppen "hälsofrämjande" och "sjukdomsförebyggande" förklaras i landstinget handlingsplan¹ på följande sätt:

"Sjukdomsförebyggande" insatser innebär att förhindra insjuknande (primär prevention) och återinsjuknande (sekundär prevention) i specifik sjukdom till exempel hjärtinfarkt och karies.

Hälsofrämjande insatser har en vidare innebörd, nämligen att stärka individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande det vill säga individens hälsorelaterade livskvalitet. Det sker i en process där individen har möjlighet att själv påverka och förbättra sin hälsa. Detta är lika relevant i det dagliga mötet med patienter som i befolkningsinriktade insatser.

För att kunna tolka enkäten korrekt vill vi gärna att ni ger exempel på vad ni avser i era svar vid platsen för kommentar. Har ni frågor om enkäten kan ni kontakta oss som är processledare för det hälsofrämjande arbetet inom respektive närsjukvårdsområde.

Den ifyllda enkäten skickas med internpost till

**Anita Jernberger, Folkhälsovetenskapligt centrum, Hälsans Hus, Linköping
senast 2005-09-25**

Linköping den 5 september 2005

Med vänliga hälsningar

Lena Lundgren
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Landstinget i Östergötland

Anita Jernberger Projektledare Folkhälsovetenskapligt centrum, tel 61/5089 anita.jernberger@lio.se

Processledare

Ingrid Andersson NSÖ
ingrid.m.andersson@lio.se
tel 63/ 4114

Anna Kullberg NSC
anna.kullberg@lio.se
tel 61/ 7402

Britt-Marie Svensson NSV
britt-marie.svensson@lio.se
tel 62/ 8259

¹ En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Landstinget i Östergötland handlingsplan 2003 – 2010.
<http://lisa.lio.se/riktlinjer/folkhalsa/handlingsplan/dok/landstingetshandlingsplan2003-2010.pdf>

A. Sjukdomsförebyggande insatser

Antal svarande på de öppna frågorna står med röd text i dokumentet

TOBAK

1. Finns det rutiner/program för hur enhetens medarbetare skall ta upp tobaksbruk med patienter?

- Ja
 Nej

2. I vilken omfattning tar enhetens medarbetare upp hur tobaksbruk påverkar hälsan? (gäller patienter där denna insats är relevant).

- Alltid
 Oftast
 Ibland
 Sällan
 Nästan aldrig/aldrig

Vid vilken/vilka diagnosgrupper?

..... 112

Om det inte sker regelbundet ("alltid" eller "oftast") vad beror det på?

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera 25

.....

Något annat? Vad?

..... 8

.....
3 Finns det, på er enhet, någon med särskild kompetens i tobaksfrågor som tar hand om dessa ärenden?

- Ja

Beskriv kortfattat hur:

..... 61

.....

.....

- Nej

4. Samarbetar ni med någon annan vårdenhet som har rökavvänjning och hänvisar patienter dit för stöd/behandling?

- Ja Om Ja: Vilken enhet?

..... 48

.....

.....

- Nej

5. Tillämpas stödsystem för systematisk uppföljning av rökvanor, t ex särskild del i datajournal?

- Ja
 Nej

ALKOHOL

6. Finns det rutiner/program för hur enhetens medarbetare skall ta upp riksfyllt alkoholkonsumtion med patienter?

- Ja
- Nej

7. I vilken omfattning tar enhetens medarbetare upp hur riskfylld alkoholkonsumtion påverkar hälsan (gäller patienter där denna insats är relevant)?

- Alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Nästan aldrig/aldrig

Vid vilken/vilka diagnosgrupper?

..... 65

Om det inte sker regelbundet (”alltid” eller ”oftast”) vad beror det på?

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
- Inte relevant i vår verksamhet
- Kunskapsbrist

Motivera 40

.....

Något annat? Vad?

..... 10

.....

8. Finns det, på er enhet, någon med särskild kompetens i alkoholfrågor som tar hand om dessa ärenden?

- Ja Beskriv kortfattat hur:

..... 19

.....

.....

- Nej

9. Samarbetar ni med någon annan vårdenhet som tar sig an patienter med alkoholproblem och hänvisar patienter dit för stöd/behandling?

- Ja Om Ja:

Vilken enhet? 64

.....

.....

- Nej

10. Tillämpas stödsystem för systematisk uppföljning av alkoholvanor, t ex särskild del i datajournal?

- Ja
- Nej

KOST/MAT

11. Finns det rutiner/program för hur enhetens medarbetare skall ta upp matens betydelse för hälsan med patienter?

- Ja
 Nej

12. I vilken omfattning tar enhetens medarbetare upp matfrågor (gäller patienter där denna insats är relevant)?

- Alltid
 Oftast
 Ibland
 Sällan
 Nästan aldrig/aldrig

Vid vilken/vilka diagnosgrupper?

..... 108

Om det inte sker regelbundet ("alltid" eller "oftast") vad beror det på?

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera 11

.....

Något annat? Vad?

..... 6

.....

13. Finns det, på er enhet, någon med särskild kompetens i matfrågor som tar hand om dessa ärenden?

- Ja Beskriv kortfattat hur:

..... 95

.....

.....

- Nej

14. Samarbetar ni med någon annan vårdenheter inom mat/kostområdet och hänvisar patienter dit för stöd/behandling?

- Ja Om Ja: Vilken/vilka?

..... 62

.....

.....

- Nej

15. Tillämpas stödsystem för systematisk uppföljning av matvanor, t ex särskild del i datajournal?

- Ja
 Nej

FYSISK AKTIVITET

16. Finns det rutiner/program för hur enhetens medarbetare skall ta upp fysisk aktivitet med patienter?

- Ja
 Nej

17. I vilken omfattning tar enhetens medarbetare upp hur fysisk aktivitet påverkar hälsan? (gäller patienter där denna insats är relevant).

- Alltid
 Oftast
 Ibland
 Sällan
 Nästan aldrig/aldrig

Vid vilken/vilka diagnosgrupper?

..... 85

Om det inte sker regelbundet (”alltid” eller ”oftast”) vad beror det på?

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera 14

.....

Något annat? Vad?

..... 6

.....

18. Finns det, på er enhet, någon med särskild kompetens i frågor om fysisk aktivitet som tar hand om dessa ärenden?

- Ja Beskriv kortfattat hur:

..... 85

.....

.....

- Nej

19. Samarbetar ni med någon annan vårdenhet/intresseorganisation som tar sig an patienter, som behöver stöd att förbättra sin fysiska aktivitet, och hänvisar patienter dit.

- Ja Om Ja: Vilken/vilka?

..... 88

.....

.....

- Nej

20. Tillämpas stödsystem för systematisk uppföljning av fysisk aktivitet, t ex särskild del i datajournal?

- Ja
 Nej

STRESS

21. Finns det rutiner/program för hur enhetens medarbetare skall ta upp stress med patienter?

- Ja
 Nej

22. I vilken omfattning tar enhetens medarbetare upp hur stress påverkar hälsan (gäller patienter där denna insats är relevant)?

- Alltid
 Oftast
 Ibland
 Sällan
 Nästan aldrig/aldrig

Vid vilken/vilka diagnosgrupper?

..... 78

Om det inte sker regelbundet (”alltid” eller ”oftast”) vad beror det på?

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera 17

.....

Något annat? Vad?

..... 6

.....

23 Finns det, på er enhet, någon med särskild kompetens i stressfrågor som arbetar med dessa ärenden?

- Ja Beskriv kortfattat hur:

..... 58

.....

.....

- Nej

24. Samarbetar ni med någon annan vårdenhet som har kunskap/metoder för att hjälpa patienter med stressrelaterade problem och hänvisar patienter dit?

- Ja Om Ja: Vilken/vilka?

..... 69

.....

.....

- Nej

25. Tillämpas stödsystem för systematisk uppföljning av stressproblem, t ex särskild del i datajournal?

- Ja
 Nej

HÄLSOSAMTAL OM LEVNADSVANOR

26. Sker hälsosamtal, där flera
levnadsvanor diskuteras *integrerat*, med
patienters som sökt vård

Ja Om Ja, beskriv:

..... 80

.....

.....

Nej

27. Hur stor andel av rådgivningarna vad
gäller tobak, alkohol etc. sker i integrerad
form av hälsosamtal?

Alltid

Oftast

Ibland

Sällan

Nästan aldrig/aldrig

Vid vilken/vilka diagnosgrupper?

..... 32

.....

Om det inte sker regelbundet (”alltid” eller
”oftast”) vad beror det på?

Fler alternativ kan anges.

Tidsbrist

Kunskapsbrist

Inte relevant i vår verksamhet

Motivera 17

.....

Något annat? Vad?

..... 5

.....

28. Sker hälsosamtal, där flera
levnadsvanor diskuteras *integrerat*, med
deltagare som kallats till besök för
hälsokontroll/förebyggande program?

Ja Beskriv kortfattat hur:

..... 31

.....

.....

Nej

METODIK

29. Används någon form av särskild metodik i dessa samtal (gäller samtliga frågor ovan) t ex motiverande intervju (MI).

Ja Om Ja: Vilken/vilka?

..... 39

Nej

30. I hur stor andel av rådgivningarna ovan tillämpas en särskild pedagogisk metod?

Alltid

Oftast

Ibland

Sällan

Nästan aldrig/aldrig

Vid vilken/vilka diagnosgrupper?

..... 20

31. Om det inte sker regelbundet (”alltid” eller ”oftast”) vad beror det på?

Tidsbrist

Kunskapsbrist

Inte relevant i vår verksamhet

Motivera 17

.....

Något annat? Vad?

..... 5

.....

B. Hälsofrämjande insatser

1. Tillämpas metoder för att stimulera och tillvara ta patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa? (Ex. föräldrautbildning, lekterapi, patientskolor, och/eller utbildningar med deltagarstyrda grupper för patienter och anhöriga ”att leva med cancer”).

Ja Beskriv kortfattat:

..... 108

Nej Varför inte?

..... 27

I vilken omfattning sker detta?

- Generellt
- Relativt stor omfattning
- I viss omfattning
- I liten omfattning
- Inte alls

Om det sker i liten omfattning; vad beror det på?

- Tidsbrist
- Kunskapsbrist
- Inte relevant i vår verksamhet

Motivera! 12

.....
Något annat? Vad?

..... 3

.....

2. Mäts resultat av verksamhetens insatser som innefattar patient upplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet? Tex. SF-36 och/eller EuroQol m.fl.

Ja

Om ja, vilket metod/instrument används?

..... 45

Nej

Om ja, sker detta:

- Sporadiskt
- Som del i utvecklings-/projektarbete
- I ordinarie rutin på vissa patientkategorier.

Vilket/vilka? 15

I ordinarie rutin som del i nationellt kvalitetsregister

Vilket/vilka register? 16

.....

3. Används mätresultaten, dvs. mått på patientnytta och hälsorelaterad livskvalitet, som grund för förbättringsarbete och verksamhetsutveckling?

Ja

Nej

4. Används mätresultaten som underlag vid redovisning av verksamhetens resultat (effektivitet) till beslutsfattare i landstinget?

Ja

Nej

C. Befolkningsinriktade insatser

AKTIV KUNSKAPSFÖRMEDLING

1. Bedrivs aktiv kunskapsförmedling, regional och/eller lokalt avseende hälsa, risk och skyddsfaktorer och hur de påverkar hälsan? Exempel såsom kampanjer, föreläsningar och/eller samverkan med andra samhällsaktörer

- Ja
 Nej

Om, ja, beskriv hur

..... 86

.....

Om, nej, vad beror det på? Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera!.....11.....

.....

Något annat? Vad?

..... 2

.....

AKTIV MEDVERKAN I BEFOLKNINGS INRIKTAT FOLKHÄLSOARBETE

2. Finns utvecklade samverkansformer hälsoråd / motsv, för folkhälsoarbete på lokal/regional nivå, t ex. med/mellan primärvård/primärkommun avseende hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser? Exempel: Allergiprogram, skadeprevention, riskfylld graviditet, tonårsmammor, äldres hälsa, mm.

- Ja
 Nej

Om, ja, beskriv programmet och med vem

..... 69

.....

Om, nej, vad beror det på? Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera!..... 2

.....

Något annat? Vad?

..... 3

.....

D. Ledningsnivå

1. Finns en hälsofrämjande och/eller sjukdomsförebyggande strategi uttalade i verksamhetsplanen?

- Ja
 Nej

Om, ja, beskriv kortfattat vad

..... 78

.....

Om, nej, varför inte

..... 20

.....

Kommentar: 7

.....

.....

2. Utbildar och tränar enheten systematiskt medarbetare inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och arbetssätt?

- Ja
 Nej

Om, ja, beskriv vad och hur

..... 58

.....

Om, nej, varför inte

..... 24

.....

Kommentar: 8

.....

3. Följer enheten en dokumenterad strategi/plan för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats?

- Ja
 Nej

4. Tillämpas någon annan typ av hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande verksamhet som ej nämnts ovan?

- Ja
 Nej

Om, ja, beskriv vad och hur

..... 52

.....

Kommentar: 6

.....

**Tack för att ni har besvarat enkäten!
En sida kvar...**

E. Till sist, några övriga frågor om enkäten:

Verksamhetens namn (till exempel vårdcentral/BUP)

1. Är det något inom det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande området som ni arbetar med och som vi har glömt att fråga om?

.....

2. Vilka har medverkat i att besvara enkäten?

Namn: (frivillig uppgift)

(kryssa alla passande rutor)

Administrativ personal:

- Centrumchef
- Verksamhetschef
- Annan medarbetare i ledningsfunktion
- Kvalitetsansvarig/motsvarande
- Annan administrativ personal

Vårdpersonal/Tandvårdspersonal:

- Läkare
- Sjuksköterska
- Sjukgymnast/arbetsterapeut/kurator
- Undersköterska
- Tandläkare
- Tandhygienist /Tandsköterska
- Övrig (specificera!)

Studerande:

- Ange inriktning

Kommentar:

3. Hur har arbetet med att besvara enkäten strukturerats?

- Individuellt
- Sammankomster
- E-post kommunikation

Kommentar:

4. Hur mycket tid har gått åt?

Skatta enhetens sammanlagda tid:
tim min

Kommentar:

5. Övriga synpunkter

Tack för hjälpen!

KODLISTA FÖR SJUKDOMSGRUPPER**Bilaga 2**

Kod	Sjukdomsgrupp	Anm
1	Infektionssjukdomar	
2	Cancersjukdomar	inklusive godartade tumörer
3	Blodsjukdomar	
4	Endokrina sjukdomar	
5	Psykisk ohälsa	
6	Sjukdomar i nervsystemet inklusive stroke, Demenssjukdomar och skador i nervsystemet	
7	Ögonsjukdomar	
8	Öron-, näs- och halssjukdomar	
9	Hjärt- och kärlsjukdomar	exklusive stroke
10	Andningsorganens sjukdomar	
11	Mag- och tarmsjukdomar	
12	Hudsjukdomar	
13	Rörelseorganens sjukdomar	
14	Njursjukdomar	
15	Urologiska sjukdomar	
16	Kvinnosjukdomar	
17	Ej klassificerbart	
18	Tänder	

Denna indelning stämmer med den sjukdomsgruppsindelning som hittills använts i diskussionerna med HSN.

**Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland**

**Hälsans hus
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping**

Telefon: 013- 22 88 33
E-post: fhvc@lio.se

ISSN 1401-5048



Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland