

FOLKHÄLSOVETENSKAPLIGT CENTRUM LINKÖPING

RAPPORT 2006:2

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



LINKÖPING MARS 2006

Anita Jernberger

Ingrid Andersson

Britt-Marie Svensson

Anna Kullberg



Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland

www.lio.se/fhvc

Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland

Linköping mars 2006

Anita Jernberger
Ingrid Andersson
Britt-Marie Svensson
Anna Kullberg

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	3
BAKGRUND	5
NATIONELLA MÅL FÖR FOLKHÄLSAN	5
FOLKHÄLSOPOLITISKT PROGRAM FÖR ÖSTERGÖTLAND 2001-2010	6
EN MER HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD - LANDSTINGETS HANDLINGSPLAN 2003-2010	6
NÄTVERKET HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS	9
PROCESSLEDARE FÖR HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I ÖSTERGÖTLAND.....	10
HÄLSORÅDET	10
KARTLÄGGNINGSUPPDRAGET OCH DESS SYFTE	11
METOD	12
ENKÄT.....	12
GENOMFÖRANDE.....	12
PILOT- OCH REFERENSGRUPPER.....	13
SVARFREKVENNS OCH BORTFALL	14
RESULTAT	15
SAMTLIGA ENHETER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN SAMT TANDVÅRDEN	15
NÄRSJUKVÅRD	20
VÅRDCENTRALER.....	25
BARNAVÅRDCENTRALER.....	30
LÄNSCENTRA.....	39
TANDVÅRD.....	42
PRIVATA VÅRDGIVARE MED AVTAL.....	47
DISKUSSION	51
KONKLUSION.....	59

BILAGA 1 ENKÄT - HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE INSATSER I LANDSTINGET I ÖSTERGÖTLAND

Sammanfattning

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 beslutades att en kartläggning skulle göras av vad som sker idag när det gäller sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande aktiviteter. En enkät skickades ut till samtliga enheter inom hälso- och sjukvården samt tandvården i Östergötland. Enkäten innehöll frågor inom fyra delområden. Del A tog upp rutiner/program, kompetens, samverkan, metodik samt stödsystem rörande levnadsvanor inom områdena tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet och stress. Del B till D omfattade frågor om hälsofrämjande insatser, befolkningsinriktade insatser, ledningsstrategier samt styrning och uppföljningssystem. Målgrupperna utgjordes av samtliga chefer/verksamhetsföreträdare inom specialistvården, närsjukvården, tandvården samt privata vårdgivare med landstingsavtal. Totalt skickades 235 enkäter ut och svarsfrekvensen blev 74 procent.

Resultatet visar att kost och fysisk aktivitet är det område som totalt sett hanteras mest aktivt inom landstinget, om än i varierande grad. När det gäller fysisk aktivitet kan det vara ett resultat av den medvetna satsningen som skett på förskrivning av fysisk aktivitet på recept – FaR. Rutiner och program för sjukdomsförebyggande insatser finns också i relativt stor utsträckning inom områdena kost och tobak. Sammantaget läggs minst resurser på områdena stress och alkohol, vilket kan tolkas som att det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet därmed också har högst utvecklingspotential inom dessa områden.

Förekomsten av rutiner och program varierar över länet och mellan de olika specialiteterna liksom omfattningen av insatserna. Vårdcentralerna för samtal om hur levnadsvanor påverkar hälsan med patienterna i större utsträckning än inom övriga vårdområden. Majoriteten av barnavårdscentralerna bedriver någon form av sjukdomsförebyggande arbete. Länscentra arbetar i mindre grad med sjukdomsförebyggande metoder än övriga enheter. Inom tandvården tar alla enheter upp tobaksfrågan och de flesta av dem även kost medan övriga livsstilsområdena inte berörs. Sammantaget för samtliga enheter anges som främsta orsak, när man inte tar upp levnadsvanor med patienterna att man inte anser det vara relevant för verksamheten. Tidsbrist och kunskapsbrist anges även som orsaker.

Medarbetare med särskild kompetens inom olika livsstilsområden redovisas främst inom kost och minst inom områdena stress och alkohol. Samarbete med andra aktörer förekommer mest inom fysisk aktivitet och stress. Stödsystem för systematisk uppföljning av livsstilsområden är vanligast inom områdena tobak och fysisk aktivitet. Särskild metodik för sjukdomsförebyggande samtal används inom cirka en fjärdedel av verksamheterna. Knappt en tredjedel mäter patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet. Relativt få gör detta inom ordinarie rutin. Endast ett fåtal enheter använder mätresultaten som grund för förbättringsarbete eller redovisning av verksamhetens resultat.

Bakgrund

Nationella mål för folkhälsan

I april 2003 antog Sveriges riksdag propositionen Mål för folkhälsan¹, och ett övergripande nationellt mål för folkhälsan fastslogs: Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa² på lika villkor för hela befolkningen.

Propositionen fokuserar på alla de faktorer i samhället som påverkar folkhälsan³, till exempel trygga och goda uppväxtförhållanden för barn och ungdomar, ekonomisk och social trygghet samt miljötillståndet. Handlingsplaner för det lokala och regionala folkhälsoarbetet anges som viktiga verktyg för att få till stånd ett långsiktigt arbete som griper över alla sektorer. Planerna ska tas fram på frivillig väg av kommunerna och landstingen.

Exempel på viktiga styrinstrument för staten i folkhälsoarbetet är att:

- sätta upp mål
- göra regelbundna uppföljningar
- redovisa resultat.

I propositionen har regeringen identifierat elva målområden för det samlade folkhälsoarbetet.

Det målområde som berör landstingens verksamhet mest är målområde 6 - En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Där betonas att hälso- och sjukvården redan i dag har ett lagfäst ansvar när det gäller befolkningens hälsa och att bedriva förebyggande arbete. Hälso- och sjukvården bör dock i *större* utsträckning främja hälsa i mötet med patienter och anhöriga eftersom hälso- och sjukvården har den specifika kompetensen, auktoritet, breda kunskap och stora kontaktytor gentemot befolkningen som behövs för det arbetet.

I målområde 6 framgår att ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården. Sjukvården behöver bli mer hälsoorienterad, vilket innebär en perspektivförskjutning mot en helhetssyn på människors problem och resurser vid övergången till ett mer hälsofrämjande och förebyggande arbete. En sådan förändring av sjukvårdens arbete skulle enligt propositionen också göra vården mer effektiv och höja verksamhetens kvalitet. Slutligen fastslås att

¹ Propositionen går att nå via länken <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259>

² *Hälsa* är en dimension som säger något om människans kroppsliga och psykiska tillstånd. Som sådan kan hälsan vara både god och dålig. Världshälsoorganisationens definition av hälsa från 1946 lyder: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaron av sjukdom och handikapp". Denna definition har kritiserats för att vara något utopiskt och omöjligt att uppnå. Senare versioner av hälsobegrepp har gått från att beteckna ett tillstånd till att betraktas som en resurs och förmåga till handling och att kunna realisera för individen viktiga livsmål.

³ *Folkhälsa* är ett uttryck för en befolknings allmänna hälsotillstånd. Folkhälsan bestäms av både nivån på hälsan hos befolkningen samt dess fördelning mellan grupper och individer.

sjukvårdens råd i livsstilsfrågor är mycket kostnadseffektiva och att primärvården har en nyckelroll genom sin stora kontaktyta med människor i alla åldersgrupper.

Folkhälsopolitiskt program för Östergötland 2001-2010

Det folkhälsopolitiska programmet för Östergötland 2001-2010 har arbetats fram av landstinget och kommunerna i samverkan.⁴ Programmet har sedan antagits av Landstingsfullmäktige och länets samtliga kommuner och beskriver riktlinjerna för länets fortsatta arbete för bättre hälsa. Visionen i programmet är att göra Östergötland till ett hälsolän. Det yttersta målet är att göra hälsofrämjandet till varje medborgares angelägenhet och att stärka människors livsmiljöer.

Strategier för att nå en bättre folkhälsa anges bland annat vara att utveckla hälsofrämjande förhållningssätt och livsmiljöer. Metoder och verktyg för detta kan vara lokala handlingsplaner med konkreta åtgärder, insatser för kompetensutvecklingsinsatser, samverkan mellan landsting, kommunerna och andra aktörer, uppföljning, utvärdering och revidering av programarbetet.

I det folkhälsopolitiska programmet listas ett antal åtgärder, där några av dessa är att:

- ett hälsofrämjande förhållningssätt uttalas i verksamhetsplaner
- resultatbokslut, med mått på hälsa och/eller dess bestämningsfaktorer, används för uppföljning inom hälso- och sjukvården
- förskolor, skolor, arbetsplatser, boendemiljöer och hälso- och sjukvården, har som mål att bli hälsofrämjande livsmiljöer
- kommuner och landsting särskilt beaktar sina egna arbetsmiljöer och tjänar som föredöme för andra

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård - Landstingets handlingsplan 2003-2010

Efter att Landstingsfullmäktige antagit det folkhälsopolitiska programmet, påbörjades arbetet med landstingets egen handlingsplan på området.⁵

Ledarskapet

En förutsättning för utveckling mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård beskrivs i handlingsplanen vara att landstinget utvecklar ett hälsoinriktat ledarskap och att folkhälsovetenskaplig kompetens integreras och fördjupas i hela organisationen. Därför behövs kompetensutveckling om hälsan och dess bestämningsfaktorer samt möjlighet till reflektion över

⁴ Det folkhälsopolitiska programmet går att nå via länken <http://www.lio.se/templates/Page.aspx?id=4039>

⁵ Landstingets handlingsplan går att nå via länken <http://www.lio.se/upload/dokroot/Riktlinjer/Folkhalsa/Handlingsplan/Sammanfattningsvut.pdf>

vad ett sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetssätt innebär för arbetet i den egna verksamheten.

Styrprocessen

Handlingsplanen föreslår att den ordinarie styrprocessen kan utvecklas ytterligare bland annat genom följande åtgärder:

- Tydligare uppdrag avseende sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på olika nivåer.
- Utveckla indikatorer på måluppfyllelse t ex mått på hälsa, dess bestämningsfaktorer eller specifika aktiviteter.
- Utveckla avtalen så att ekonomisk ersättning relaterar till avtalens mål.
- Utveckla bokslut som utöver ekonomiskt bokslut även innehåller resultat i termer av effekter på patienters och befolkningens hälsa.

Verksamheten

Handlingsplanen slår fast att det är hälso- och sjukvårdens uppgift att ge patienterna kunskap och kraft och att stödja deras förmåga och möjlighet att själva hantera sina hälsoproblem, dvs. att stärka det som brukar kallas empowerment. Detta *hälsofrämjande*⁶ förhållningssätt menar man i handlingsplanen innebär att hälso- och sjukvården ska fokusera på patienternas psykosociala och funktionella välbefinnande, på patientupplevd nytta och att patientens egen uppfattning om sitt hälsotillstånd tydligare värderas. Till hjälp för att utveckla detta förhållningssätt finns resultatmått som kan mäta självrapporterad hälsorelaterad livskvalitet samt patienttillfredsställelse. Alla medarbetare bör involveras i att utveckla vad visionen om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård innebär för att det skall integreras i den egna verksamheten.

Inom området *sjukdomsförebyggande*⁷ insatser skrivs det i handlingsplanen att det finns väl dokumenterade underlag som visar att dessa insatser i vården är viktiga och effektiva. Det gäller så väl primär som sekundär prevention. Verksamheten bör därför utvecklas mot att arbeta mer sjukdomsförebyggande. Rutiner bör integreras i all ordinarie verksamhet för det sjukdomsförebyggande arbetet.

Handlingsplanen nämner ett flertal förslag på åtgärder, t ex bör sjukdomsförebyggande insatser finnas uttryckta i verksamhetsplaner. Kunskapen om relevansen av sjukdomsförebyggande insatser i vården måste finnas bland medarbetarna. Det ska finnas metoder och fungerande rutiner för bedömning av patientens behov och för sjukdomsförebyggande insatser. Dessa insatser ska följas upp genom att de dokumenteras och integreras i uppföljningen av det ordinarie kvalitetsarbetet. För dokumenteringen ska

⁶ *Hälsofrämjande* insatser har en vidare innebörd än sjukdomsförebyggande. De hälsofrämjande insatserna syftar till att stärka individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande, det vill säga individens hälsorelaterade livskvalitet. Världshälsoorganisationen har definierat hälsofrämjande verksamhet som en process som är till för att göra människor kapabla att öka sin kontroll över och förbättra sin egen hälsa.

⁷ *Med Sjukdomsförebyggande* insatser, eller *prevention*, avses förebyggande åtgärder som används när syftet är att förhindra sjukdom eller symtom.

ordinarie IT-lösningar användas. Slutligen ska ett årligt hälsobokslut upprättas där resultat av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser redovisas.

Vad gäller de *befolkningsinriktade*⁸ insatserna skrivs i handlingsplanen att dessa ska bedrivas i nära samverkan med länets kommuner, Försäkringskassan, Länsarbetsnämnden, Linköpings universitet, näringslivet samt läns- och frivilligorganisationer. Exempel på såna insatser är studiematerialen *Det goda livet* för vuxna och *Leva livet* som vänder sig till barn och ungdomar 10-13 år och är framtaget av Landstinget i Östergötland tillsammans med länets kommuner.

Det goda livet och Leva Livet

Satsningen på studiematerialet "Det goda livet" har sin utgångspunkt i det folkhälsopolitiska programmet och är en del i såväl landstingets som kommunernas lokala folkhälsoarbete. Projektet och studiesatsningen genomförs under 2004 – 2006 av kommunerna och landstinget tillsammans med studieförbund, läns- och frivilligorganisationer. Syftet är att "Det goda livet" ska ge ny kunskap om hälsofrågor, starta diskussioner och förändringsprocesser.

Studiematerialet "Leva Livet – livskunskap för barn och ungdomar 10-13 år" har utvecklats inom ramen för projektet "Det goda livet" och har tagits fram som ett bidrag och verktyg till det hälsofrämjande arbetet för barn och ungdomar i Östergötland.⁹ Främst riktar sig studiematerialet till skolorna som når alla barn och ungdomar. Materialet är tänkt att vara ett komplement till den ordinarie skolundervisningen, men kan också användas i fritidsverksamheten, elevhälsovården och i föreningsssammanhang där barn och ungdomar träffas.

En mer hälsofrämjande integration

Landstingsfullmäktige utsåg 2003, ett särskilt integrationsutskott i syfte att stärka landstingets arbete med integrationsfrågor.¹⁰ Utskottet överlämnade i oktober 2005 sin slutrapport i form av en idéskrift med titeln "En mer hälsofrämjande integration".

Utskottets rekommendationer till åtgärder har sin utgångspunkt i det folkhälsopolitiska programmet och landstingets handlingsplan och grundar sig på landstingets roll dels som enskild aktör dels i samverkan med andra aktörer i Östergötland. Syftet är att åtgärdsförslagen ska bidra till länets

⁸ *Befolkningsinriktade* insatser innebär åtgärder som bibehåller och förbättrar hälsan för en större grupp, utan att enskilda individers risk identifieras. Denna åtgärder kan kompletteras med en *högriskstrategi* som innebär att man riktar åtgärder mot personer som lever med ett eller flera riskbeteenden som kan leda till sjukdom eller förvärra redan känd sjukdom.

⁹ Information om studiematerialen "Det goda livet" och "Leva Livet" går att nå via www.lio.se/Fakta om landstinget/Folkhälsa - <http://lisa.lio.se/templates/Page.aspx?id=4874>

¹⁰ Information om Integrationsutskottets arbete och rekommendationer går att nå via www.lio.se/samtliga förtroendemannorganisationer/Integrationsutskottet - <http://lisa.lio.se/templates/Page.aspx?id=5446>

gemensamma arbete med att skapa god hälsa för alla medborgare i Östergötland.

Arbetsgivaransvaret

I Landstingets handlingsplan för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård slås fast att Landstingets huvuduppdrag är hälsa. Landstinget bör därför vara föregångare i att utveckla en hälsofrämjande arbetsmiljö för sina medarbetare och ledare. En handlingsplan för arbetet med Hälsofrämjande arbetsplats togs fram 2001. Som begrepp har Hälsofrämjande arbetsplats en bred innebörd och omfattar såväl friskvårdssatsningar som delaktighet, arbetsglädje och att kunna utvecklas i och vara stolt över sitt arbete. För att uppnå detta måste det hälsofrämjande arbetet vara en del i den ordinarie verksamhetsutvecklingen och medarbetarna själva ha stort inflytande över arbetet.

Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus

Världshälsoorganisationen etablerade nätverket Health Promoting Hospitals 1988. Det är nu ett världsomspännande nätverk med över 625 sjukhus i 25 länder. WHO menar att framtidens sjukhus måste bli mer hälso- och helhetsorienterade och vara en hälsoresurs för sin lokalbefolkning.

Det svenska nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus, HFS, etablerades 1996 och har idag 20 medlemmar med 24 medlemssjukhus. Nätverket kan beskrivas som en idéburen ideell verksamhet där kriterier för medlemskap är att utveckla sin organisation mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, detta inom de tre perspektiven patienter, befolkning och medarbetare. Det som utmärker HFS är ett bredare samhällsligt perspektiv på sjukhusets roll samt att sjukvårdens målsättning - en bredare hälsa - lyfts fram tydligare.

Som en del i att stödja medlemsorganisationernas styrning mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård arbetar nätverket med indikatorer för:

- att utveckla sjukdomsförebyggande insatser
- att utveckla hälsofrämjande insatser
- att bidra genom aktiv kunskapsförmedling
- att aktivt medverka i befolkningsinriktat hälsoarbete
- att främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt
- att använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

Under 2005 blev Landstinget i Östergötland som organisation medlem i HFS. Tidigare har LiM och US som enskilda sjukhus varit medlemmar. I ansökan till nätverket om ett samlat medlemskap för Landstinget i Östergötland står, att LiÖ från och med 2004 har en länsövergripande organisation och att den nya organisationen föreslås få formen av ett geografiskt medlemskap där såväl centrala, västra som östra Östergötland

ingår. Vidare att närsjukvårdsdirektörerna inom respektive närsjukvårdsområde ska utse en processledare som ansvarar och driver arbetet inom såväl centrumets närsjukvård som området tillhörande länsövergripande specialistvård. Till stöd för processledarnas arbete finns ledningsgruppen inom respektive närsjukvårdscentrum.

I landstingets ansökan till HFS beskrivs också att en kartläggning ska genomföras. Kartläggningen ämnade till att få kunskap om vilket arbete som pågår inom landstinget avseende hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser riktat mot patienter, befolkning och medarbetare. Medarbetarperspektivet uteslöts i förekommande kartläggning. Den ska utgöra en grund för det fortsatta arbetet som landstinget bedriver inom ramen för HFS och generera förslag på delprojekt avseende "Hälsovinst för patienter och samhälle".

Processledare för hälsofrämjande hälso- och sjukvård i Östergötland

Ett av kraven för medlemskap i Hälsofrämjande Sjukhus är att man utser en processledare som ska driva arbetet med att införa och införliva ett hälsofrämjande synsätt i befintlig verksamhet. Som nämnts ovan har LiÖ valt att utse tre processledare, en för varje länsdel.

Hälsorådet i LiÖ betonade att det är viktigt att processledarna

- får ett tydligt mandat och har legitimitet i organisationen
- är väl förtrogna med och engagerade i ordinarie verksamhetsutveckling
- har central placering i organisationen

Processledarna blev involverade i uppgiften att genomföra kartläggningen av de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter som sker idag i landstinget. Deras fortsatta arbetsuppgifter kommer att formuleras utifrån de resultat som kartläggningen visar och i samarbete med hälsorådet och respektive närsjukvårdsdirektör.

Hälsorådet

Som ett övergripande stöd för landstingets enheter och för att medvetandegöra det hälsofrämjande förhållningssättet har ett Hälsoråd för Landstinget i Östergötland bildats, med hälso- och sjukvårdsdirektören som sammankallande. Folkhälsovetenskapligt centrum har uppdraget som sakkunnig. Rådet träffades första gången 11 januari, 2005.

Hälsorådet var den instans där frågan om kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i Landstinget togs upp. En arbetsgrupp bildades som formulerade ett förslag till hur kartläggning skulle utformas. Resultatet av den gruppens arbete kom att bilda underlaget till kartläggningen. Som stöd till kartläggningsarbetet och enkätutformningen

utsågs en referensgrupp vilken representerades av olika delar inom landstingets verksamheter.

Kartläggningsuppdraget och dess syfte

Folkhälsovetenskapligt centrum, FHVC, fick i uppdrag av Hälsorådet och hälso- och sjukvårdsdirektör Lena Lundgren, att genomföra kartläggningen.

Syfte

Att kartlägga vilket arbete som pågår i Landstinget i Östergötland avseende sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser riktat mot patienter och befolkning

Delmål

- 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

Kartläggningen har genomförts av en arbetsgrupp bestående av de tre processledarna, samt en projektledare från Folkhälsovetenskapligt centrum. I uppdraget ingick att kartläggningen skulle ske med hjälp av enkät till landstingets samtliga enheter inom närsjukvården, specialistvården samt tandvården. Kartläggningen skulle fånga:

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

När kartläggningen slutförts ska resultaten presenteras för Hälsorådet som utifrån dessa har att ta ställning till fortsatt hantering och åtgärder.

Metod

Enkät

Enkät valdes som metod för att kartlägga det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården i Östergötland. En sammanställning av befintliga aktörer samt aktuella dokument inom folkhälsoområdet utgjorde grunden för kartläggningsarbetet.

Enkäten arbetades fram under juni – augusti 2005. Två dokument var vägledande vid enkätkonstruktionens utformning av frågeområden och innehåll nämligen Socialstyrelsens kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser 2005¹¹ samt indikatorerna för verksamhetsuppföljning inom nätverket Hälsofrämjande sjukhus, HFS¹².

Kontakt togs inledningsvis med Landstingets Enkätsservice beträffande enkätens utformning inför bearbetningen av resultaten.

Enkäten kom att omfatta följande fem huvudområden;

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

Enkäten innehöll endast en fråga om hälsofrämjande arbetsplats, eftersom kartläggningsuppdraget inte omfattade medarbetarperspektivet. Enkäten i sin helhet finns i bilaga 1.

Genomförande

Enkätens målgrupper utgjordes av;

- centrumchefer för länscentra
- klinikchefer för närsjukvård och tandvård
- verksamhetschefer för vårdcentraler
- verksamhetsföreträdare/medarbetare inom barnavårdscentraler
- privata vårdgivare med landstingsavtal representerade av ett slumpmässigt urval.

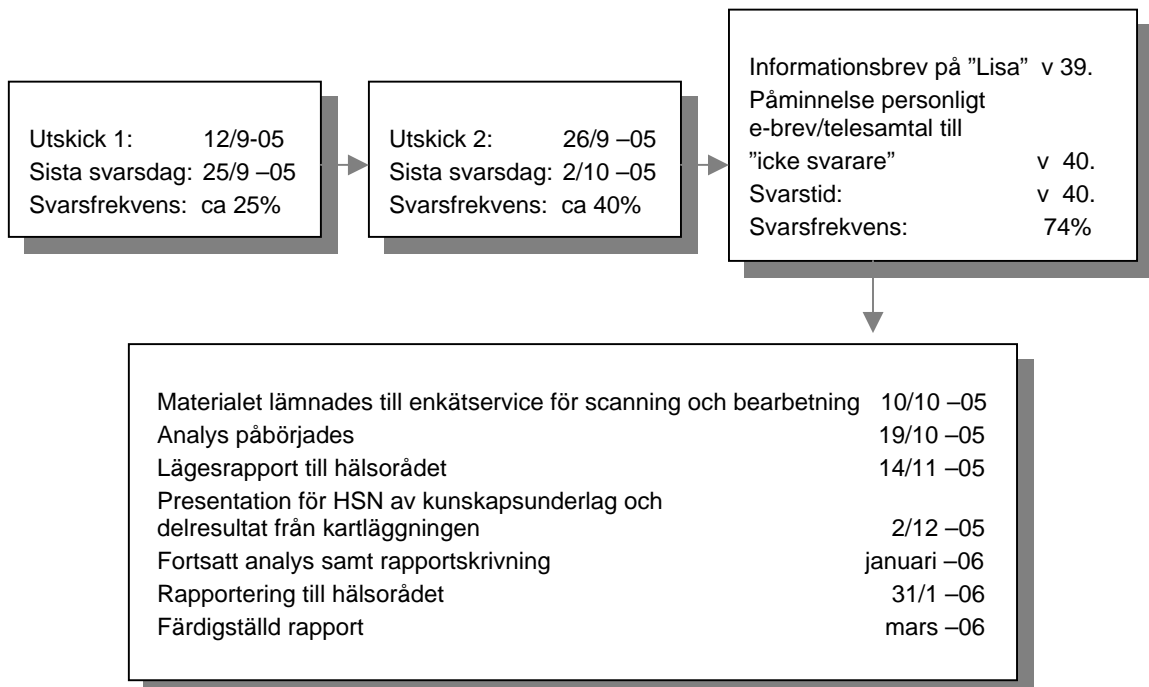
¹¹ Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggningsstudie av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Socialstyrelsen 2005

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa>

¹² www.natverket-hfs.se Fokusområde, Indikatorer.

Total sändes 235 enkäter ut inom hälso- och sjukvården i Östergötland, varav 33 enkäter till centrum-, klinik- och verksamhetschefer inom länscentra, 40 till tandvård och 83 till närsjukvård. För att fånga barnperspektivet utgjorde barnvårdscentralerna i länet en särskild målgrupp till vilka 40 enkäter sändes ut. Privata vårdgivare med landstingsavtal, det vill säga läkare, kiropraktorer, naprapater, sjukgymnaster och mödrahälsovård, uppgick efter det slumpmässiga urvalet till 39 enkäter.

Inom landstingets egna verksamheter utnyttjades den interna postgången. Till vårdgivare med avtal sändes enkäten via post med svarskuvert. Därutöver sändes enkäten ut för kännedom till närsjukvårdsdirektörer och primärvårdschefer.



Flödesschema från enkätutskick till rapport.

Pilot- och referensgrupper

En pilotstudie genomfördes av den första enkätversionen och som pilotinstans tillfrågades Barn- och kvinnocentrum vilka fick representera länsövergripande specialistsjukvård. Från primärvården tillfrågades Borensbergs vårdcentral i väster samt Hageby vårdcentral i öster. Hageby vårdcentral tackade nej till att vara pilotinstans. Referensgruppen som utsetts tidigare, fick ta del av enkäten och gav synpunkter innan utskick. Landstingets hälsoråd hade varit en naturlig pilotinstans men förbisågs tyvärr av arbetsgruppen. Hälsorådets medlemmar fick däremot möjlighet

att lämna synpunkter vid septembermötet 2005 och enkätens slutliga form kom att ta hänsyn till både hälsorådets och referensgruppens kommentarer samt de synpunkter som lades fram från ett länsövergripande centrum BKC, samt en vårdcentral Borensberg.

Svarsfrekvens och bortfall

Svarsfrekvensen på totalt 74 procent varierade stort mellan olika länsdelar och enheter, Tabell 1. Länscentra uppvisade en högre svarsfrekvens jämfört med de övriga enheterna. Ett antal enheter (26 %) har inte svarat och dessa utgör ett externt bortfall. Därutöver förekommer det ett intern bortfall, det vill säga bland de besvarade enkäterna har vissa enskilda frågor lämnats obesvarade. Både det externa och interna bortfallet är aspekter att ta hänsyn till vid tolkning av resultaten.

Tabell 1. Redovisning av svarsfrekvens fördelat på olika enheterna

Enheter	Skickat	Svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Vårdcentraler	42	32	10	76 %
Barnvårdscentraler	40	28	12	70 %
Övrig närsjukvård	41	26	15	63 %
Närsjukvården totalt	123	86	37	70 %
Länscentra	33	30	3	91 %
Privata vårdgivare med avtal	39	31	8	79 %
Tandvård, ej privat	40	27	13	68 %
Samtliga enheter	235	174	61	74 %

Resultat

Nedan redovisas resultaten från landstingets samtliga enheter med patientkontakt. Redovisningen börjar med att visa de sammanslagna resultaten från alla enheter som deltagit i kartläggningen inom hela landtinget. Därefter redovisas resultaten från huvudgrupperna, närsjukvård, länscentra, tandvård och privata vårdgivare med avtal.

Närsjukvården redovisas dels i sin helhet och dels uppdelad i undergrupperna vårdcentraler, barnvårdcentraler samt övrig närsjukvård. Frågorna som rör befolkningsinriktade insatser, del C, ledningsnivån del D och vilka yrkeskategorier som medverkat i besvarandet av enkäten, del E är ännu inte sammanställda liksom frågeställningarna med öppna svarsalternativ.

Nedan redovisas resultaten från sjukdomsförebyggande del A, samt hälsofrämjande insatser, del B vilket innehåller följande delområden.

Del A	Del B
<ul style="list-style-type: none">• Rutiner och program• Omfattning• Kompetens• Samarbete• Stödsystem• Hälsosamtal	<ul style="list-style-type: none">• Metoder som tillvaratar patientens egen kraft• Omfattning• Resultatmätning• Verksamhetsutveckling• Redovisningsunderlag till beslutsfattare

Samtliga enheter inom hälso- och sjukvården samt tandvården

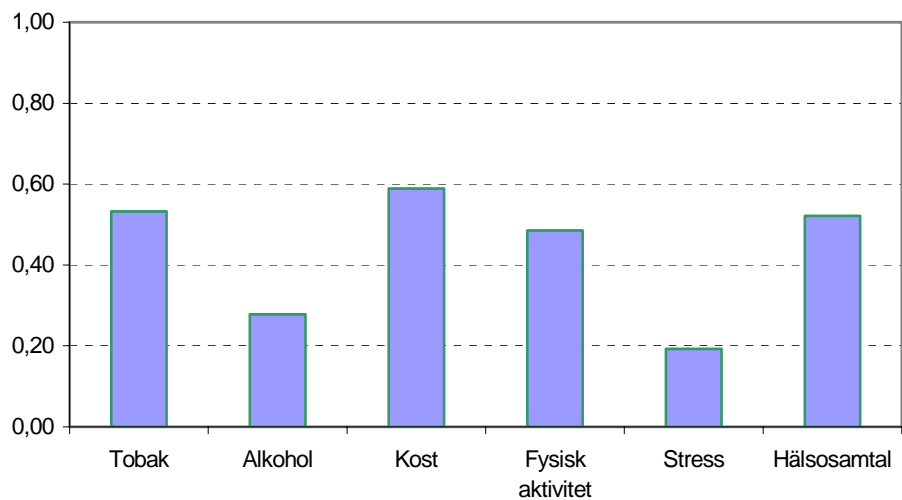
Totalt skickades 235 enkäter ut till hela hälso- och sjukvården inklusive tandvård och privata vårdgivare med landstingsavtal i länet, varav 174 besvarades. Detta ger en svarsfrekvens på totalt 74 procent.

Sjukdomsförebyggande insatser, samtliga enheter

Första frågan inom området sjukdomsförebyggande insatser, gällde rutiner och program för hur enhetens medarbetare tar upp levnadsvanor kring tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet och stressrelaterade problem, se Figur 1. Nästa fråga var i vilken omfattning enhetens medarbetare tar upp hur dessa levnadsvanor påverkar hälsan, och att detta gäller endast patienter där denna insats är relevant, se Figur 2. En följdfråga var, om detta inte sker alltid eller oftast, vad det i så fall beror det på.

Rutiner och program kring livsstilsfaktorer

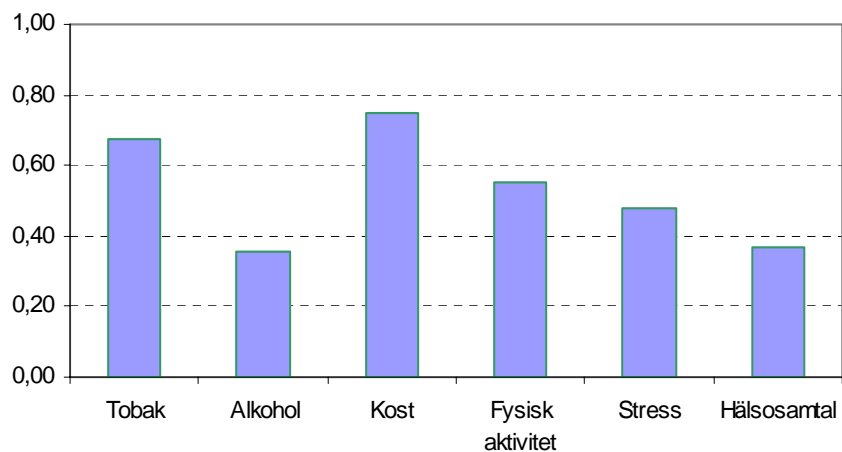
Resultaten visar bland annat att flest enheter med rutiner och program totalt sett finns inom kostområdet, därefter för tobak och hälsosamtal. Minst förekommer rutiner och program för livsstilsområdena stress och alkohol.



Figur 1. Andel enheter inom hela hälso- och sjukvården som anger att det finns rutiner/program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

Omfattningen av sjukdomsförebyggande insatser

Hur ofta enhetens medarbetare tar upp frågor inom ett livsstilsområde korrelerar i stort med förekomsten av rutiner och program för respektive område, Figur 2.



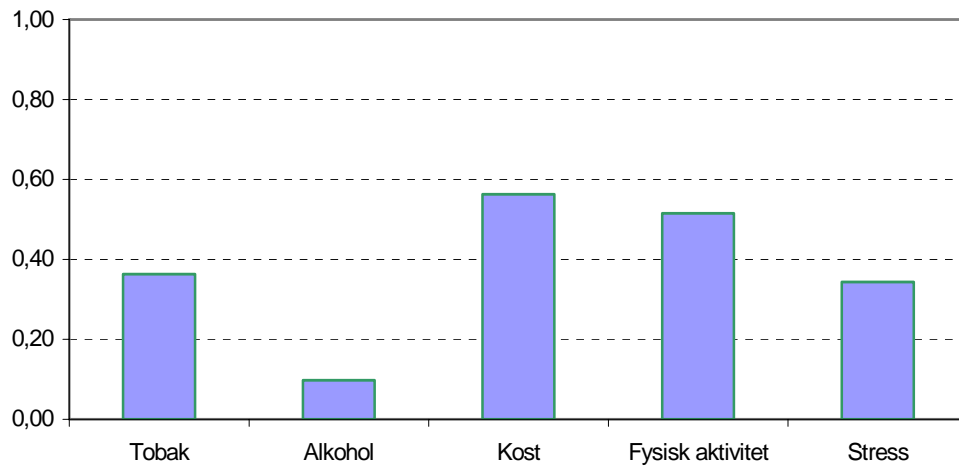
Figur 2. Andel enheter inom hela hälso- och sjukvården som svarar att sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast för patienter där detta är relevant.

Den vanligaste orsaken till att enhetens medarbetare inte tar upp levnadsvanor med patienterna anges i hög grad vara att det inte är relevant för verksamheten följt av tids- och kunskapsbrist.

Enkäten fortsätter med frågor om det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika levnadsvanorna, samt om enheten samarbetar med någon annan vårdenhet eller intresseorganisation dit patienter hänvisas för stöd/behandling. Nästa fråga är om stödsystem tillämpas för systematisk uppföljning av levnadsvanor, exempelvis i form av särskild del i datajournal.

Medarbetare med särskild kompetens i livsstilsfrågor

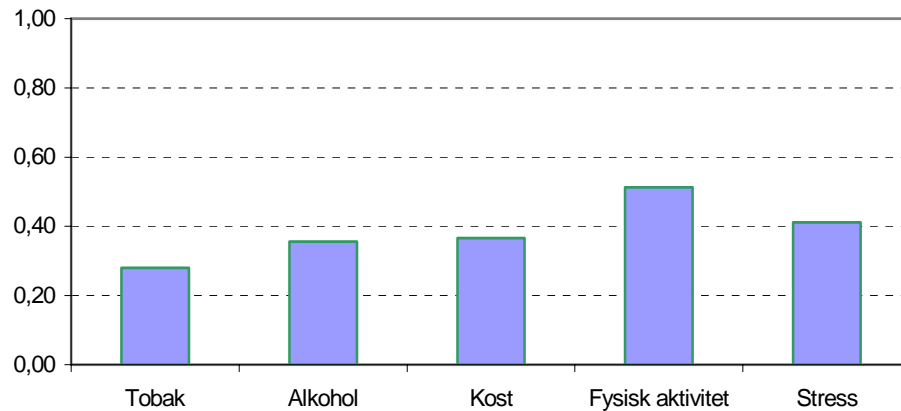
Medarbetare med särskild kompetens är mest förekommande inom kostområdet och minst inom alkoholområdet, se Figur 3.



Figur 3. Andel enheter inom hela hälso- och sjukvården som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Samarbete i livsstilsfrågor med andra enheter/organisationer

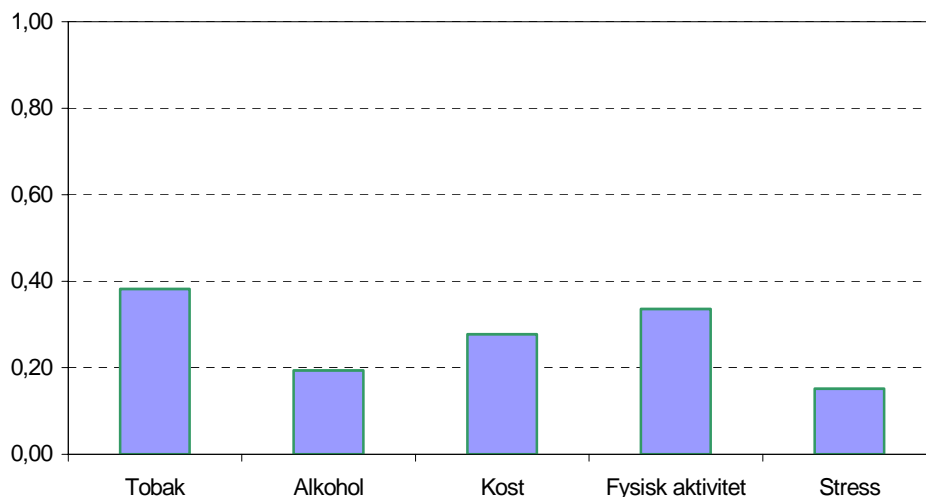
Samarbetet med andra aktörer inom olika levnadsvaneområden varierar. Ett genomsnitt visar att samarbete med annan vårdenhet dit patienter kan hänvisas, förekommer mest beträffande fysisk aktivitet och stress och minst för tobak, se Figur 4.



Figur 4. Andel enheter inom hela hälso- och sjukvården som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

Stödsystem för uppföljning

Stödsystem för systematisk uppföljning är mest frekvent för tobak. Minst vanligt är stödsystem för uppföljning av stress, se Figur 5.



Figur 5. Andel enheter inom hela hälso- och sjukvården som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av olika livsstilsområden.

I slutet av den sjukdomsförebyggande delen i enkäten ställdes frågor om metodik. Som exempel på metodik angavs motiverande intervju (MI), se Tabell 2.

Tabell 2. Andel enheter inom hela hälso- och sjukvården som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Andel
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	26 % (40/156)
Används metodiken alltid eller oftast?	19 % (24/126)

Bland de enheter som svarat att de inte använder särskild metodik alltid eller oftast i samtal om levnadsvanor med sina patienter, anges orsaken i första hand vara att det inte är relevant för verksamheten, därefter kunskaps- och tidsbrist.

Hälsofrämjande insatser, samtliga enheter

Avsnittet om hälsofrämjande insatser inleds med frågan om metoder tillämpas för att stimulera och tillvarata patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa samt i vilken omfattning insatserna sker. Metoderna exemplifieras med föräldrautbildning, patientskolor och deltagarstyrda grupper för patienter och anhöriga. Därefter följer frågor om resultaten av verksamhetens hälsofrämjande insatser mäts i form av patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet, samt vilka metoder eller instrument som används och hur ofta det sker. Slutligen efterfrågas om mätresultaten används som grund för förbättringsarbetet, i verksamhetsutvecklingen och som underlag vid redovisning av verksamhetens resultat till beslutsfattare i landstinget.

En stor del av enheterna, 72 %, anger att de använder metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan. Hälften av enheterna använder dessa metoder generellt eller i stor omfattning, se Tabell 3. De övriga 77 enheter som inte tillämpar några metoder, anger i huvudsak att det inte är relevant för verksamheten som orsak, följt av tids- och kunskapsbrist.

Patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet mäts i relativt liten utsträckning, 46 av 161 enheter anger att detta mäts. Av de 46 enheter som mäter resultaten på detta sätt, gör 21 enheter det inom ordinarie rutiner för vissa patientkategorier och 37 av dem använder mätresultaten som grund för verksamhetsutveckling. Mätresultaten används av 26 enheter som

underlag vid redovisning av verksamhetens resultat till beslutsfattare i landstinget.

Tabell 3. Andel enheter inom hela hälso- och sjukvården som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Andel
Tillämpas metoder som tillvaratar patienternas kraft i arbetet med sin egen hälsa?	72 % (119/166)
Sker det generellt eller i stor omfattning?	49 % (73/150)
Mäts resultaten av insatserna i patientupplevd nytta/livskvalitet?	29 % (46/161)

Närsjukvård

Närsjukvården karaktäriseras dels av närheten till befolkningen men också av att där finns de vårdformer dit patienterna oftast söker sig i första hand. I närsjukvården ingår vårdcentralerna, akutmottagningarna och några av klinikerna vid de tre sjukhusen samt sjukvårdsupplysningen. Här redovisas det sammanlagda resultatet för alla enheter inom hela närsjukvården exklusive sjukvårdsupplysningen som inte är med i denna undersökning. Närsjukvårdens resultat redovisas längre fram i rapporten även uppdelad på vårdcentraler, barnvårdcentraler och övrig närsjukvård, var för sig.

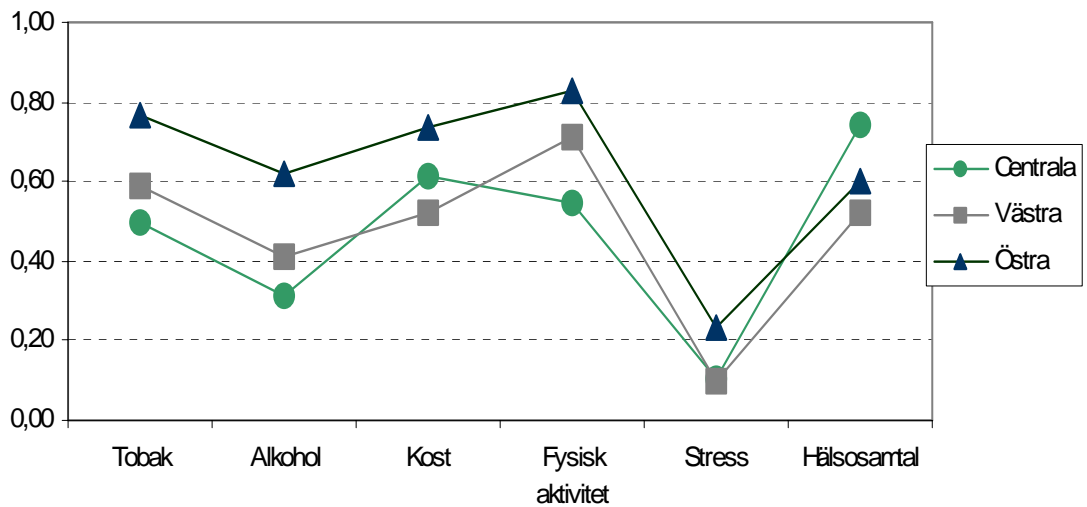
Till samtliga enheter i närsjukvården skickades totalt 123 enkäter, varav 86 enheter svarade. Detta ger en svarsfrekvens på 70 procent, se Tabell 4.

Tabell 4. Svarsfrekvensen för hela närsjukvården, fördelat på länsdelar

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen	Hela länet
Svarsfrekvens	66 %	79 %	68 %	70 %
Antal svar/utskick	(33/50)	(23/29)	(30/44)	(86/123)

Sjukdomsförebyggande insatser, närsjukvården

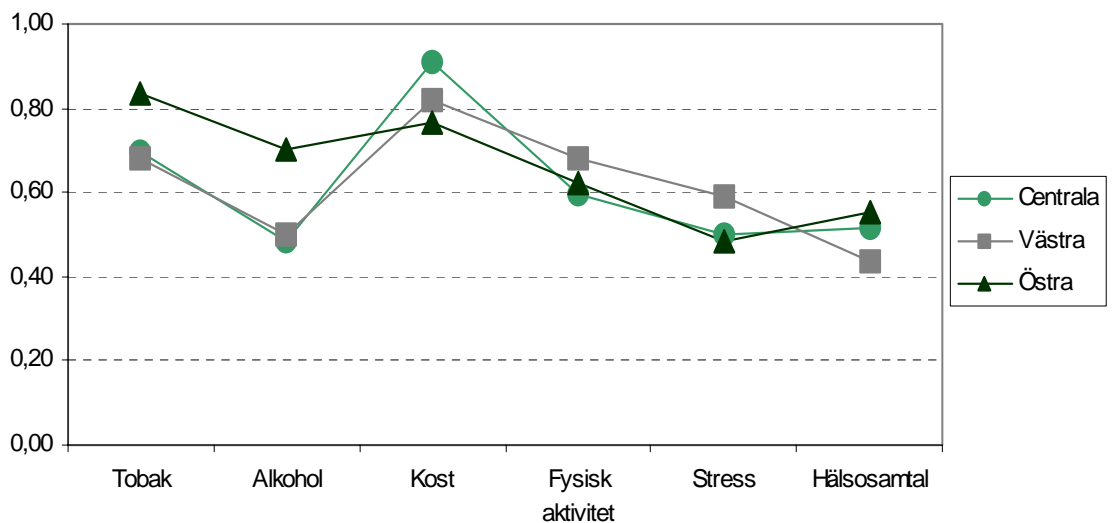
Andelen enheter som har rutiner/program för hur medarbetarna ska ta upp olika levnadsvanor varierar stort mellan länsdelarna, se Figur 6. Resultaten visar bl. a att de flesta enheter med rutiner och program totalt sett finns i östra länsdelen samt att stress är det område där enheterna har minst rutiner och program i alla länsdelar.



Figur 6. Andel enheter inom närsjukvården som anger att det finns rutiner/program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

Omfattningen av sjukdomsförebyggande insatser

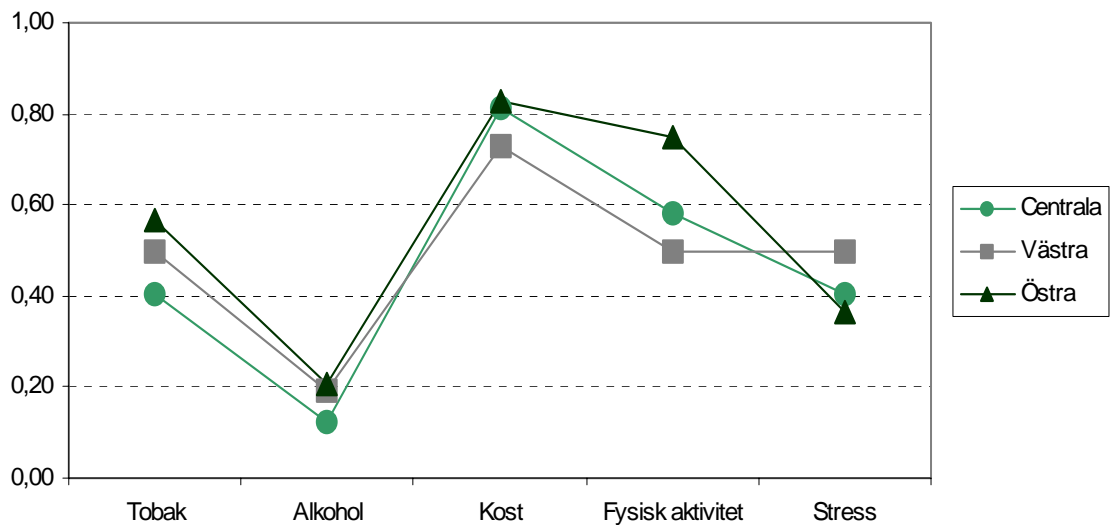
Medarbetarna, på mer än hälften av enheterna, tar alltid eller oftast upp hur levnadsvanorna påverkar hälsan, se Figur 7. Viktigt att notera är att detta endast gäller för patienter där denna insats är relevant. Kost är det område som diskuteras i störst omfattning följt av tobak och fysisk aktivitet. I minst omfattning diskuteras stress och integrerade hälsosamtal.



Figur 7. Andel enheter inom närsjukvården som svarar att sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast för patienter där detta är relevant.

De vanligaste orsakerna till att enhetens medarbetare inte tar upp levnadsvanor med patienterna är att de inte anser det vara relevant för verksamheten och därefter följer tids- och kunskapsbrist som orsaker.

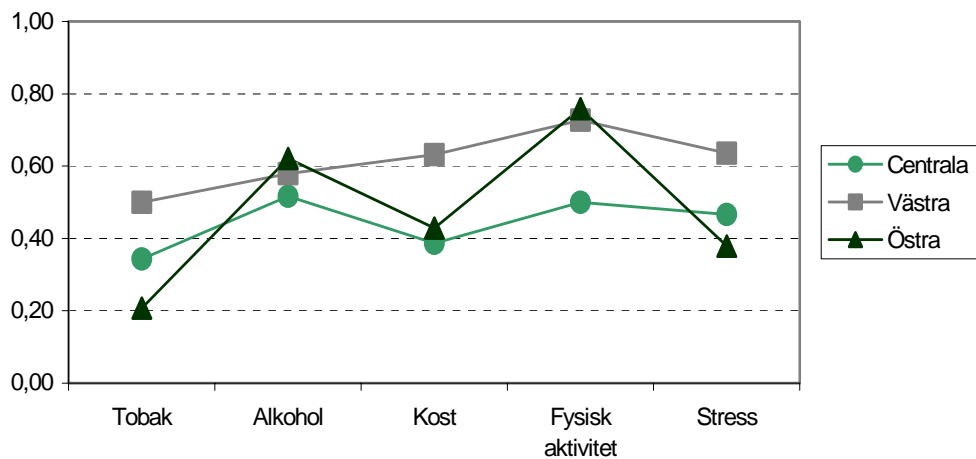
På frågan om det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena följer alla svarande enheter samma frekvensmönster. Den högsta frekvensen finns inom kostområdet och den lägsta inom alkoholområdet, se Figur 8.



Figur 8. Andel enheter inom närsjukvården som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Samarbete i livsstilsfrågor med andra enheter/organisationer

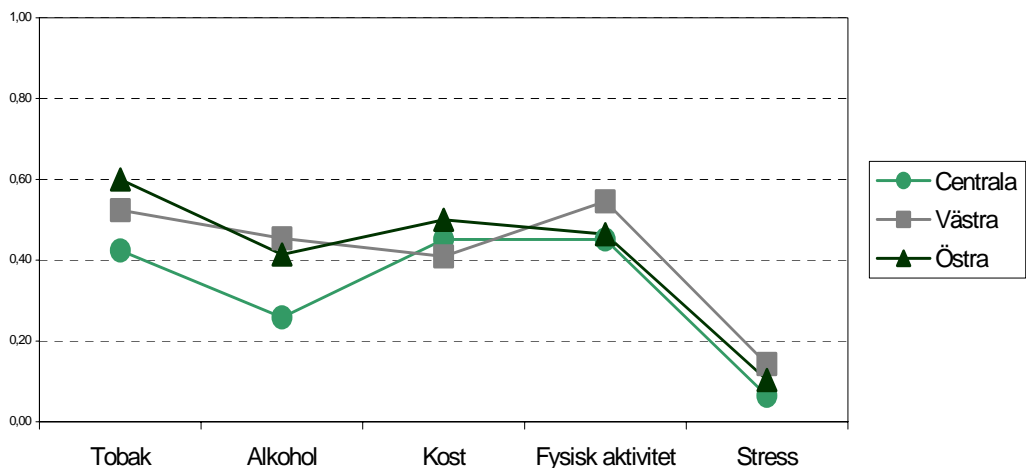
Samarbetet med andra aktörer varierar däremot mer mellan länsdelarna, se Figur 9. Ett genomsnitt för närsjukvården visar att samarbete med annan vårdenheter dit patienter kan hänvisas för stöd/behandling, förekommer mest beträffande fysisk aktivitet och alkohol och minst för tobak.



Figur 9. Andel enheter inom närsjukvården som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

Stödsystem för uppföljning

Det är inte vanligt att det tillämpas stödsystem för systematisk uppföljning av de olika levnadsvanorna. De flesta enheter som tillämpar detta finns i östra länsdelen och då för tobaksbruk. Stödsystem för uppföljning av stress saknas nästan helt. Skillnaden mellan länsdelarna är liten, se Figur 10.



Figur 10. Andel enheter inom närsjukvården som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av olika livsstilsområden.

Särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen används mest i den östra och minst i den västra länsdelen, se Tabell 5.

Tabell 5. Andel enheter inom närsjukvården som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	35 % (11/31)	16 % (3/19)	43 % (12/28)
Används metodiken alltid eller oftast?	12 % (3/26)	14 % (2/14)	40 % (8/20)

Bland de enheter som svarat att särskild metodik inte används alltid eller oftast anger de flesta kunskapsbrist som orsak, följt av tidsbrist.

Hälsofrämjande insatser, närsjukvården

En stor del av enheterna anger att de använder metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan, se Tabell 6. Hälften av dessa enheter använder metoderna generellt eller i stor omfattning.

För de enheter som inte använder några metoder, anges i huvudsak tidsbrist och ej relevant för verksamheten som orsaker.

Resultaten av gjorda insatser uppmätta i patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet sker i relativt liten utsträckning, 20 enheter av 80. Av de 20 enheter som mäter resultaten på detta sätt, gör 12 enheter det inom ordinarie rutiner för vissa patientkategorier.

Ett fåtal (13 av totalt 123 enheter inom närsjukvården) anger att de använder mätresultaten som grund för förbättringsarbete och verksamhetsutveckling. Några av dessa använder också mätresultaten som underlag för redovisning av verksamhetens resultat till beslutsfattare i landstinget.

Tabell 6. Andel enheter inom närsjukvården som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Tillämpas metoder som tillvaratar patienternas kraft i arbetet med sin egen hälsa?	91 % (29/32)	81 % (17/21)	93 % (28/30)
Sker detta generellt eller i stor omfattning?	56 % (18/32)	32 % (6/19)	59 % (17/29)
Mäts resultaten av insatserna i patientupplevd nytta/livskvalitet?	30 % (9/30)	35 % (7/20)	13 % (4/30)

Vårdcentraler

Vårdcentralerna tillhör närsjukvården men särredovisas på grund av verksamhetens karaktär. I propositionen Mål för folkhälsan anser man primärvården ha en nyckelroll vad gäller att ge råd i livsstilsfrågor genom sin stora kontaktyta med människor i alla åldersgrupper. I Östergötland finns 42 vårdcentraler och enkäten sändes ut till samtliga. Enkäten besvarades av 32 vårdcentraler, vilket ger en svarsfrekvens på 76 procent. Svarsfrekvensen varierar mellan länsdelarna med som lägst 56 procent från centrala länsdelen och som högst 100 procent från västra länsdelen, se Tabell 7.

Tabell 7. Svarsfrekvensen för vårdcentralerna, fördelat på länsdelar

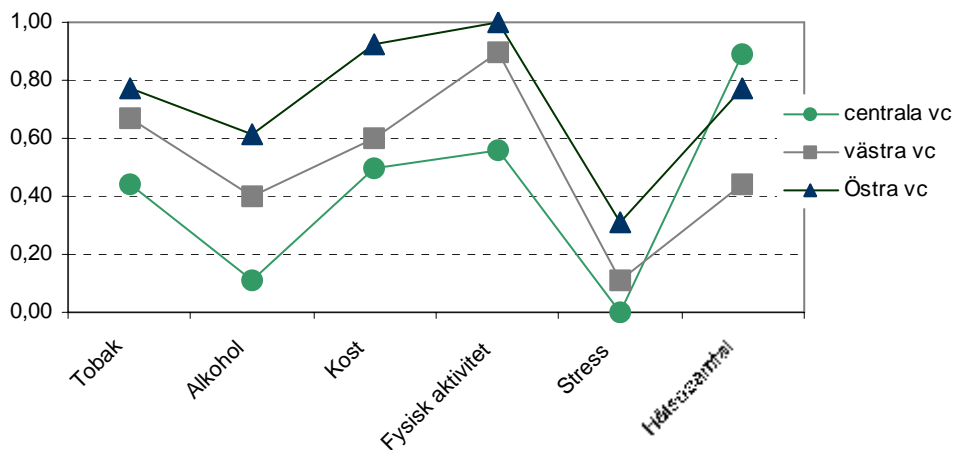
	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen	Hela länet
Svarsfrekvens	56 %	100 %	81 %	76 %
Antal svar/utskick	(9/16)	(10/10)	(13/16)	(32/42)

Sjukdomsförebyggande insatser, vårdcentraler

Rutiner/program för hur medarbetarna ska ta upp olika levnadsvanor med patienterna varierar mellan de olika livsstilsområdena, se Figur 11.

Sammantaget har 65 procent av vårdcentralerna rutiner/program för tobak, 41 procent för alkohol, 41 procent för kost, 84 procent för fysisk aktivitet, 16 procent för stress samt 71 procent för hälsosamtal. Uppdelat på de olika länsdelarna ser man att vårdcentraler i den östra länsdelen har flest rutiner/program generellt sett. Vårdcentralerna i centrala länsdelen anger att de helt saknar rutiner/program för stress. Samtliga vårdcentraler i den östra länsdelen tar upp tobaksfrågan med sina patienter när det anses relevant och på samma sätt tas kostfrågan upp på alla vårdcentraler i den centrala länsdelen.

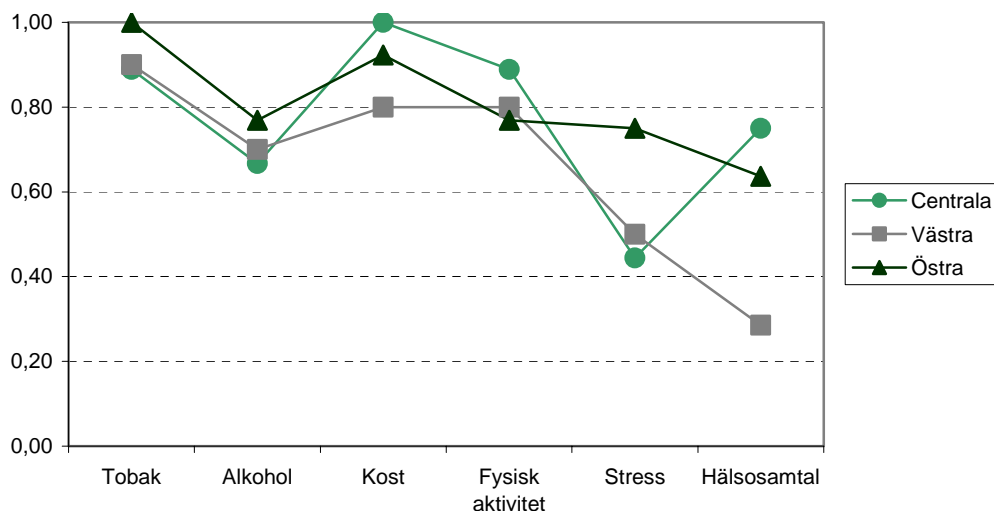
Hälsosamtal genomförs på 79 procent av vårdcentralerna i centrala länsdelen medan det i västra länsdelen endast sker på 29 procent.



Figur 11. Andel vårdcentraler som anger att det finns rutiner/program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

Omfattningen av sjukdomsförebyggande insatser

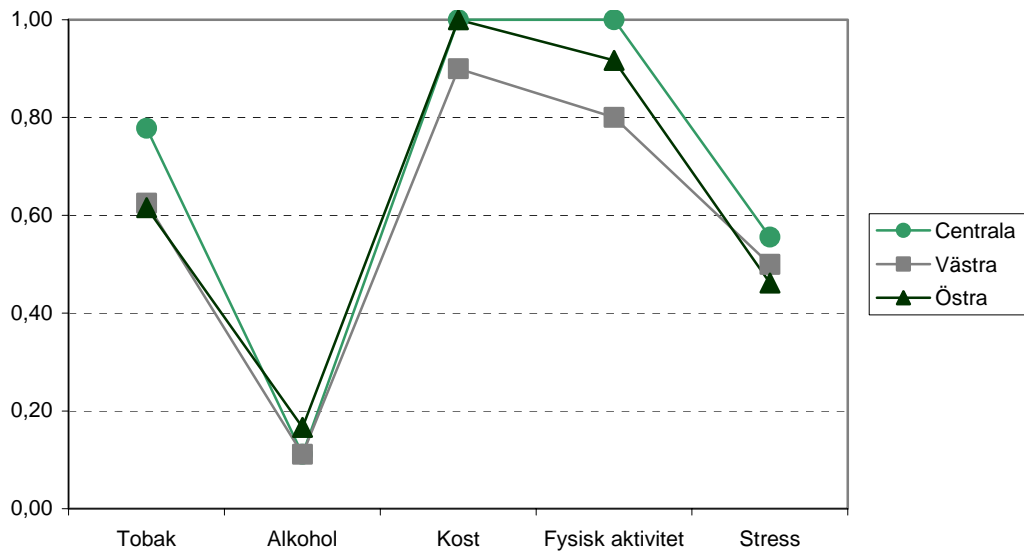
På en stor del av vårdcentralerna tar medarbetarna alltid eller oftast upp hur levnadsvanorna påverkar hälsan, se Figur 12. Detta gäller för patienter där denna insats är relevant. Resultaten visar att tobak och kost är de områden som diskuteras i störst omfattning medan stress och integrerade hälsosamtal är de områden som diskuteras i minst omfattning.



Figur 12. Andel vårdcentraler som svarar att sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast, för patienter där detta är relevant.

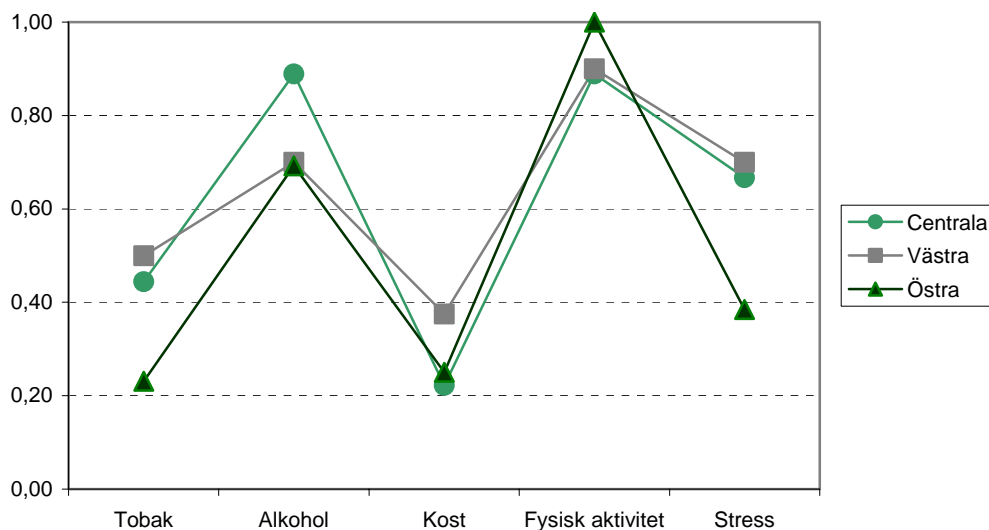
Den vanligaste orsaken till att levnadsvanorna inte tas upp alltid eller oftast, anges i de flesta fall bero på tidsbrist, följt av kunskapsbrist. En vårdcentral anger att det inte är relevant för verksamheten.

Flertalet vårdcentraler anger att de har medarbetare med särskild kompetens inom livsstilsområdena kost och fysisk aktivitet, se Figur 13. Lägst är andelen vårdcentraler som har medarbetare med särskild kompetens inom alkoholområdet. Skillnad mellan länsdelarna är liten.



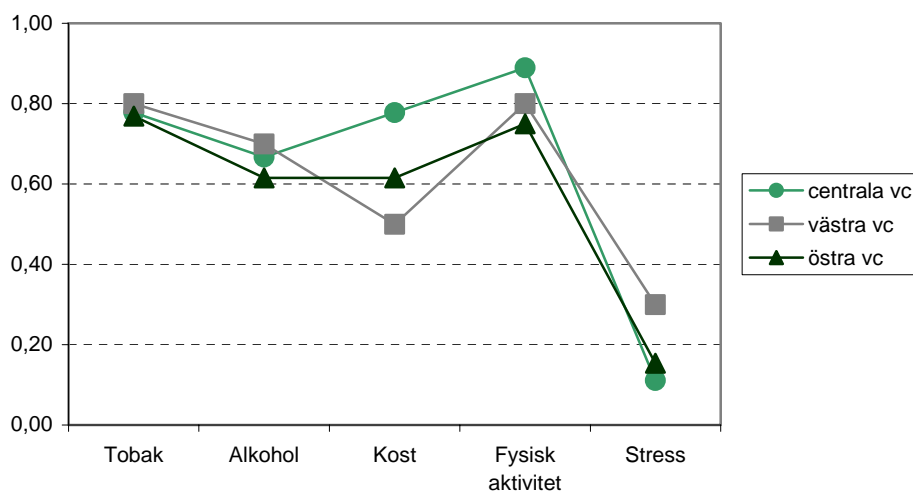
Figur 13. Andel vårdcentraler som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Nästan alla vårdcentraler i länet samarbetar och hänvisar patienter för stöd/behandling till andra vårdenheter och/eller intresseorganisationer, se Figur 14. Det sker oftast inom området fysisk aktivitet och därefter inom alkoholområdet. Minst samarbetar vårdcentralerna med andra enheter när det gäller livsstilsfaktorerna kost och tobak.



Figur 14. Andel vårdcentraler som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

Vårdcentralerna i länet tillämpar i olika hög grad stödsystem för systematisk uppföljning av sina insatser, se Figur 15. I störst utsträckning tillämpas detta inom området fysisk aktivitet. Cirka hälften av vårdcentralerna tillämpar stödsystem för övriga livsstilsområdena utom för stress där endast 19 procent anger att de använder detta. Inte heller här är det någon större skillnad mellan länsdelarna.



Figur 15. Andel vårdcentraler som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning inom olika livsstilsområden.

Särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen används mest i den östra och minst i den västra länsdelen, se Tabell 8.

Tabell 8. Andel enheter inom primärvården som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	44 % (4/9)	22% (2/9)	58% (7/12)
Används metodiken används alltid eller oftast?	0% (0/7)	0% (0/7)	57% (4/7)

Bland de enheter som svarat att de inte använder särskild metodik alltid eller oftast i samtal om levnadsvanor med patienter, anges orsaken i första hand vara tidsbrist därefter kunskapsbrist och inte relevant för verksamheten.

Hälsofrämjande insatser, vårdcentraler

Andel vårdcentraler som använder metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan beskrivs i Tabell 9. Hälften av dem anger att de använder dessa metoder generellt eller stor omfattning. Av de enheter som inte använder sig av metoder anger flertalet tidsbrist som orsak. På en vårdcentral anges kunskapsbrist och på en annan att det inte är relevant för verksamheten.

Andelen som mäter resultat av gjorda insatser i patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet varierar mellan 33 procent (västra) och 15 procent (östra). Av de 7 vårdcentraler, som uppger att de mäter patientupplevd nytta, anger 5 att det sker inom ordinarie rutin. Mätresultaten används som grund för förbättringsarbete i verksamheten vid 5 vårdcentraler och 3 anger att mätresultaten redovisas till beslutsfattare i landstinget.

Tabell 9. Andel vårdcentraler som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Tillämpas metoder som tillvaratar patienternas kraft i arbetet med sin egen hälsa?	100 % (9/9)	89 % (8/9)	100 % (13/13)
Sker detta generellt eller i stor omfattning?	44 % (4/9)	50 % (4/8)	54 % (7/13)
Mäts resultat av insatserna i patientupplevd nytta/livskvalitet?	22 % (2/9)	33 % (3/9)	15 % (2/13)

Barnavårdcentraler

Barnavårdscentralerna (BVC) är en del av vårdcentralernas verksamhet som i sin tur ingår i primärvården. Eftersom BVC har tydliga preventiva och hälsofrämjande uppgifter i sitt uppdrag, framkom önskemål i referensgruppen att denna undergrupp skulle utgöra en egen målgrupp och redovisas separat. Barnavårdscentralerna har bland annat i sitt uppdrag att regelbundet ordna hälsoundersökningar för barn 0-5 år, erbjuda vaccinationer, erbjuda rådgivning kring barns hälsa och utveckling samt erbjuda stöd i föräldraskapet enskilt eller i föräldragrupper.

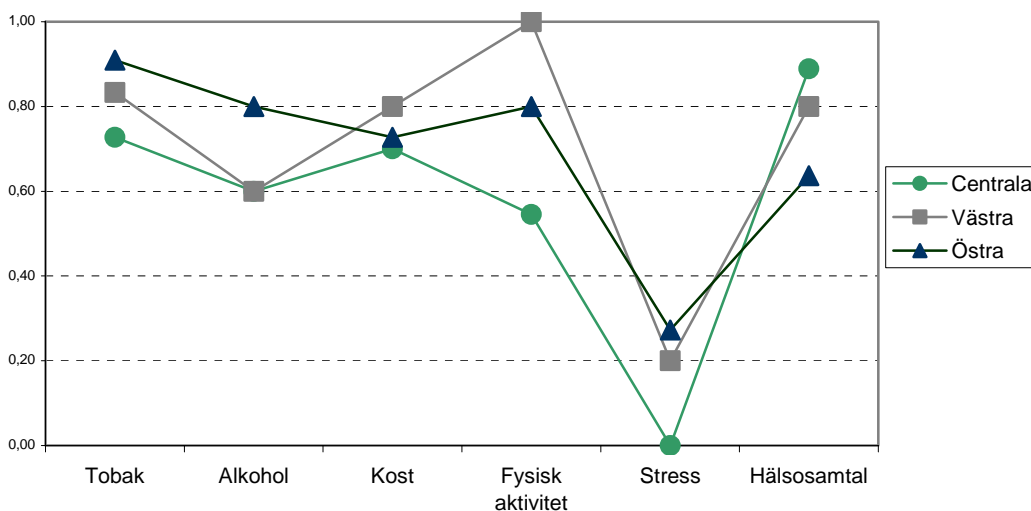
Enkäten skickades ut till samtliga 40 barnavårdscentraler, varav 28 besvarades och ger en svarsfrekvens på 70 procent, se Tabell 10.

Tabell 10. Svarsfrekvensen från barnavårdscentralerna, fördelat på länsdelar

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen	Hela länet
Svarsfrekvens	69 %	60 %	78 %	70 %
Antal svar/utskick	(11/16)	(6/10)	(11/14)	(28/40)

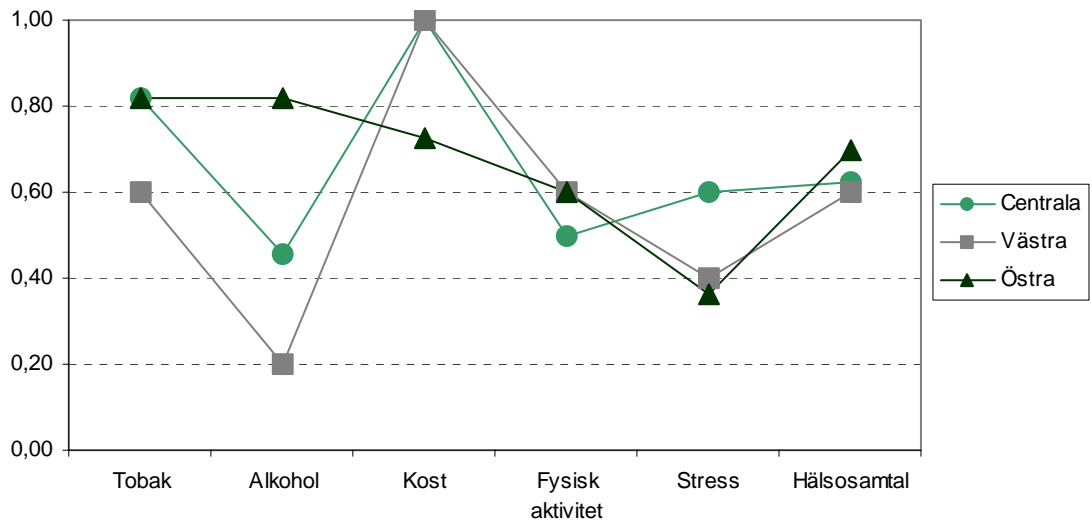
Sjukdomsförebyggande insatser, barnavårdscentraler

Generellt kan sägas att rutiner/program för hur medarbetarna ska ta upp olika livsstilsfrågor, finns hos en majoritet av barnavårdcentralerna. Minst utbyggt i länet är förekomsten av rutiner/program för stressrelaterade problem, se Figur 16.



Figur 16. Andel barnavårdscentraler som anger att det finns rutiner/program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

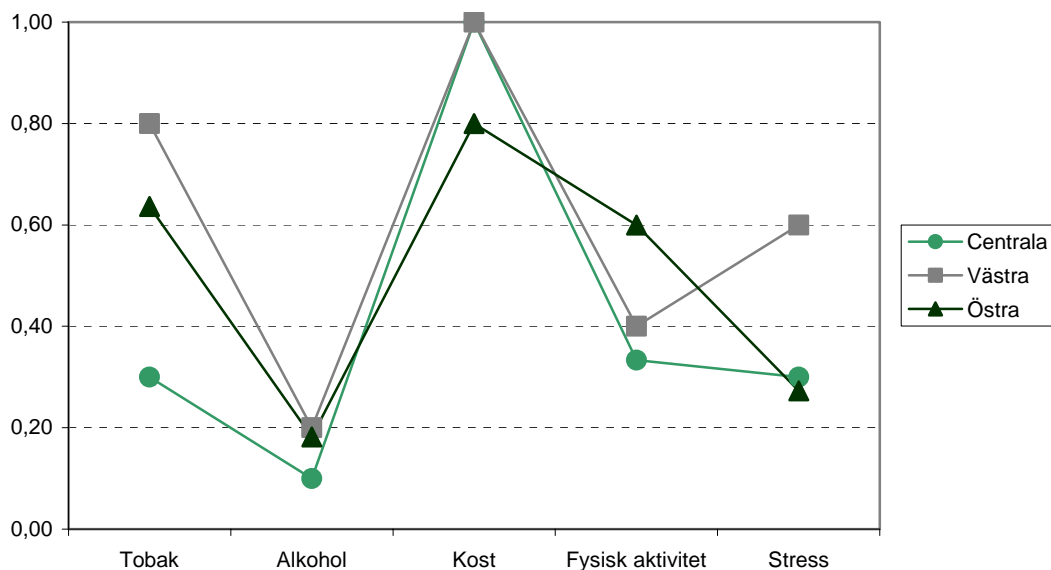
Av barnavårdscentralerna svarar 89 procent att enhetens medarbetare alltid eller oftast tar upp hur kosten påverkar hälsan. I den centrala länsdelen diskuteras stressens inverkan på hälsan på 6 av 10 BVC medan det i östra länsdelen sker på 4 av 11 BVC, se Figur 17. I västra länsdelen tar 1 av 5 BVC upp alkoholfrågor, vilket är det lägsta värdet bland alla levnadsvanor inom barnavårdscentralerna i länet.



Figur 17. Andel barnavårdscentraler som svarar att sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast för patienter där detta är relevant.

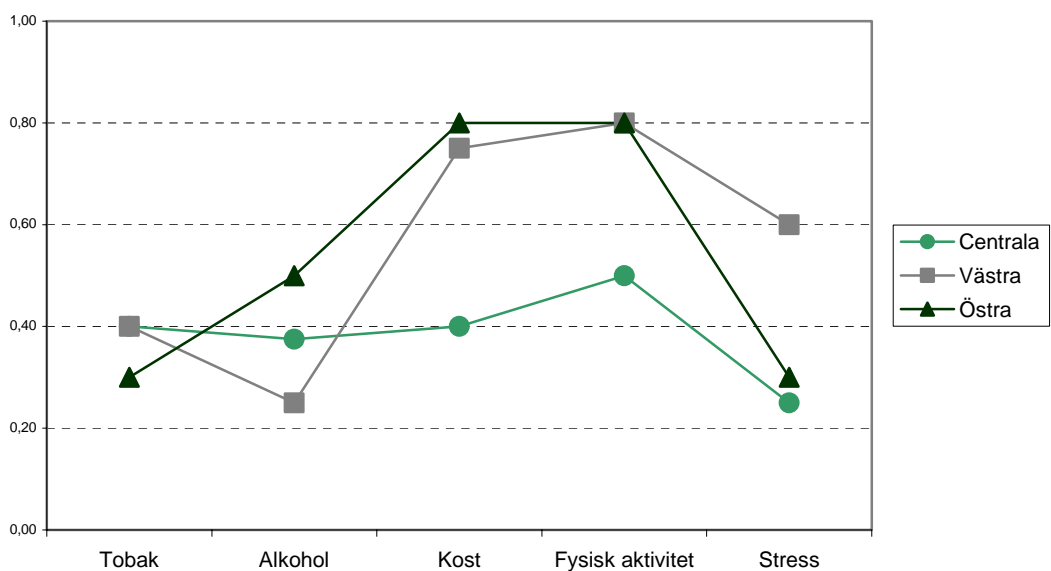
Av dem som anger att de inte alltid eller oftast tar upp livsstilsfrågor, anges orsaken främst vara att det inte är relevant för verksamheten, följt av tidsbrist.

På flertalet BVC finns medarbetare med särskild kompetens inom kostområdet medan den lägsta andelen återfinns inom alkoholområdet. Det förekommer ingen större skillnad mellan länsdelarna, Figur 18.



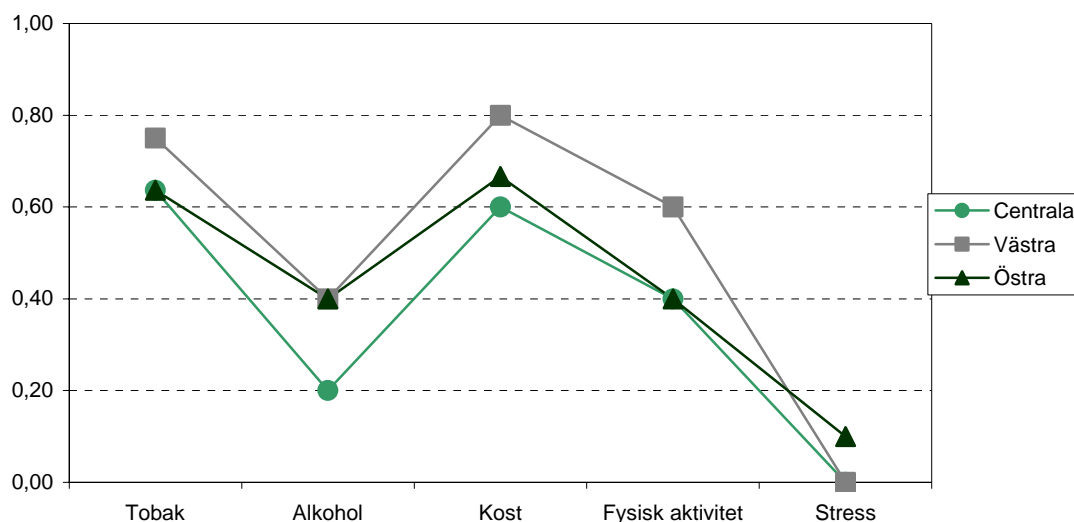
Figur 18. Andel barnvårdscentraler som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Samarbete med andra enheter och intresseorganisationer dit patienter kan hänvisas för stöd/behandling sker främst inom områdena kost och fysisk aktivitet framför allt i västra och östra länsdelarna. Knappt hälften samarbetar med andra enheter inom alkoholområdet och minst samarbete sker inom området stressrelaterade problem, Figur 19.



Figur 19. Andel barnvårdscentraler som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

Flertalet BVC har stödsystem för systematiskt uppföljning av insatser inom kost- och tobaksområdena. För stressrelaterade problem saknas stödsystem förutom vid en BVC inom östra länsdelen, Figur 20.



Figur 20. Andel barnavårdscentraler som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av olika livsstilsområden.

Som avslutning på den sjukdomsförebyggande delen i enkäten ställdes frågor om metodik. Som exempel på metodik angavs motiverande intervju MI. Resultatet visas i Tabell 11.

Tabell 11. Andel enheter inom barnavårdscentralerna som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	22% (2/9)	0% (0/4)	30% (3/10)
Används metodiken används alltid eller oftast?	14% (1/7)	33% (1/3)	25% (2/8)

Barnavårdscentralerna som svarat att de inte använder särskild metodik anger i första hand tidsbrist som orsak, därefter följer kunskapsbrist och inte relevant för verksamheten.

Hälsofrämjande insatser, barnavårdscentraler

Metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan, till exempel i form av föräldrautbildning och lekterapi, använder alla BVC i västra och östra länsdelarna samt 9 av 10 i centrala, vilket ger ett genomsnitt på 96 %. Mer än hälften av BVC anger att de tar upp frågor om livsstilsfaktorer med patienter generellt eller i stor omfattning. De BVC som tillämpar metoder i mindre omfattning anger att det beror på tidsbrist (3 BVC), ej är relevant för verksamheten (2 BVC) och kunskapsbrist (1 BVC). Två BVC anger att de mäter patientupplevd nytta och en av dem att det sker som ordinarie rutin, Tabell 12.

Tabell 12. Andel barnavårdcentraler som har svarat ja på frågorna i tabellen

	centrala länsdelen	västra länsdelen	östra länsdelen
Tillämpas metoder som tillvaratar patienternas kraft i arbetet med sin egen hälsa	90 % (9/10)	100 % (5/5)	100 % (11/11)
Sker detta generellt/i stor omfattning?	60 % (6/10)	40 % (2/5)	73 % (8/11)
Mäts resultat av insatserna i patientupplevd nytta/livskvalitet?	10 % (1/10)	0 % (0/4)	9 % (1/11)

Övrig närsjukvård

Övrig närsjukvård är de enheter som tillhör närsjukvården förutom vårdcentraler och barnavårdscentraler, exempelvis kliniker inom specialiteterna medicin, psykiatri, geriatrik, reumatologi, beroendevård, dermatologi, infektion.

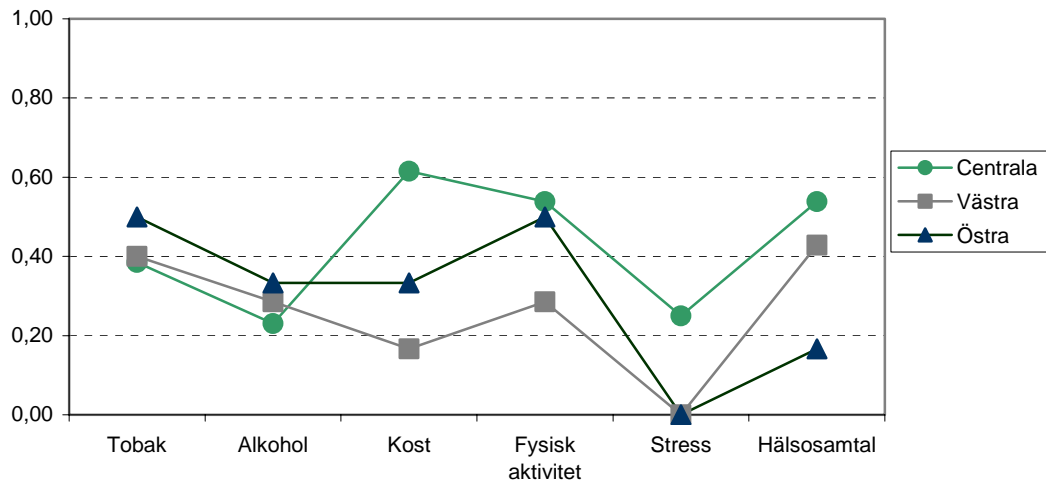
Till övriga närsjukvården sändes 41 enkäter ut och 26 enheter besvarade dem, vilket ger en svarsfrekvens på 63 procent. Svarsfrekvensen är ojämnt fördelad med som lägst 43 procent från östra länsdelen, Tabell 13.

Tabell 13. Svarsfrekvensen för den övriga närsjukvården, fördelat på länsdelar

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen	Hela länet
Svarsfrekvens	72 %	78 %	43 %	63 %
Antal svar/utskick	(13/18)	(7/9)	(6/14)	(26/41)

Sjukdomsförebyggande insatser, övrig närsjukvård

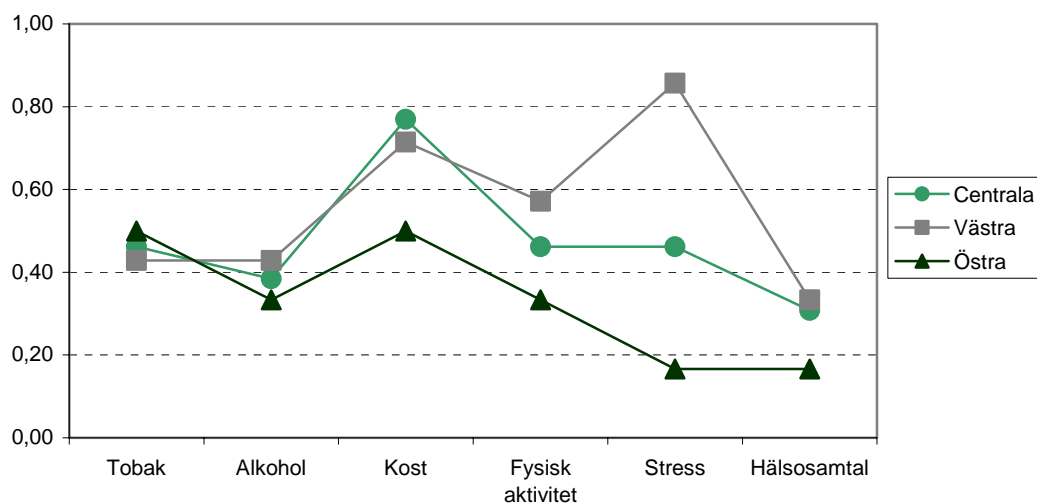
Generellt kan sägas att rutiner/program för sjukdomsförebyggande insatser finns på knappt hälften av de svarande enheterna. Minst utbyggda i länet är rutiner/program för stressrelaterade problem, något fler rutiner och program finns för alkohol och tobak, Figur 21.



Figur 21. Andel enheter inom övrig närsjukvård som anger att det finns rutiner/program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

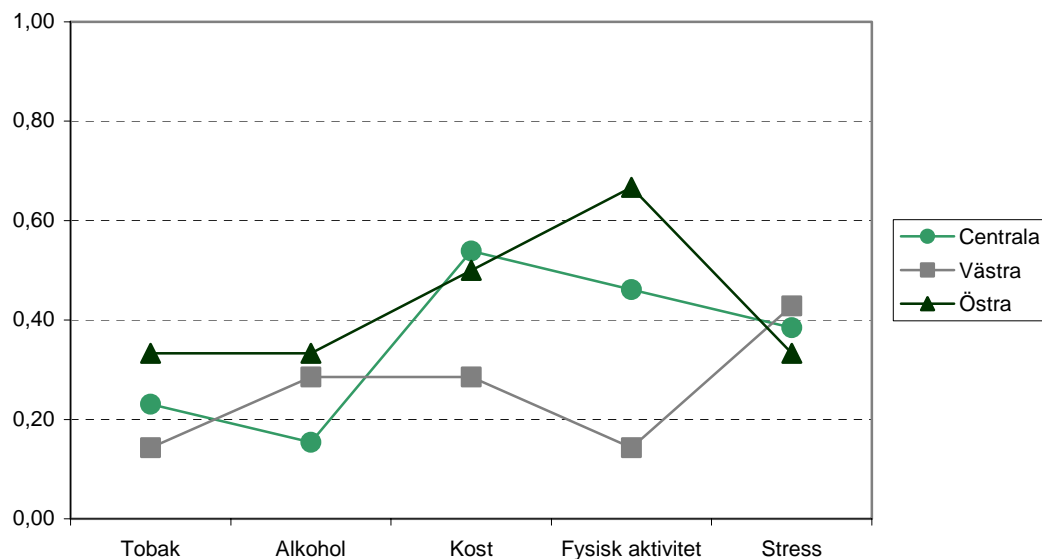
Mindre än hälften av enheterna inom den övriga närsjukvården tar upp frågor om hur levnadsvanor påverkar hälsan alltid eller oftast. Främst sker detta inom kostområdet, 69 procent. I den östra länsdelen anges att samtal om stress och integrerade hälsosamtal sker alltid eller oftast hos 17 procent av enheterna, Figur 22.

Bland dem som svarat att omfattningen av sjukdomsförebyggande insatser sker ibland, sällan eller aldrig, anges huvudorsaken vara att det inte är relevant för verksamheten.



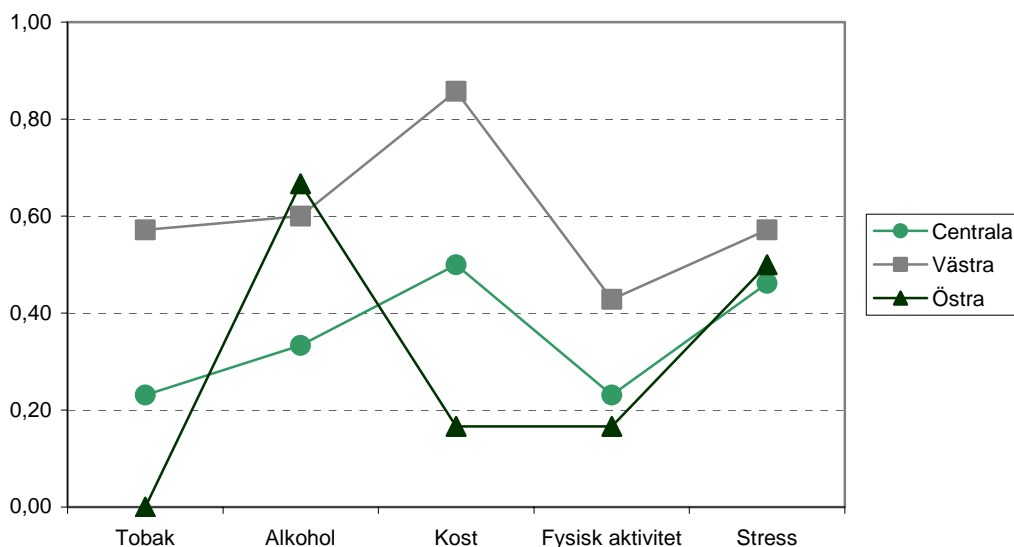
Figur 22. Andel enheter inom övrig närsjukvård som svarar ja på frågan om sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast.

Inom övrig närsjukvård anger 46 procent av enheterna att de har medarbetare med särskild kompetens inom kostområdet och därefter inom området fysisk aktivitet, 42 procent. Lägst resultat redovisas för medarbetare med särskild kompetens inom områdena tobak och alkohol. Det framkommer ingen större skillnad mellan länsdelarna, Figur 23.



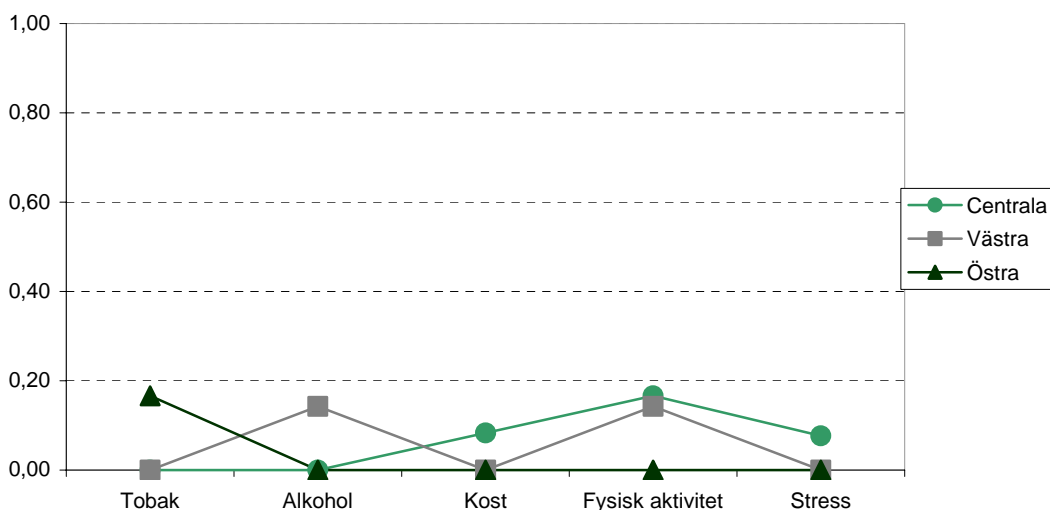
Figur 23. Andel enheter inom övrig närsjukvård som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Verksamheterna inom övriga närsjukvården samarbetar mest med andra enheter och intresseorganisationer inom områdena kost och alkohol. Minst samarbete sker inom tobaksområdet, Figur 24.



Figur 24. Andel enheter inom övrig närsjukvård som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

I de västra och östra länsdelarna finns endast någon enhet som har stödsystem för systematisk uppföljning av patienternas levnadsvanor. De flesta enheter inom övrig närsjukvård, som har stödsystem för systematiskt uppföljning för det sjukdomsförebyggande arbetet, återfinns i centrala länsdelen, Figur 25.



Figur 25. Andel enheter inom övrig närsjukvård som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av olika livsstilsområden.

Som avslutning på den sjukdomsförebyggande delen i enkäten ställdes frågor om metodik. Som exempel angavs motiverande intervju MI. Resultatet visas i Tabell 14.

Tabell 14. Andel enheter inom den övriga närsjukvården som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	38% (5/13)	17% (1/6)	33% (2/6)
Används metodiken alltid eller oftast?	17% (2/12)	25% (1/4)	40% (2/5)

Bland de enheter som svarat att de inte använder särskild metodik alltid eller oftast i samtal om levnadsvanor med sina patienter, anges orsaken i första hand vara tidsbrist därefter kunskapsbrist och inte relevant för verksamheten.

Hälsofrämjande insatser, övrig närsjukvård

Metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan, används inom respektive 11, 4 och 4 enheter (centrala, västra och östra), se Tabell 15. Cirka hälften av de svarande i centrala och östra länsdelen anger att de tar upp frågor om hur levnadsvanor påverkar hälsan generellt eller i stor omfattning. Fjorton enheter uppger att metoderna används i viss omfattning, liten omfattning eller inte alls. Orsakerna till detta anges i första hand vara att det ej är relevant för verksamheten.

Bland de 11 enheter, som uppger att de mäter resultat av insatserna i patientupplevd nytta/livskvalitet, anger 6 att det sker inom ordinarie rutin och ligger till grund för förbättringsarbete och verksamhetsutveckling. Totalt anger 5 enheter att mätresultaten används som underlag vid redovisning av verksamhetens resultat till beslutsfattare i landstinget.

Tabell 15. Andel enheter inom övrig närsjukvård som har svarat ja på frågorna i tabellen

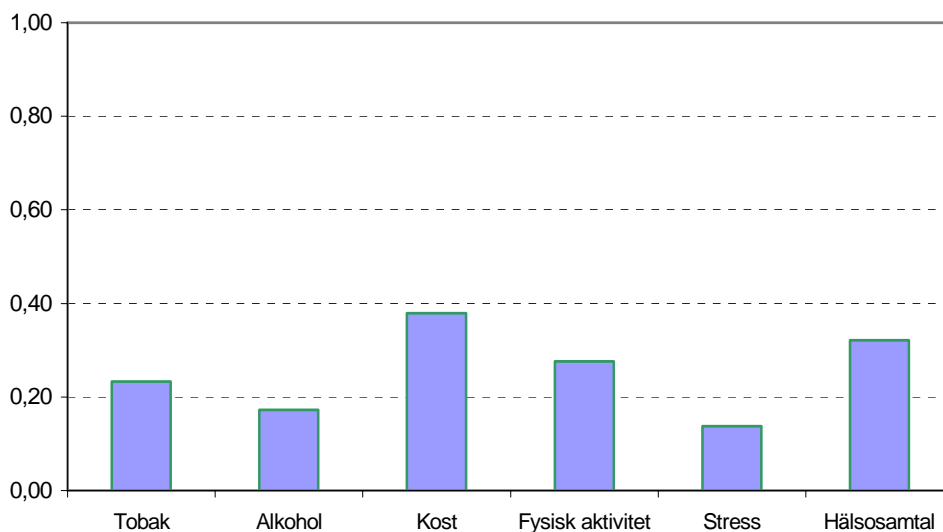
	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Tillämpas metoder som tillvaratar patienternas kraft i arbetet med sin egen hälsa?	85 % (11/13)	57 % (4/7)	67 % (4/6)
Sker detta generellt/i stor omfattning?	62 % (8/13)	0 % (0/6)	40 % (2/5)
Mäts resultat av insatserna i patientupplevd nytta/livskvalitet?	55 % (6/11)	57 % (4/7)	17 % (1/6)

Länscentra

Sjukvården i Östergötland är organisatoriskt uppdelad i 3 närsjukvårds områden och 10 länsövergripande centra, länscentra. De åtta länsövergripande centra som deltog i kartläggningen är Anestesi- och operationscentrum, Barn- och kvinnocentrum, Hjärtcentrum, Kirurgi- och onkologicentrum (ej Radiofysikavdelningen), Länspsykiatriskt centrum, Ortopedicentrum, Rekonstruktionscentrum samt Smärt- och yrkesmedicinskt centrum. Bildmedicinskt centrum samt Laboratoriemedicinskt centrum ingår inte i kartläggningen. Sammanlagt skickades 33 enkäter ut till enheter inom ovanstående centrum och 30 svar inkom, vilket ger en svarsfrekvens på 91 procent.

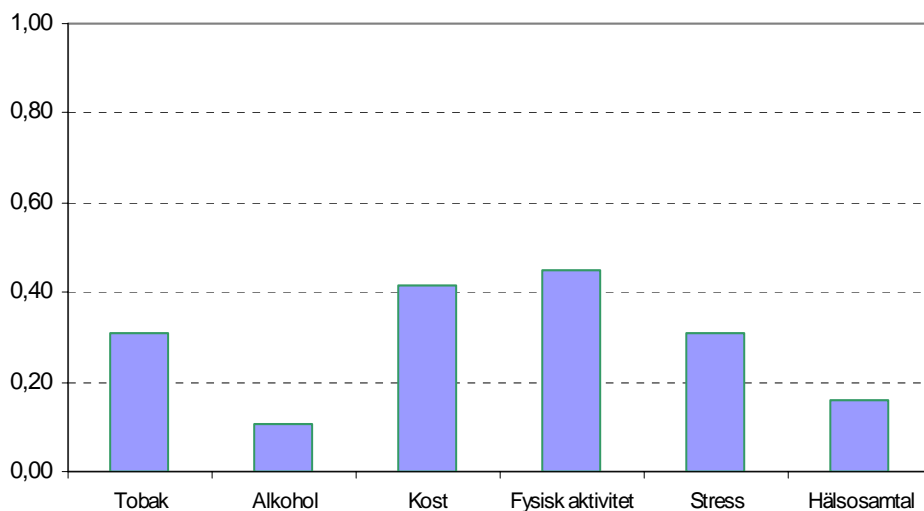
Sjukdomsförebyggande insatser, länscentra

Rutiner/program för hur medarbetarna ska ta upp olika levnadsvanor med patienterna finns vid mindre än en tredjedel av nämnda centrum. De flesta rutiner/program finns inom kostområdet. Minst utbyggt är rutiner/program för stress- och alkoholrelaterade problem, Figur 26.



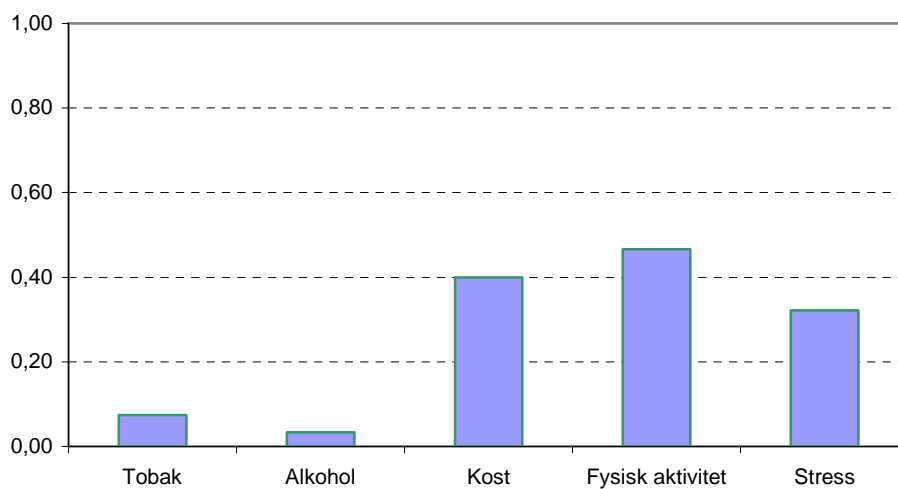
Figur 26. Andel enheter inom länscentra som anger att det finns rutiner/program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

Vid cirka hälften av enheterna rör samtalen om livsstilsfrågor fysisk aktivitet, därefter följer kostområdet., Figur 27. Övriga livsstilsområden diskuteras med patienterna alltid eller oftast hos mindre än en tredjedel av enheterna inom länscentra. Om det inte sker har tidsbrist angivits som orsak därefter kunskapsbrist och att det ej är relevant för verksamheten.



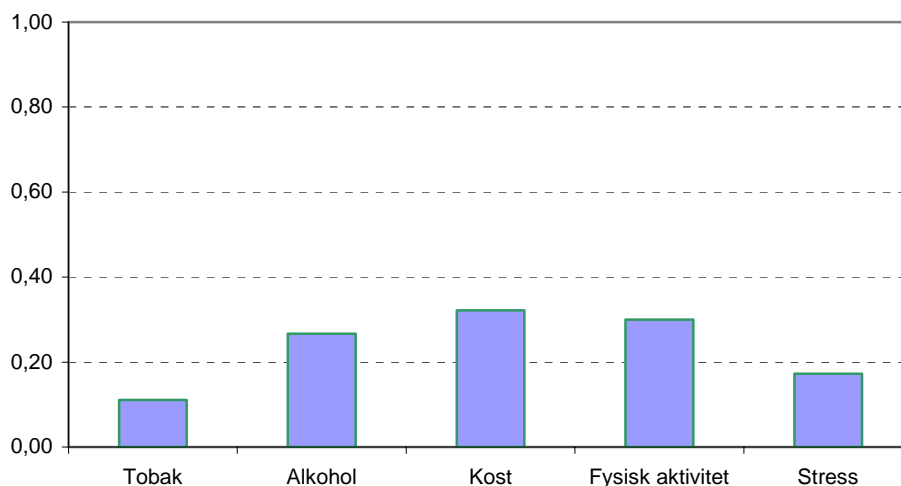
Figur 27. Andel enheter inom länscentra som svarar att sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast för patienter där det är relevant.

Medarbetare med särskild kompetens finns i störst utsträckning inom områdena fysisk aktivitet, kost och stress, Figur 28.



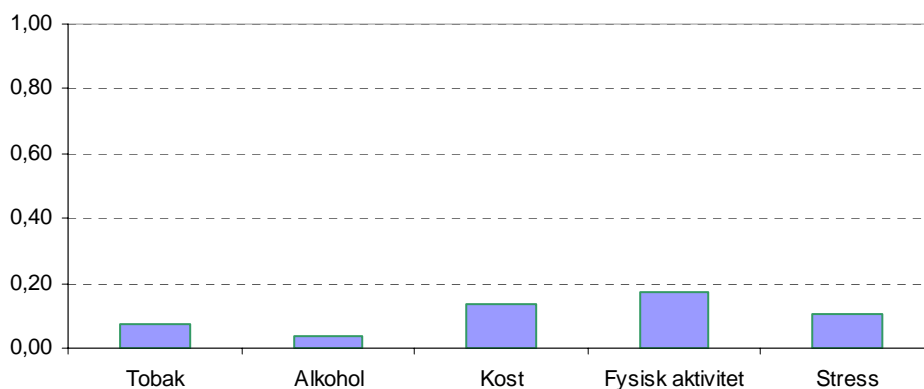
Figur 28. Andel enheter inom länscentra som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Mindre än en tredjedel av enheterna samarbetar med andra vårdenheter och/eller intresseorganisationer i livsstilsfrågor. Ungefär en tredjedel samarbetar inom områdena kost och fysisk aktivitet. Minst samarbete sker inom områdena tobak och stressrelaterade problem, Figur 29.



Figur 29. Andel enheter inom länscentra som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

Mindre än 20 procent av enheterna inom länscentra tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av sina insatser i livsstilsfrågor, Figur 30.



Figur 30. Andel enheter inom länscentra som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av olika livsstilsområden.

Särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen används av 3 enheter och en enhet använder metodiken alltid eller oftast, Tabell 16.

Tabell 16. Andel enheter inom länscentra som har svarat ja på frågorna i tabellen

Specialistsjukvården	
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	12% (3/25)
Används metodiken alltid eller oftast?	4% (1/22)

Bland de enheter som svarat att de inte använder särskild metodik alltid eller oftast i samtal om levnadsvanor med sina patienter anges orsaken i första hand vara att det inte är relevant för verksamheten, därefter kunskaps- och tidsbrist.

Hälsofrämjande insatser, länscentra

Av 29 svarande enheter inom specialistsjukvården använder 15 metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan. Att det sker generellt eller i stor omfattning anger 9 enheter, Tabell 17. Cirka en tredjedel av de som svarat (10 enheter), anger att hälsofrämjande insatser inte är relevant för verksamheten och att det sker i liten omfattningen eller inte alls. Resultaten av hälsofrämjande insatser mäts i patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet vid 13 enheter och vid 5 av dessa sker det inom ordinarie rutin för vissa patientkategorier. Cirka hälften av enheterna använder mätresultaten som grund för förbättringsarbete och verksamhetsutveckling. Totalt 7 enheter använder mätresultaten som underlag vid redovisning av verksamhetens resultat till beslutsfattare i landstinget.

Tabell 17. Andel enheter inom länscentra som har svarat ja på frågorna i tabellen

Tillämpas metoder som tillvaratar patienternas kraft i arbetet med sin egen hälsa?	52 % (15/29)
Sker detta generellt/i stor omfattning?	36 % (9/25)
Mäts resultaten av insatserna i patientupplevd nytta/livskvalitet?	46% (13/28)

Tandvård

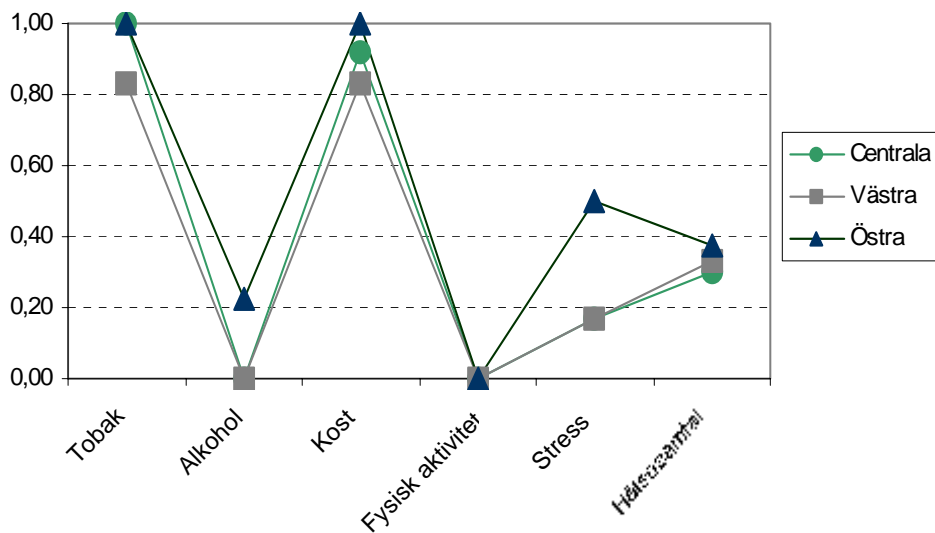
Landstingets uppgift är att verka för en god tandhälsa hos hela befolkningen. Den kan utföras av landstingets egen tandvård – Folk tandvården – eller av privata vårdgivare. Här presenterar resultat från samtliga enheter som tillhör landstingets tandvård exklusive käkkliniken och odontologisk radiologi. Privata tandläkare är inte med i kartläggningen. Enkäten skickades ut till 40 enheter varav 27 besvarade den, vilket ger en svarsfrekvens på 68 procent, Tabell 18.

Tabell 18. Svarsfrekvensen för tandvården, fördelat på länsdelar

	centrala länsdelen	västra länsdelen	östra länsdelen
Svarsfrekvens	80 %	60 %	60 %
Antal svar/utskick	(12/15)	(6/10)	(10/15)

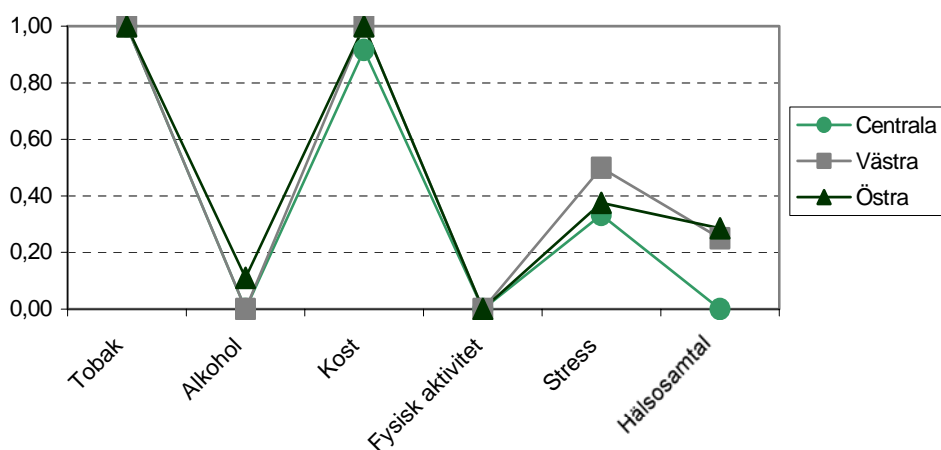
Sjukdomsförebyggande insatser, tandvård

Nästan alla enheter har rutiner/program för hur enheternas medarbetare ska ta upp levnadsvanor inom tobaks- och kostområdet. Inom stressområdet har den östra länsdelen fler enheter med rutiner/program jämfört med de övriga länsdelarna. Minst utbyggt är rutiner/program inom området fysisk aktivitet medan något fler finns för alkohol. Inom tandvården genomför cirka 35 procent av enheterna hälsosamtal med sina patienter, Figur 31.



Figur 31. Andel enheter inom tandvården som anger att det finns rutiner och program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

I vilken omfattning som enhetens medarbetare tar upp hur levnadsvanor påverkar hälsan beskrivs i Figur 32.

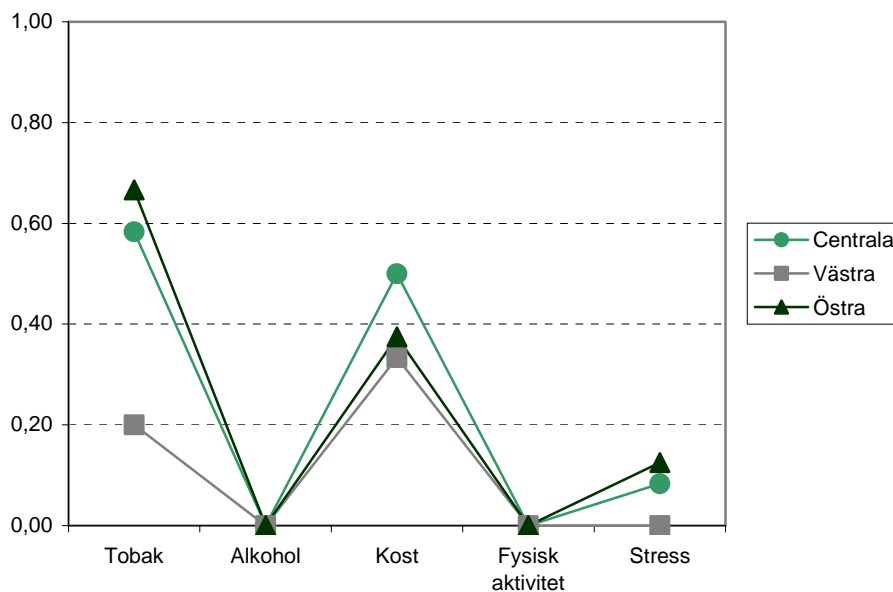


Figur 32. Andel enheter inom tandvården som svarar ja på frågan om sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast.

Samtliga tandvårdskliniker i länet tar upp tobaksfrågan med sina patienter och närmare 100 procent av dem diskutera även kostens betydelse för hälsan då det anses vara relevant.

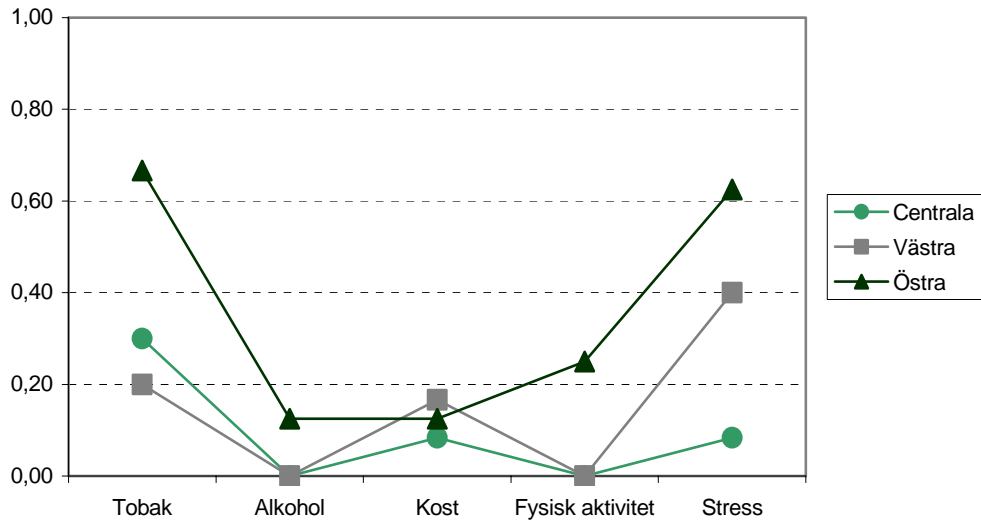
Orsaken till att levnadsvanor inte tas upp alltid eller oftast anges i huvudsak vara ej relevant för verksamheten, följt av tids- och kunskapsbrist.

Av enheterna inom tandvården anger 60 procent i de centrala och östra länsdelarna och 20 procent i väster att de har medarbetare med särskild kompetens inom området. På liknade sätt förhåller det sig inom kostområdet, där cirka 40 procent av tandvårdsklinikerna har medarbetare med särskild kompetens. Medarbetare med särskild kompetens inom alkohol, fysisk aktivitet och stressrelaterade problem finns i låg omfattning. Skillnaderna mellan länsdelarna är marginell, Figur 33.



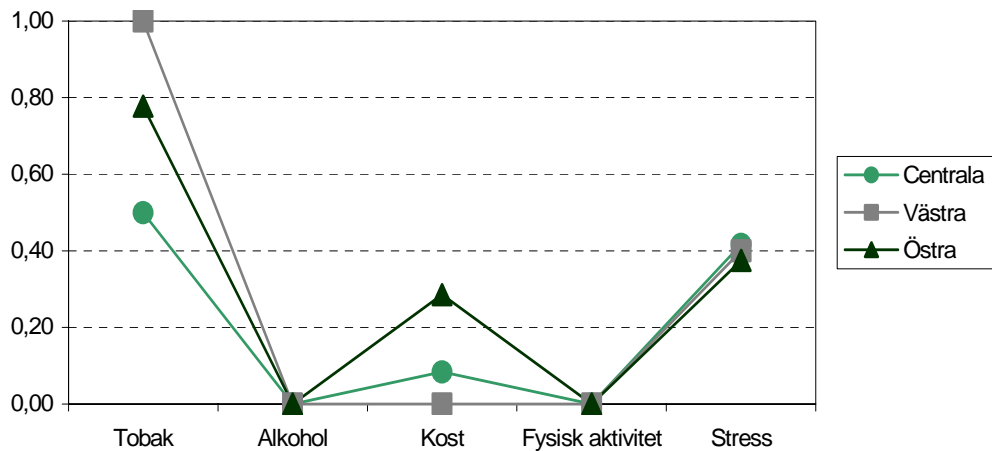
Figur 33. Andel enheter inom tandvården som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Tandvårdsklinikerna i den östra länsdelen samarbetar i högre grad med andra enheter inom tobak, alkohol, fysisk aktivitet och stressrelaterade problem än inom de centrala och västra länsdelarna. Totalt sett inom tandvården sker minst samarbetet inom områdena alkohol, kost och fysisk aktivitet, Figur 34.



Figur 34. Andel enheter inom tandvården som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

Tandvårdsklinikerna inom länet tillämpar i olika hög grad stödsystem för systematisk uppföljning inom olika livsstilsområden. Vanligast är stödsystem inom tobaksområdet, därefter för stress och kost. Inom områdena alkohol och fysisk aktivitet finns inga stödsystem. Skillnaden mellan länsdelarna är störst inom tobaksområdet, Figur 35.



Figur 35. Andel enheter inom tandvården som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av olika livsstilsområden.

Som avslutning på den sjukdomsförebyggande delen i enkäten ställdes frågor om metodik. Som exempel angavs motiverande intervju MI. Resultatet visas i Tabell 19.

Tabell 19. Andel enheter inom tandvården som har svarat ja på frågorna nedan i tabellen

	Tandvård centrala länsdelen	Tandvård västra länsdelen	Tandvård östra länsdelen
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	0% (0/10)	33% (2/6)	50% (4/8)
Används metodiken alltid eller oftast?	10% (1/9)	25% (1/4)	28% (2/7)

Bland de enheter som svarat att de inte använder särskild metodik alltid eller oftast i samtal om levnadsvanor med sina patienter, anges orsaken i första hand vara kunskapsbrist därefter att det inte är relevant för verksamheten och sist tidsbrist.

Hälsofrämjande insatser, tandvård

Andel tandvårdskliniker som använder metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan beskrivs i Tabell 20. Mer än hälften av dem anger att de använder dessa metoder i generellt eller stor omfattning. De enheter som inte tillämpar hälsofrämjande metoder i stor omfattning anger att det inte är relevant för verksamheten

Andelen tandvårdskliniker som mäter resultat av hälsofrämjande insatser i form av patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet varierar mellan 29 procent (östra) och 17 procent (centrala). Av de 5 enheter som uppger att de mäter patientupplevd nytta anger en enhet att det sker inom ordinarie rutin. Fyra enheter anger att resultaten används som grund i förbättringsarbete och att de redovisar dem till beslutsfattare i landstinget.

Tabell 20. Andel enheter inom tandvården som har svarat ja på frågorna i tabellen

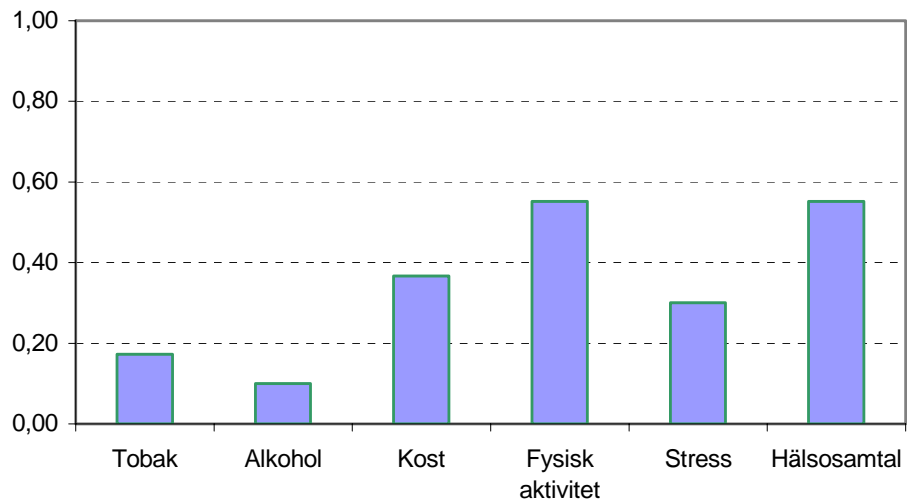
	Centrala länsdelen	Västra länsdelen	Östra länsdelen
Tillämpas metoder för att stimulera och tillvarata patienternas kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa?	83 % (10/12)	60 % (3/5)	88 % (7/8)
Sker detta i generellt/stor omfattning?	58 % (7/12)	67 % (2/3)	75 % (6/8)
Mäts resultaten av insatser som innefattar patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet?	17 % (2/12)	20 % (1/5)	29 % (2/8)

Privata vårdgivare med avtal

Landstinget har avtal med ett antal privatpraktiserande läkare inom olika specialiteter, kiropraktorer, naprapater, sjukgymnaster och mödrahälsovård. Landstingets patientavgifter och högkostnadsskydd gäller även vid besök hos dessa vårdgivare. Sammanlagt skickades 39 enkäter ut till ett slumpmässigt urval av privata vårdgivare. Svar inkom från 31 enheter, vilket ger en svarsfrekvens på 79 procent.

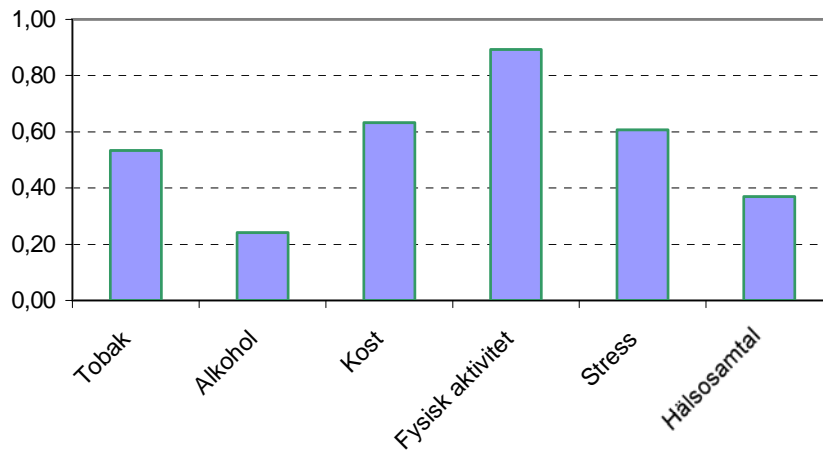
Sjukdomsförebyggande insatser, privata vårdgivare

Drygt hälften av de privata vårdgivarna har rutiner/program för hur medarbetarna ska ta upp fysisk aktivitet och hälsosamtal med sina patienter. Minst utbyggt är rutiner/program för tobak och alkohol. Något fler enheter har rutiner och program för stressrelaterade problem och kost, Figur 36.



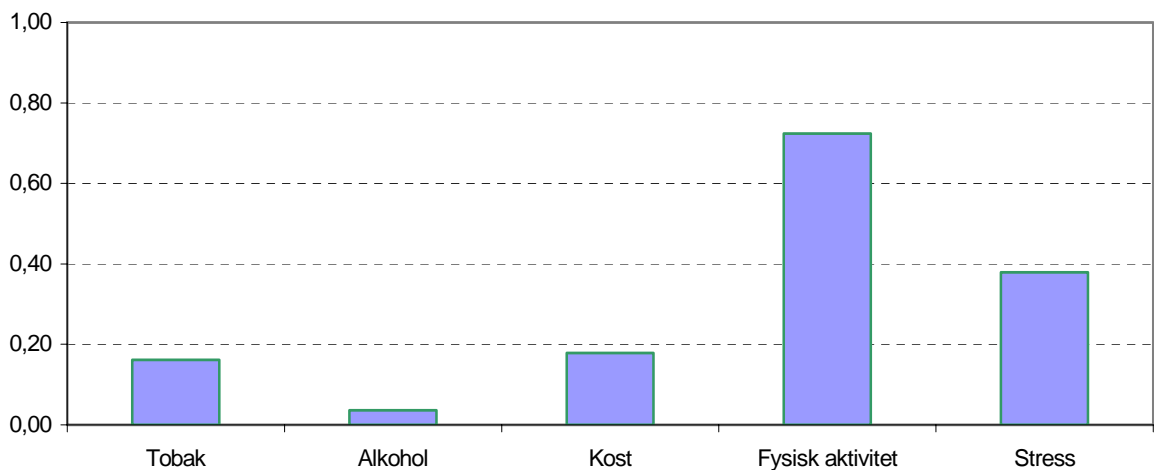
Figur 36. Andel privata vårdgivare som anger att det finns rutiner och program för hur enhetens medarbetare ska ta upp sjukdomsförebyggande insatser med patienter.

Samtalen om livsstilsfrågor sker i första hand inom området fysisk aktivitet, följt av kost- och stressrelaterade problem, Figur 37. Bland dem som anger omfattningen till ibland eller mer sällan anger orsaken vara ej relevant i vår verksamhet följt av kunskapsbrist och tidsbrist.



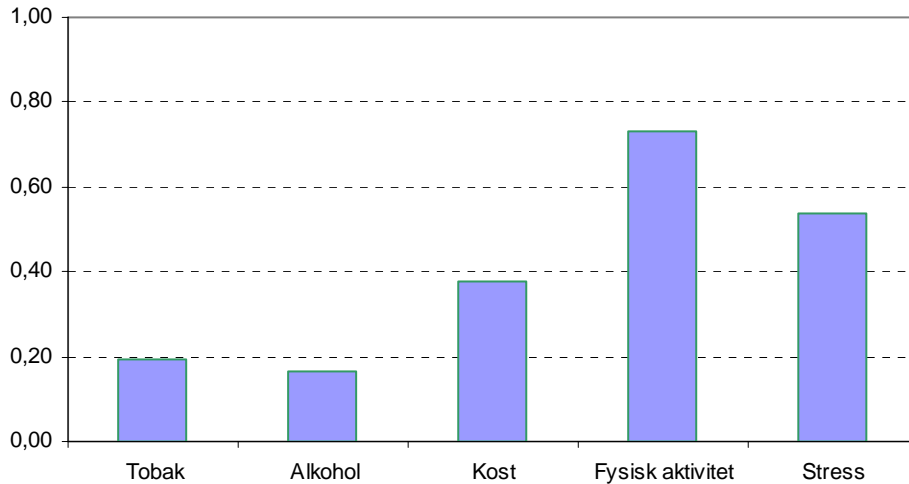
Figur 37. Andel enheter inom privata vårdgivare som svarar ja på frågan om sjukdomsförebyggande insatser sker alltid eller oftast.

Totalt anger de privata vårdgivarna att 72 procent har medarbetare med särskild kompetens inom området fysisk aktivitet och 38 procent inom området stress. Lägst andel medarbetare med särskild kompetens finns inom områden kost, tobaks och alkohol, Figur 38.



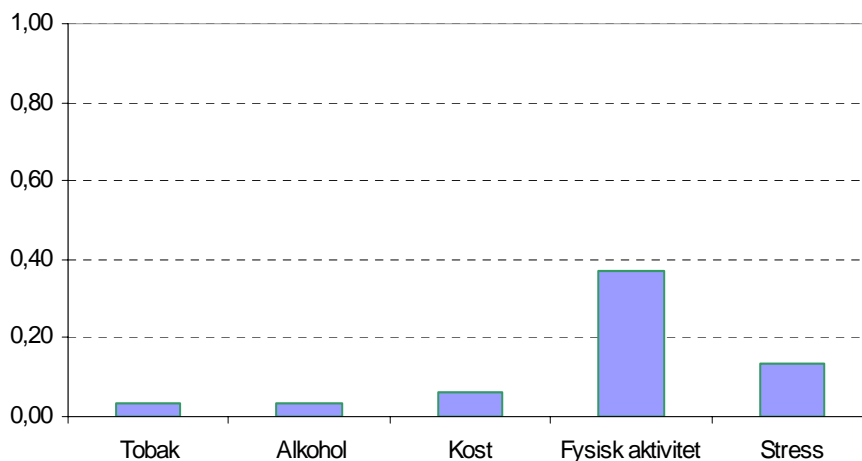
Figur 38. Andel enheter inom de privata vårdgivarna som anger att det finns medarbetare med särskild kompetens inom de olika livsstilsområdena.

Privata vårdgivare samarbetar med andra aktörer främst inom området fysisk aktivitet och drygt hälften har även samarbete inom stressområdet. Minst samarbete sker inom områdena tobak och alkohol, Figur 39.



Figur 39. Andel enheter inom de privata vårdgivarna som samarbetar med andra vårdenheter eller intresseorganisationer och hänvisar patienter dit.

Tillämpning av stödsystem för systematisk uppföljning inom olika livsstilsområden återfinns i olika hög grad bland privata vårdgivare. Vanligast förekommande är det inom området fysisk aktivitet. Därefter sjunker andelen markant för de övriga livsstilsområden, Figur 40.



Figur 40. Andel privata vårdgivare som tillämpar stödsystem för systematisk uppföljning av olika livsstilsområden.

Som avslutning på den sjukdomsförebyggande delen i enkäten ställdes frågor om metodik. Som exempel angavs motiverande intervju MI. Resultatet visas i Tabell 21.

Tabell 21. Andel privata vårdgivare som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Privata vårdgivare
Används särskild metodik i de sjukdomsförebyggande samtalen?	17% (5/29)
Används metodiken alltid eller oftast?	25% (6/24)

Bland de enheter som svarat att de inte använder särskild metodik, anges orsaken i första hand vara, ej relevant för verksamheten därefter i lika delar kunskaps- och tidsbrist.

Hälsofrämjande insatser, privata vårdgivare

Metoder som stimulerar patienten att av egen kraft verka för den egna hälsan tillämpas generellt eller i stor omfattning hos cirka en tredjedel av de privata vårdgivarna, Tabell 22. När så inte sker anges som orsaken i första hand vara att det inte är relevant för verksamheten.

Av de 8 enheter som mäter patientupplevd nytta anger 3 att det sker inom ordinarie rutin. Åtta enheter använder mätresultaten som grund för förbättringsarbete i verksamheten och 6 anger att de redovisar mätresultaten till beslutsfattare i landstinget.

Tabell 22. Andel privata vårdgivare som har svarat ja på frågorna i tabellen

	Privata vårdgivare
Tillämpas metoder för att stimulera och tillvarata patienternas kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa?	34% (10/29)
Sker detta i generellt/stor omfattning?	36% (8/22)
Mäts resultaten av insatserna i patientupplevd nytta och hälsorelaterad livskvalitet?	28% (8/29)

Diskussion

Inledning

Kartläggningen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom Landstinget i Östergötland syftade till att beskriva de insatser som pågår gentemot patienter och befolkning. Ett delmål var att kartläggningen skulle bidra till att förankra genomförandeprocessen av målområde 6 i riksdagspropositionen ”Mål för folkhälsan”, samt landstingets egna styrdokument. Ett annat delmål var att göra det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet mera synligt, väcka intresse och engagemang för området och visa på samverkansformer och bidra till kraftsamling för ett strategiskt folkhälsoarbete.

Kartläggningen kan ses som inledning på en perspektivförskjutning mot ett mera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förhållningssätt inom hela hälso- och sjukvården. Kartläggningen är ett viktigt underlag för den fortsatta diskussionen mellan processledarna och verksamheterna och kan samtidigt medverka till förankringen av de tre processledarna, som har uppdraget att vara motorer i utvecklingen av en mera hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hälsorådet och de tre närsjukvårdsledningarna finns som stöd för arbetet.

Resultatet ska dessutom ligga till grund för två delprojekt inom ramen för medlemskapet i det nationella nätverket Hälsofrämjande sjukhus, det ena projektet med fokus på patientperspektivet och det andra på befolkningsperspektivet. Medarbetarperspektivet var inte aktuellt att fånga med denna kartläggning.

Svarsfrekvensen

Svarsfrekvensen på 74 procent varierade stort mellan olika länsdelar och enheter. Länscentra uppvisade en hög svarsfrekvens jämfört med närsjukvården. Däremot var det interna bortfallet inom varje frågeområde stort inom länscentra jämfört med närsjukvården. En aspekt att ta hänsyn till i tolkning av resultat är dels det totala bortfallet men också det interna svarsbortfall som återfinns inom olika frågeområden. Vissa värden kan annars i en första anblick uppfattas som höga medan de i relation till ovanstående uppvisar en mer realistisk bild. I rapporten redovisas det interna bortfallet endast då jämförelsen är av betydelse i det avseendet. Den fråga man kan ställa sig är dels varför 27 % valde att inte besvara enkäten alls, samt varför man främst inom länscentra valde att hoppa över vissa frågor?

Livsstilsfaktorer

Hela hälso- och sjukvården i länet följer i stort samma mönster när det gäller det totala engagemanget i att ta upp livsstilsfaktorer med patienterna. Det finns i stor utsträckning rutiner och program för fysisk aktivitet, kost och tobak och i mindre utsträckning för alkoholområdet. För stress saknas rutiner/program nästan helt.

De strukturella förutsättningarna, dvs i vilken omfattning det finns rutiner och program för hur livsstilsfaktorerna diskuteras med patienterna, varierar stort, dels mellan olika enheter men också mellan livsstilsfaktorer. Stress och alkohol är uppenbart eftersatta områden medan rutiner och program för fysisk aktivitet, kost och tobak är mer utvecklade.

Anledningarna kan dels förklaras utifrån ett antagande om attityder och värderingar till olika levnadsvanor men också vilka strukturella och kompetensmässiga förutsättningar som finns ute i verksamheterna. Fysisk aktivitet till exempel, har under de senaste fyra åren varit föremål för både nationella och regionala satsningar genom Fysisk Aktivitet på Recept, FAR, vilket nu visar sig haft effekt. Primärvården har också under en tvåårsperiod fått stimulansmedel, mål och mått pengar, för utveckling av det arbetet. Kostområdet är väl rustat med rutiner och program och har också varit föremål för utvecklingsåtgärder. Under 90- talet genomfördes en bred kompetensutveckling i beteendemodifikationsprogrammet "Obeistas"¹³ vilken riktades till olika yrkesutövare främst inom primärvård. En annan del är utökningen av dietistresurs, vilket nu finns tillgång till för de flesta enheter inom vården.

Tobakens skadeverkningar på hälsan är väldokumenterad och tobaksfrågan har varit i fokus under lång tid. Rutiner och program för rökstutastöd har under åren arbetats fram och ett antal medarbetare har genomgått handledarutbildning. Kartläggningen visar att det föreligger stora skillnader mellan olika enheter i hur väl tobaksfrågan är integrerad i den dagliga verksamheten. Tandvården är den enda verksamhet som systematiskt ställer frågan till patienterna. Landstinget i Östergötland har en policy för rökfritt landsting med fokus på såväl patient- som medarbetarperspektivet.

Alkohol och stress har däremot inte fått samma fokus som övriga tre områden. Alkoholens skadeverkningar är liksom tobakens välkända och dokumenterade, men har inte varit i fokus för samma utveckling. Attityder till alkohol, som att viss konsumtion anses vara gynnsam för hälsan och att riskbruk kanske jämföras med missbruk, kan också påverka i vilken grad frågan diskuteras. Stress kan anses som en "nyare" form av folkhälsoproblem där vården är dåligt rustade med rutiner och utvärderade program. Stress är också ett fenomen som många gånger finns i kombination med övriga ohälsosamma levnadsvanor. Det kan till exempel vara svårt att motivera en patient att sluta röka om denne inte samtidigt arbetar med sina copingstrategier för att minska stressen i sin tillvaro.

För fem år sedan uppmärksammades behovet av förbättrade rutiner kring stress inom vården. På initiativ av den lokala samverkansgruppen i Norrköping genomfördes 2001 en utredning om hur arbetet med stressrelaterade besvär skall organiseras i den östra länsdelen.¹⁴ I

¹³ Melin I. "Obesitas". Lund: Studentlitteratur 2001.

¹⁴ Åkerlind I, Hallgren I-M, Voice P. "Behandling av stressrelaterade besvär inom primärvården". Rapport- FoU-rapport 2001:4

utredningen framkom behovet av att utveckla metoder för både primärvård och företagshälsovård som innebar att mobilisera patientens motivation och egna resurser för att medverka i sin egen hälsoutveckling. Dessutom gavs förslag på organisatoriska och kompetensmässiga delar i verksamheterna som borde förbättras. Denna kartläggning visar att den utredningen inte nämnvärt satt några spår i verksamheterna.

Förutom rutiner och program ställdes frågan i vilken omfattning insatser sker och att det gällde patienter då denna insats var relevant. Här framkom också stora variationer där omfattningen var störst inom kostområdet och lägst för alkoholområdet. Hur ofta enhetens medarbetare tar upp frågor inom ett livsstilsområde korrelerar i stort med förekomsten av rutiner och program för respektive område, vilket visar på vikten av en struktur för de här frågorna.

Den vanligaste orsaken till att man inte tar upp en livsstilsfråga med patienterna är att man inte anser det vara relevant för verksamheten, även om det är relevant för patienten. Enkäten innehåller ett antal frågor med öppna svarsalternativ där enheterna bland annat kunnat motivera med egna ord varför man inte tar upp vissa livsstilsfrågor med patienterna. Dessa svar är ännu inte sammanställda men kan vid en analys förmodligen ge ytterligare kunskaper om hur medarbetarna ser på sin roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och vilka satsningar som behöver göras.

Bryter man ut vårdcentralernas data finner man att de i genomsnitt har mer av rutiner och program för de olika livsstilsfaktorerna än övriga hälso- och sjukvården. Likaså att de i större utsträckning även tar upp och diskuterar frågorna med patienterna än andra enheter. Det finns variationer mellan de tre närsjukvårdsområdena där vårdcentralerna i östra länsdelen i större utsträckning har utarbetade rutiner/program jämfört med västra och centrala. Relationen mellan de olika livsstilsfaktorerna, det vill säga vilka livsstilsfaktorer det finns mest och minst rutiner kring, är dock densamma för vårdcentralerna som för hälso- och sjukvården totalt i länet. De resultaten överensstämmer också med den kartläggning Socialstyrelsen nyligen gjort av vårdcentraler i hela Sverige. Den kartläggningen visar att det på landets vårdcentraler förekommer ett systematiskt arbete kring kost/matvanor, fysisk aktivitet och tobak medan däremot systematiskt arbete kring alkohol och stress är mindre vanligt.¹⁵

Barnvårdcentraler följer en mera jämn fördelning mellan länsdelarna och har rutiner och program i stor omfattning inom samtliga områden förutom stress. Inom länscentra finns rutiner/program främst för kostfrågor. Inom övriga livsstilsområden saknas rutiner/program nästan helt. Tandvården har över hela länet väl utarbetade rutiner/program för att ta upp tobak- och kostfrågor med sina patienter. Tandvården kan vara en resurs på dessa områden som kanske kan tas tillvara bättre av övriga enheter i landstinget.

¹⁵ PM, Kartläggning av landstingens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, Socialstyrelsen 2005-04-04

Privata vårdgivare med landstingsavtal har väl utarbetade rutiner och program kring området fysisk aktivitet. Det kan ha att göra med att de representeras bland andra av en stor andel sjukgymnaster. Inom området stress och kost finns det delvis rutiner hos privata vårdgivare men i mindre omfattning för tobak och alkohol.

Enligt Socialstyrelsen har en förskjutning mot den rent sjukvårdande och behandlande delen skett under 1990 talet och detta på bekostnad av förebyggande insatser¹⁶. Här finns stora utvecklingsområden, dels när det gäller attityder och värderingar inom medarbetarperspektivet men dels också när det gäller utveckling av metoder. Förmodligen behöver metoder utvecklas ytterligare så att hälso- och sjukvårdens medarbetare känner sig bekväma i att medverka i den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande processen. Hälso- och sjukvården kan dock inte ensam vända på de livsstilsinriktade mönster som finns i befolkningen utan bör fortsätta och öka sitt samarbete med andra aktörer inom kommuner och intresseorganisationer. Det folkhälsopolitiska programmet för Östergötland som tagits fram av landstinget och kommunerna i samverkan är ett sånt exempel, men det är nu programmet ska omsättas från ord till handling.

Hälsosamtal och omfattningen av sjukdomsförebyggande insatser

På vårdcentralerna för man i större utsträckning samtal med patienterna om hur levnadsvanor påverkar hälsan i jämförelse med övrig närsjukvård och länscentra. Återigen framstår bland dem som besvarat enkäten att man alltid eller oftast tar upp frågan om hur kostvanor påverkar hälsa. Samtal om tobaksbrukets påverkan på hälsan sker främst inom tandvården följt av vårdcentraler och BVC medan det inom övrig närsjukvård och specialistsjukvård sker i mindre omfattning.

Att ta upp frågan om fysisk aktivitet är mest förekommande inom vårdcentralernas verksamhet. Detta kan med all sannolikhet tillskrivas de utvecklingsmöjligheter primärvården fått under åren 2004-2005 genom så kallad "Mål och Mått ersättning". Denna ersättning var ett stimulansbidrag som utbetalades i efterhand till varje vårdcentral som uppfyllde givna kriterier beträffande strukturella och volymmässiga mått.

Trots att man inom vårdcentralerna saknar rutiner och program när det gäller alkohol och stress så tar man ändå upp den frågan med patienterna, om än i mindre omfattning. Däremot sker det inte i samma omfattning inom övrig närsjukvård och länscentra. Tandvården däremot tar upp stress med sina patienter vilket också sker bland privata vårdgivare när så är relevant.

Vid värderingen av de resultat som beskriver i vilken omfattning enheterna tillämpar rutiner och program är det viktigt att beakta hur enkätfrågan är ställd. Frågeställningen lyder, "I vilken omfattning tar enhetens medarbetare upp frågan om hur X påverkar hälsan? (Gäller patienter där

¹⁶ Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport. Stockholm. Socialstyrelsen; 2001

denna insats är relevant)”. Beroende på vem som besvarat enkäten, verksamhetsföreträdare enskilt eller i samråd med sina medarbetare, kan svaren spegla olika relevans. Likaså lämnar frågan utrymme för enskilda yrkesutövares tolkning av i vilka sammanhang det är relevant att ta upp frågan om hur olika levnadsvanor påverkar hälsan. Här kommer således aspekter som attityder, värderingar och kompetens in som medverkande faktorer.

Särskild kompetens

Medarbetare med särskild kompetens, framför allt inom områdena kost, fysisk aktivitet och tobak återfinns främst inom primärvården. Däremot är det sämre ställt vad beträffar stress och alkohol. Privata vårdgivare anger att de i hög grad har personal med särskild kompetens främst inom området fysisk aktivitet, men också inom området stress. I denna rapport är endast omfattningen av olika kompetenser för respektive levnadsvanor presenterade. I en fördjupad analys av enkäten är den följdfråga som beskriver *hur* enheterna utifrån sin särskilda kompetens arbetar med dessa ärenden värdefull att väga in. Den kan ge en uppfattning om *vilken* kompetens respondenterna syftar till i sina svar.

Samarbete med annan enhet/organisation

Vårdcentralerna samarbetar med andra enheter i stor utsträckning inom området fysisk aktivitet och alkohol men i mindre omfattning när det gäller tobak, stress och kost. Inom övrig närsjukvård återfinns större variationer i samverkan kring olika levnadsvanor generellt. I västra länsdelen förekommer samverkan i större utsträckning i jämförelse med övrig närsjukvård i östra och centrala länsdelarna. Inom länscentra sker samverkan i mindre omfattning inom området kost, fysisk aktivitet och alkohol och försumbart inom området tobak och stress. För de privata vårdgivarna är samverkan kring fysisk aktivitet mest förekommande. Vi är väl medvetna om att dagens levnadsvanor till vissa delar genererar medicinska effekter. Ett bra exempel är övervikt- och fetmarutvecklingen.¹⁷ . Vad faller då inom hälso- och sjukvårdens uppgifter och inom vilka områden kan/bör vi samverka med externa aktörer? Utvecklingen av ”FAR” är ett bra exempel där samverkansformer successivt utvecklats och tydliggjort våra olika roller. Därmed inte sagt att modellen rakt av kan appliceras på övriga livsstilsområden.

Att utveckla samverkansformer inom hälso- och sjukvården kan vara en framkomlig väg för övriga livsstilsområden. Det kan förefalla svårt för enskilda vårdenheter att i den dagliga verksamheten upprätthålla både kompetens och verksamheter för varje livsstilsområde. Däremot skulle en samordning av kompetens och verksamhet kunna möjliggöra en mer hållbar struktur. Att tydliggöra våra olika roller samt hitta samverkans-

¹⁷ Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen. ISBN: 91-7201-940-9. Edita Nordstedts tryckeri 2005. Östgötens hälsa och miljö 2000. rapport 2000:1, Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland.

Angbratt M. Kartläggning av barns vikt och viktutveckling i Östergötland.
<http://lisa.lio.se/upload/dokroot/Enheter/Fhvc/Rapporter/F.pdf>

former både inom vår egen verksamhet samt mot externa aktörer, är ett stort och viktigt arbete som går att utveckla inom hela hälso- och sjukvården.

Stödsystem

En annan viktig fråga som kartläggningen försökte fånga var i vilken omfattning enheterna tillämpade stödsystem för systematisk uppföljning av levnadsvanor. Den stora skillnaden i tillämpning mellan primärvård och övrig närskjukvård tillsammans med länscentra kan delvis förklaras med vilka som har tillgång till datajournalssystem. Inom primärvården är detta fullt utbyggt vilket underlättar registrering och uppföljning. Stödsystem för tobak tillämpas mest inom tandvården, vårdcentraler och BVC. För fysisk aktivitet, kost och alkohol sker detta främst på vårdcentraler. Däremot saknas stödsystem för stressområdet inom hela hälso- och sjukvården med undantag av tandvården. Bland de privata vårdgivarna tillämpas detta främst inom området fysisk aktivitet. Gemensamma registrerings- och uppföljningssystem är en förutsättning för att kunna följa utvecklingen på såväl individ- som grupp och verksamhetsnivå. I och med införandet av den nya datoriserade patientjournalen "journal 08" finns möjlighet att bygga upp stödsystem för uppföljning av levnadsvanor.

Hälsofrämjande insatser och patientupplevd nytta

Metoder för hälsofrämjande insatser, här exemplifierat med föräldrautbildning, lekterapi, patientskolor och utbildningar för patienter och anhöriga, anger majoriteten av alla enheter som besvarat enkäten att de är rustade med. Däremot tillämpas inte metoderna i någon större utsträckning och anledningen till detta anses dels bero på tidsbrist men också att det inte har relevans i den egna verksamheten. Kunskapsbrist anses inte vara något stort hinder. Den fråga man kan ställa sig är vilken kunskap de svarande syftar till, faktakunskap eller metodologiska och pedagogiska färdigheter? I det hälsofrämjande arbetet är dels de metoder som tillämpas viktiga att säkerställa beträffande effekt, men också den kunskap och förmåga enskilda yrkesutövare har i att tillämpa metoderna samt även kunna väga in patientens preferenser. En annan viktig del är vad som händer i själva patientmötet, vilka bidragande faktorer till patientens hälsotillstånd som framkommer och hur de tas omhand?¹⁸

Att det hälsofrämjande arbetet inte anses relevant i den egna verksamheten är ett ytterligare utvecklingsområde som mer handlar om att inom medarbetarperspektivet dels arbeta med kunskapsutveckling men också med attityd- och värderingsfrågor. Ett sätt att närma sig den utvecklingen är att få till stånd en perspektivförskjutning mot en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård. Detta innebär åtgärder både inom styr- och verksamhetsprocessen genom avtal och uppföljningssystem men också genom att bereda möjligheter för verksamheterna att genomföra utvecklings- och förändringsarbete. Vad som framkom i enkätsvaren var att förhållandevis få enheter tillämpar mätinstrument som fångar

¹⁸ SBU-rapport 144, Patient-läkarrelationen- Läkekonst på vetenskaplig grund. 1999, SBU:Stockholm.

patientupplevd nytta och därmed inte har tillgång till de resultaten i sin verksamhetsutveckling. Genom att lyfta och efterfråga denna typ av verksamhetsuppföljning kommer sannolikt andra behov hos patienterna att synliggöras, såsom patienternas subjektiva upplevelse av hälso- och sjukvårdens insatser. Insatser som vi inom vården avser ska leda till bättre hälsa medan patienten kanske inte har samma upplevelse. Hälsovinstmätning är ett sätt visa olika aspekter av hälsa¹⁹ och SF-36 är ett ofta använt instrument för mätning av den självupplevda hälsan. Inom hela det hälsofrämjande perspektivet måste också hälso- och sjukvårdslagens riktlinjer om en jämlik vård vägas in.

I Katrineholm hade kommunen huvudmannaskapet för primärvård mellan 1993 –2004. En fråga som ställdes utifrån denna långa samverkan mellan kommun och landsting, var i vilken mån de strukturella förutsättningarna påverkade det hälsofrämjande arbetet? Utvärderingen visade att det gemensamma huvudmannaskapet inte inneburit att samverkan kring kommunala insatser skett i någon större utsträckning där än i övriga landet. Vårdcentralernas befolkningsinriktade insatser är alltså en obetydlig del i det hälsofrämjande arbetet. Tyngdpunkten ligger på vanligt mottagningsarbete, sjuksköterskeledda specialistmottagningar som diabetes, blodtryck m fl och BVC verksamhet. Utvärderingen sätter fokus på vilken roll primärvården skall ha i det hälsofrämjande arbetet. Elva års erfarenhet visar att starka krafter drar mot ett kvalificerat omhändertagande av att identifierade högriskpatienter, medan ansvaret för befolkningsinriktade insatser hänvisas till en kår med folkhälsovetenskaplig bakgrund.²⁰

En annan studie genomfördes 2005 i Sverige med syfte att beskriva distriktssköterskan förebyggande och hälsofrämjande arbete i nutid.²¹ Resultatet visar på strukturella hinder i organisationen såsom oklara uppdrag, många aktörer - vem som gör vad, samt vilken prioritet det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet har från sjukvårdshuvudmän och vårdcentralledning. Som brister i det dagliga arbetet bland distriktssköterskor lyftes avsaknaden av utvärderade metoder eller dålig tillämpning av metoder som redan är utvärderade samt bristande FoU kunskap. Några frågor studien genererar är, vem bryr sig om distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete och hur skall distriktssköterskan prioritera mellan sjukvårdande och förebyggande insatser samt hur kan kompetensen bättre tas tillvara?

¹⁹ Ware, J.E and B. Gandek, Overview of the SF-36 health survey and the International quality of life assessment (IQOLA) projekt. Elesiver, 1998. 51(11):p. 903-912.

²⁰ Jerdén Lars. "Katrineholm – ett exempel på en hälsofrämjande primärvård?" Statens Folkhälsoinstitut. Rapport nrA, 2005:4. www.fhi.se

²¹ Lindberg, M. Wilhelmsson, S. "Vem bryr sig?" Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete – ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs. Rapport FoUrnalen 2005:3. ISSN 1102-3805. Stockholm och Linköping 2005.

Samma år (2005) genomfördes en lokal kartläggning bland tio vårdcentraler inom närsjukvården i västra länsdelen i Östergötland.²² Samma mönster återfinns också i den kartläggningen nämligen att metodik samt strukturella och organisatoriska faktorer är viktiga utvecklingsområden samt behovet av tydligare uppdragsbeskrivningar. Detta stärker vikten av den tydliga strategi som Landstinget i Östergötland nu formar, nämligen att sätta det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet på agendan både i styr- och verksamhetsprocessen, är en viktig förutsättning för ett framgångsrikt folkhälsoarbete.

De delar i enkäten som fångar befolkningsinriktade insatser, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategier på ledningsnivå samt vem/vilka som besvarat enkäten redovisas inte i denna rapport. Inte heller redovisas de frågor som besvarats med öppna svarsalternativ. Intressanta delar att studera vidare inom område A-B är vilka diagnosgrupper som prioriteras när det gäller sjukdomsförebyggande insatser. Vilka är motiven till att tids- och kunskapsbrist samt inte relevant för verksamheten, anges som skäl till att inte ta upp olika levnadsvanor med patienterna? Vidare hur de medarbetare med särskild kompetens inom olika levnadsvaneområden arbetar, individ- eller gruppriktat och vilka metoder som tillämpas och vilka samverkar de olika enheterna inom respektive område med, interna och/eller externa aktörer?

Enkätens sista delområden C, D och E är viktiga komplement till det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektiven. Vilka är de strukturella förutsättningarna och finns uttalade program för samverkan? I vilken omfattning sker samverkan och vad är orsakerna till om det finns brister? De öppna svarsalternativen del A, B samt delområdena C, D och E kommer att redovisas i en särskild rapport 2006.

²² Tunemar Ann-Charlotte. Folkhälsoarbete i Närsjukvården i västra Östergötland. Kartläggning av tio vårdcentralers arbetssätt. Närsjukvården i västra Östergötland. 2005.

Konklusion

- Rutiner och program för hur enheternas medarbetare skall ta upp olika levnadsvanor i patientmötet bör få en jämnare spridning inom hela hälso- och sjukvården. I dag är primärvården främst utvecklad i det avseendet.
- Stress- och alkoholområdet är eftersatt både beträffande rutiner och program men också i bristande kunskaper. Två viktiga utvecklingsområden.
- Tobak är ett annat utvecklingsområde. Här bör tandvårdens kompetens och erfarenheter mer tas tillvara.
- För att hälsosamtal skall integreras i varje patientmöte måste ett paradigmskifte komma till stånd. Här krävs utveckling både när det gäller attityder till ämnet men också metodologiska färdigheter.
- Utökad samverkan, både inom den egna verksamheten men också med externa aktörer är en förutsättning för hållbarare strukturer.
- Kompetensutveckling inom medarbetarperspektivet är en förutsättning för ovan föreslagna utvecklingsområden.
- En perspektivförskjutning till en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård måste beredas genom att flytta fokus från produktivitetmått till hälsovinstmått.
- Avtal- och uppföljningssystem måste konkretiseras så de blir tydligare för verksamheterna att prioritera utifrån. Samtidigt måste verksamheterna beredas förutsättningar för att kunna leva upp till avtal och genomföra en kursändring.



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

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?

.....

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

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera.....

.....

Något annat? Vad?

.....

.....

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

- Ja

Beskriv kortfattat hur:

.....

.....

.....

- Nej

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

- Ja Om Ja: Vilken enhet?

.....

.....

.....

- 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?

.....

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

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
- Inte relevant i vår verksamhet
- Kunskapsbrist

Motivera.....

.....

Något annat? Vad?

.....

.....

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

- Ja Beskriv kortfattat hur:

.....

.....

.....

- 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?

.....

.....

- 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?

.....

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

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera.....

.....

Något annat? Vad?

.....

.....

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

- Ja Beskriv kortfattat hur:

.....

.....

.....

- Nej

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

- Ja Om Ja: Vilken/vilka?

.....

.....

.....

- 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?

.....

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

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera.....

.....

Något annat? Vad?

.....

.....

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:

.....

.....

.....

- 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?

.....

.....

.....

- 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?

.....

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

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera.....

.....

Något annat? Vad?

.....

.....

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

- Ja Beskriv kortfattat hur:

.....

.....

.....

- 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?

.....

.....

.....

- 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:

.....
.....
.....

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?

.....
.....

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

Fler alternativ kan anges.

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera.....

.....

Något annat? Vad?

.....
.....

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

Ja Beskriv kortfattat hur:

.....
.....
.....

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?

.....

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?

.....

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

Tidsbrist

Kunskapsbrist

Inte relevant i vår verksamhet

Motivera.....

.....

Något annat? Vad?

.....

.....

B. Hälsöfrämjande 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:

.....

Nej Varför inte?

.....

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!.....

.....

Något annat? Vad?

.....

.....

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?

.....

Nej

Om ja, sker detta:

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

Vilket/vilka?.....

- I ordinarie rutin som del i nationellt kvalitetsregister

Vilket/vilka register?.....

.....

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

.....
.....

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

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera!.....

Något annat? Vad?

.....
.....

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

.....
.....

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

- Tidsbrist
 Kunskapsbrist
 Inte relevant i vår verksamhet

Motivera!.....

Något annat? Vad?

.....
.....

D. Ledningsnivå

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

- Ja
 Nej

Om, ja, beskriv kortfattat vad

.....
.....

Om, nej, varför inte

.....
.....

Kommentar:

.....
.....

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

- Ja
 Nej

Om, ja, beskriv vad och hur

.....
.....

Om, nej , varför inte

.....
.....

Kommentar:

.....

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

.....
.....

Kommentar:

.....

**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!

**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