



# **Att samtala om levnadsvanor - ny utmaning för primärvården**

Mikaela Graham och Sara Friberg

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN  
Examensarbete 3:2011  
Hälsopedagogprogrammet 2008-2011  
Handledare: Staffan Hultgren

# Sammanfattning

## *Syfte*

Syftet med denna studie är att undersöka hur verksamhetschefer inom primärvården resonerar angående Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I en förlängning syftar studien även till att undersöka framtida förutsättningar för hälsopedagoger att verka inom primärvården.

- Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?
- Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?
- Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?

## *Metod*

Six intervjuer med verksamhetschefer på primärvårdsenheter inom Stockholms läns landsting har genomförts. Intervjuerna var av semistrukturerad art och utgick från en intervjuguide med utgångspunkt i frågeställningarna.

## *Resultat*

Studiens resultat visar att arbetet med levnadsvanor skiljer sig mycket mellan de enheter som undersökts. Samtliga verksamhetschefer anser att satsningen är välkommen och hoppas att den även ska medföra de ekonomiska incitament som krävs. Några av enheterna ser ett utökat behov av personal, andra menar att personalförstärkningen borde ske i form av extern resurs. Några tror inte att de nya riktlinjerna kommer att påverka den egna verksamheten nämnvärt. Verksamhetscheferna har även olika syn på arbetsformer beroende på lokala förutsättningar i form av till exempel samverkansmöjligheter.

## *Slutsats*

Verksamhetscheferna ställer sig samtliga positiva till ett mer hälsopromotivt arbetssätt, dock finns en skepsis till att arbetet på enheterna kommer att förändras i enlighet med avsikten i Socialstyrelsens riktlinjer. Den mest centrala aspekten är att dagens ersättningssystem inte anses främja evidensbaserade preventiva metoder i primärvården. Nuvarande ekonomiska förutsättningar utgör även ett betydande hinder för hälsopedagoger att verka inom primärvården även om flertalet av verksamhetscheferna ställde sig positiva till idén.

## Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Definitioner av begrepp.....	2
1.2 Syfte och frågeställningar.....	3
1.3 Bakgrund.....	3
1.3.1 Folkhälsans målområden.....	4
1.3.2 Hälsofrämjande arbete inom Stockholms läns landsting.....	12
1.3.3 Sammanfattning av riktlinjerna.....	14
1.3.4 Sammanfattning av remissvar.....	18
2 Metod.....	22
2.1 Urval.....	22
2.2 Process.....	23
2.3 Validitet och reliabilitet.....	23
2.4 Analys av data.....	25
3 Resultat.....	25
3.1 Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?.....	26
3.1.1 Tobak.....	27
3.1.2 Alkohol.....	28
3.1.3 Fysisk aktivitet.....	28
3.1.4 Matvanor.....	29
3.1.5 Rådgivning som metod.....	29
3.2 Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?.....	29
3.2.1 Styrkor.....	30
3.2.2 Svårigheter.....	30
3.2.3 Personal.....	30
3.2.4 Patienter.....	31
3.3 Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?.....	31
3.3.1 Kostnader.....	33
3.3.2 Realistisk implementeringsplan.....	33
3.4 Hälsopedagoger - en yrkeskategori inom primärvården i framtiden?.....	34
4 Diskussion.....	35
4.1 Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?.....	35
4.2 Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?.....	37
4.3 Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?.....	38
4.4 Slutsats.....	40
4.5 Vidare forskning.....	40
Käll- och litteraturförteckning.....	42
Tryckta och elektroniska källor.....	42
I författarnas ägo.....	46

Bilaga 1 Litteratursökning  
Bilaga 2 Intervjuguide

# 1 Inledning

Ohälsosamma levnadsvanor är mycket vanliga. Endast varannan kvinna och var tredje man i åldern 16-84 år lever hälsosamt, det vill säga utan någon ohälsosam levnadsvana. (FHI 2010a, s. 6, FHI 2011-01-20) De ohälsosamma levnadsvanorna, vilka innefattar otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, alkohol- och tobaksbruk, kostar samhället 51 miljarder kronor varje år i form av sjukvård, läkemedel, olycksfall, produktionsbortfall och rehabilitering. Dessa kostnader kan till stor del ses som onödiga och skulle kunna påverkas genom medvetna politiska beslut om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder (FHI 2010b, s. 34 ff) genom att skapa förutsättningar i samhället för sundare matvanor, ökad fysisk aktivitet och minskat bruk av alkohol och tobak (Ibid., s. 9). Det har även visat sig att det ofta är mer samhällsekonomiskt lönsamt att välja ett proaktivt förhållningssätt och sätta in åtgärder i ett tidigt skede för att främja hälsa (Ibid., s. 24).

Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att 80 procent av alla hjärt- och kärlsjukdomar, 90 procent av diabetes typ 2 och 30 procent av all cancer kan förebyggas genom bra matvanor, tillräckligt med fysisk aktivitet samt rökstopp (Socialdepartementet 2008, s. 90). Även ett minskat alkoholbruk skulle medföra minskade sjukdomstal och färre olycksfall (FHI 2010b, s. 34). Försiktiga beräkningar visar att förbättrade levnadsvanor skulle kunna förhindra en tredjedel av alla hjärt-kärlsjukdomar i Sverige samt vart tredje fall av de tolv största cancersjukdomarna (Socialstyrelsen 2009a, s. 16).

I Regeringens proposition från 2007 skrivs att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bör stärkas inom hela hälso- och sjukvården och att det hälsopromotiva synsätt som idag finns inom mödra- och skolhälsovård ska vara tydligare uttryckt även i resten av hälso- och sjukvården. Regeringen anser också att de evidensbaserade preventiva metoder som idag finns tillgängliga bör användas mer samt att samverkan mellan olika kompetenser bör ökas. Utifrån detta har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla nationella riktlinjer för att inom hälso- och sjukvården förebygga sjukdom genom påverkan på levnadsvanor. Alla har lika rätt till en god hälsa och hälsoinformation måste därför vara tillgänglig för alla. Primärvården är en arena som större delen av befolkningen regelbundet kommer i kontakt med. Här finns också kunskapen om levnadsvanors betydelse för vår hälsa och för att kunna undvika

sjukdom. Detta innebär att primärvården har goda förutsättningar att tidigt fånga upp personer som befinner sig i riskzonen för livsstilsrelaterad ohälsa. (Socialdepartementet 2008, s. 73 ff) Som hälsopedagoger ser vi det som ett av våra viktigaste uppdrag att förebygga den ohälsa som finns i stor utsträckning idag. Detta skulle medföra stora vinster såväl för den enskilde individen som för samhället i stort. Med anledning av detta fokuserar denna studie på att undersöka hur verksamhetschefer inom primärvården ställer sig till de nya riktlinjerna. Avgränsningsområdet för studien är vårdcentraler inom den norra delen av Stockholms läns landsting.

## **1.1 Definitioner av begrepp**

### **Primärvård**

Den del av sjukvården som är den första instansen och vars personal är dels läkare framför allt inom specialiteten allmänmedicin, dels annan personal med särskild kompetens, till exempel distriktsköterskor och andra sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer. Primärvården ska stå för all diagnostik och behandling som inte kräver vård vid sjukhus eller insatser av läkare med annan specialitet. Primärvården har landstingen som huvudman. Verksamheten bedrivs vid landstingens egna enheter (vårdcentraler) eller vid mottagningar som drivs i privat regi inom ramen för avtal med landstinget. Primärvården har också uppgiften att medverka i primärkommunernas sjukvård. (Nationalencyklopedin 2011-03-29)

### **Intervention**

Inom medicinen vetenskapligt samlingsbegrepp som omfattar förebyggande eller behandlande åtgärder (Nationalencyklopedin 2011-03-01a). I denna studie definieras intervention som en riktad insats som syftar till att åstadkomma effekter mellan två mätpunkter.

### **Implementering**

En sammansättning specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, Wallace 2005).

## **Semistrukturerad intervju**

Innebär att intervjun utgår från en intervjuguide med temaområden som ska beröras samt föreslagna frågor. Beroende på studiens utformning kan frågorna ställas i en bestämd följd eller anpassas utifrån situationen. Utrymme finns för följdfrågor för att kunna fånga upp betydelsefull information. (Kvale & Brinkmann 2009, s. 130)

### **1.2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie är att undersöka hur verksamhetschefer inom primärvården resonerar angående Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Vad de ser för möjligheter och positiva konsekvenser samt vilka hinder och svårigheter de anser föreligger. I en förlängning syftar studien även till att undersöka framtida förutsättningar för hälsopedagoger att verka inom primärvården i samband med ett ökat fokus på levnadsvanor och livsstilsförändringar. Utifrån detta är frågeställningarna:

- Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?
- Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?
- Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?

### **1.3 Bakgrund**

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet i Sverige är att:

**”Skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.”**

Folkhälsa handlar om såväl individens egna val och vanor som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället. Ett viktigt syfte med regeringens folkhälsopolitik är därför att förmedla kunskap och insikt för att främja människors möjligheter att göra hälsosamma val och att fatta egna faktabaserade beslut om sin livsstil, sina levnadsvanor och därmed även sin hälsa. Att den enskilde har möjlighet att ta, och tar, ett ökat ansvar för sin hälsa kan åstadkomma stora förbättringar av folkhälsan. Begreppet empowerment är vanligt i hälsofrämjande sammanhang. På svenska brukar det översättas med ”egenmakt”, vilket syftar till att individen ska känna att denne har makt över sin livssituation. Det är den inre motivationen, snarare än yttre styrning, som står i fokus. Det är viktigt att ge individerna möjlighet att formulera sina

problem samt att få möjligheter att finna lösningar på dessa för att åtnjuta rätten till bästa uppnåeliga hälsa. Den enskilda människans val av hälsosamma alternativ kan således underlättas genom olika former av hälsofrämjande insatser. Vikten av att utveckla folkhälsoarbetet lokalt och sektorsöverskridande betonas från regeringens håll. Folkhälsofrågorna återfinns idag i betydligt större utsträckning på den kommunala och regionala politiska agendan än för bara några år sedan. Det är också på lokal och regional nivå som merparten av folkhälsoarbetet bedrivs. (Socialdepartementet 2008, s. 7 ff)

### 1.3.1 Folkhälsans målområden

Folkhälsoarbetet i Sverige utgår ifrån elva övergripande målområden. Dessa folkhälsomål antogs av riksdagen år 2003 och Statens folkhälsoinstitut (FHI) fick då uppgiften att följa upp dem. Vidare lade regeringen år 2008 fram den folkhälsopolitiska propositionen, ”En förnyad folkhälsopolitik” (2007/08:110). (Ibid., s. 6) Folkhälsoinstitutet har sedan 2003 presenterat två folkhälsorapporter med uppföljning och utvärdering, år 2005 samt år 2010 (FHI 2010b, s.8).

Nedan följer med utgångspunkt ur nämnda proposition en sammanfattning för respektive målområde som berörs i denna studie. Studien berör fyra av de elva målområdena:

- 1. Delaktighet och inflytande i samhället
- 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
- 3. Barn och ungas uppväxtvillkor
- 4. Hälsa i arbetslivet
- 5. Miljöer och produkter
- **6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård**
- 7. Skydd mot smittspridning
- 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
- **9. Fysisk aktivitet**
- **10. Matvanor och livsmedel**
- **11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel**

(FHI 2010-11-11)

#### 1.3.1.1 Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Detta målområde handlar om att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården. En väl fungerande hälso- och sjukvård har stor betydelse för folkhälsan. Den viktigaste uppgiften anses vara att integrera förebyggande och



hälsofrämjande insatser så att de blir naturliga delar i mötet med patienter och anhöriga. Detta genom att se individen ur ett helhetsperspektiv och att stödja honom eller henne i att så långt som möjligt själv ta makten över sin situation, genom så kallad empowerment.

De förebyggande verksamheter som finns inom till exempel mödra- och barnhälsovård och ungdomsmottagningar samt inom tandvård och skolhälsovård har haft stor betydelse för den svenska folkhälsan. Regeringen anser här att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet i ökad utsträckning bör prägla även andra delar av hälso- och sjukvården. Inom primärvården finns en hög potential att öka det preventiva arbetet genom att i ett tidigt skede informera och samtala om levnadsvanors betydelse för hälsan, ge råd samt erbjuda stöd.

Regeringen anser också att de evidensbaserade preventiva metoder som i dag finns tillgängliga bör användas mer och att en ökad samverkan mellan olika kompetenser kan ge bättre förutsättningar för att utveckla kvaliteten inom hälso- och sjukvården.

(Socialdepartementet 2008, s. 73 f)

### **Hälsofrämjande arbete regionalt och lokalt**

Landstingens uppföljningssystem redovisar vanligtvis främst ekonomi, personalsituation och genomförda prestationer. Mål har hittills inte satts för återerövrade eller bevarade hälsa. På Landstingsförbundets kongress 2003 antogs ett beslut om behovet av en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sedan 2005 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en strategi för att stödja medlemmarna i arbetet för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Syftet är bland annat att öka kompetensen inom området bland läkare och övrig vårdpersonal samt att nya styr-, ersättnings- och uppföljningssystem ska tas fram vilka ska främja det hälsofrämjande arbetet och underlätta uppföljning.

Landstingen hade i sina styrdokument från 2005 till 2007 utvecklat och börjat använda sig av mätbara mål och indikatorer för det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården. Detta framgår av SKL:s rapport "Hälsa i styrdokument". I planeringen för 2007–2009 har närmare hälften av landstingen angivit att indikatorer för det hälsofrämjande arbetet ska tas fram, på några områden har man redan börjat. (Ibid., s. 75 f)

Även lokalt på vårdcentralerna ses en positiv utveckling mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har vid två tillfällen, 2004 och 2007, skickat ut enkäter till

vårdcentraler. Frågorna berörde alkohol, rökning, fysisk aktivitet, matvanor, stress och övervikt. Syftet var att kunna jämföra såväl skillnader vårdcentraler emellan som i vilken utsträckning arbetet med de olika levnadsvanorna bedrivs inom vårdcentralerna. (FHI 2010a, s. 21 f) Enkätsvaren visar på att fler vårdcentraler hade rutiner för levnadsvanor 2007 än 2004. Dokumenterade rutiner gällande fysisk aktivitet var det som var vanligast förekommande, därefter rökning, övervikt, matvanor, alkohol och stress (se tabell nedan). Noterbart är att rutiner för alkohol fortfarande ligger lägst jämfört med matvanor, övervikt, rökning och fysisk aktivitet. (Ibid., s. 28 f)

*Förekomst av rutiner eller program på vårdcentraler 2007, nationellt.*

Rutiner/program	Procent av vårdcentralerna		
	Dokumenterade rutiner/program	Ej dokumenterade men väl kända av personalen	Inga rutiner/program
Fysisk aktivitet	47	34	16
Rökning	36	48	16
Övervikt	30	44	23
Matvanor	29	46	22
Alkohol	22	42	34
Stress	16	38	42

Enkäten visade också att större vårdcentraler, klassificerat utifrån antal läkare, hade utbildat personalen i större utsträckning och att allmänläkare och distriktssköterskor var de yrkesgrupper som hade utbildats i störst omfattning (Ibid.). 2007 års enkät visade även att vid identifiering av riskbruk var användning av evidensbaserade och validerade bedömningsinstrument, som till exempel AUDIT eller Cages, minst förekommande. Endast 39 procent använde sig av något av dessa. Avseende metod för stöd och rådgivning var motiverande samtal det som var minst förekommande. (Socialstyrelsen 2008, s. 33 f)

Undersökningar visar också att befolkningen är positiv till att vårdgivare tar upp frågor om livsstil. Under 2005–2007 ställdes en fråga i Vårdbarometern om befolkningens inställning till att vårdgivaren tar upp livsstilsfrågor och hela 90 procent tyckte att det skulle vara positivt. Mot bakgrund av detta kan det anses förvånande att endast 30 procent uppgav att vårdpersonal hade tagit upp livsstilsfrågor. (Socialstyrelsen 2009b, s. 239 f)

## **Utveckling av ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården**

Ersättningssystemen är en annan viktig del i styrningen av hälso- och sjukvården. Idag konkurreras arbetsinsatser med rådgivning om livsstilsintervention i många fall ut av andra arbetsinsatser, vilka belönas mer av nuvarande ersättningssystem. Regeringen anser därför att projekt som inkluderar prövning och utvärdering av ersättning för livsstilsintervention bör främjas. (Socialdepartementet 2008, s. 76)

## **Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS)**

Sedan flera år bedrivs på ideell basis ett utvecklingsarbete inom detta område av nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer” (Ibid., s. 77). Nätverket etablerades 1991 av Världshälsoorganisationen (WHO). I nätverket ingår över 625 sjukhus i 25 länder, främst i Europa men även i Kanada och Australien. (Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer 2011-02-14) Det svenska nätverket etablerades 1996 och sedan dess har antalet medlemmar vuxit stadigt, vilket tyder på ett ökat intresse för hälsoinriktningen i vården (Socialstyrelsen 2009a, s. 16). Idag ingår drygt 70 sjukhus och vårdorganisationer i det svenska nätverket (Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer 2011-02-03). Kriterier för medlemskap är att utveckla sin organisation mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och att ha ett bredare samhällsligt perspektiv. Regeringen stödjer detta nätverksarbete, vilket anses spela en strategiskt viktig roll för integreringen av det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet i hälso- och sjukvården. (Socialdepartementet 2008, s. 77)

## **Hälsoinformation och Motiverande samtal**

Hälsoupplýsning eller snarare hälsoinformation ses som en av de mest betydelsefulla aktiviteterna i det hälsofrämjande arbetet. Hälsoinformationen måste vara tillgänglig för alla, varför primärvården är en viktig aktör i sammanhanget. Hälsoinformation är planerade aktiviteter där människor ges information i hälsofrågor och därmed får möjlighet att frivilligt genomföra förändringar i sin livsstil. Aktiviteten innebär att individernas självkänsla och kapacitet stärks så att de förmår göra något aktivt för sin hälsa. (Ibid., s. 13) Motiverande samtal (Motivational interviewing, MI) är en metod som i flera studier har visat sig framgångsrik när sjukvårdspersonal ska diskutera livsstilsfrågor och beteendeförändringar med sina patienter (Knight, McGowan, Dickens & Bundy 2006, s. 319–332). Det motiverande samtalet är en samarbetsinriktad och personcentrerad form av guidning som syftar till att locka fram och stärka individens motivation till förändring (Rollnick, Miller &

Butler 2008, s. 6). När följsamheten eventuellt brister beror det inte enbart på patienten utan i hög grad även på behandlande personal. Här kommer det motiverande samtalet in som en viktig framgångsfaktor. Metoden har varit mest framgångsrik vid rådgivning till hög- eller riskkonsumenter av alkohol, men har även visat goda resultat inom rökavvänjningsområdet. Den vetenskapliga evidensen är dock ännu ofullständig. I dag genomförs inom landstingen många utbildningar i det motiverande samtalet. Försök att validera utbildningen pågår också. (Socialdepartementet 2008, s. 13)

### **Hälsoekonomiska analyser**

För ett effektivt resursutnyttjande är det av största vikt att veta vilka metoder som ger resultat, vilka samband som finns mellan olika typer av insatser och dess resultat, hur stora effekterna är samt om de är rimliga i proportion till kostnaderna. Det är därför angeläget att öka kunskapen hos beslutsfattare om kostnadseffektivitet i folkhälsoarbetet. Folkhälsoarbetets perspektiv är oftast långsiktigt och kortsiktiga prioriteringar riskerar därför att leda till ineffektiv användning av resurser - en ond cirkel där hjälpbehövande inte får stöd, vilket genererar högre kostnader längre fram och därmed ännu sämre möjligheter att ge tillräckliga insatser. (Ibid., s. 15)

#### **1.3.1.2 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor är förutsättningar för en god hälsoutveckling. Med fysisk aktivitet avses alla typer av kroppsrörelser som ger ökad energiförbrukning som exempelvis hushållsarbete, trädgårdsarbete, promenader, friluftsliv, idrottande, cykling och gå i trappor. Den vetenskapliga rekommendationen för fysisk aktivitet innebär att alla individer bör vara fysiskt aktiva i minst 30 minuter helst varje dag. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, såsom en rask promenad. (Ibid., s. 91) I dagsläget är det en tredjedel av den vuxna befolkningen som inte når upp till rekommendationerna och drygt en tiondel som har stillasittande fritid (FHI 2011-01-21a). Den totala mängden av regelbunden fysisk aktivitet i vardagen verkar ha minskat i befolkningen (Socialdepartementet 2008, s. 91) samtidigt som en utveckling ses mot att fler motionerar mer på fritiden (Statistiska Centralbyrån 2011-02-14). Ökad motion på fritiden har emellertid inte kompenserat för minskningen av vardaglig fysisk aktivitet i breda befolkningsgrupper (Socialdepartementet 2008, s. 91). Denna utveckling verkar ha planat ut då det inte har skett någon större förändring på befolkningsnivå gällande den fysiska aktiviteten sedan 2004, varken hur många som uppnår

rekommendationerna på 30 minuter om dagen eller andel med stillasittande fritid (FHI 2010a, s. 65). En inaktiv livsstil är en tydlig bakomliggande orsak till välfärdssjukdomar och ohälsa, samtidigt som regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande samt har en sjukdomsförebyggande effekt. Att satsa på åtgärder för att öka den vardagliga aktiviteten i befolkningen bör därmed vara positivt såväl för den enskilde individen som ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. (Socialdepartementet 2008, s. 91)

### **Receptförskriften fysisk aktivitet**

Med anledning av detta finns i dag ett behov av att inom hälso- och sjukvården finna nya hälsofrämjande arbetssätt. Receptförskriften fysisk aktivitet (FaR) är ett arbetssätt som används i förebyggande och behandlande syfte. Det finns i dag ett flertal olika modeller för FaR. Arbetet bygger oftast på samverkan mellan förskrivare och friskvårdsorganisationer och tar vanligen utgångspunkt i lokala förutsättningar, vilket gör att varje modell blir unik. För individen innebär FaR en anpassad ordination (typ av aktivitet, intensitet, duration och frekvens) på motsvarande sätt som konventionell behandling. Som hjälpmedel används FYSS, en manual som belyser de sjukdomsgrupper där tillräcklig mängd vetenskapliga belägg finns för att fysisk aktivitet är lämplig som behandlingsform. Studier visar att FaR leder till ökad fysisk aktivitetsnivå och ökad självskattad hälsa. (Ibid., s. 22)

I propositionen från 2007/2008 gav regeringen FHI i uppdrag att genomföra en nationell utvärdering av FaR. Resultatet av denna utvärdering publicerades i maj 2010 och visade att antal receptförskriften fysisk aktivitet under 2007 uppgick till 17 000, varav 700 recept inom Stockholms läns landsting (Socialstyrelsen 2011, s. 39). (FHI 2011-01-24) Alla landsting hade då en samordnare av metoden fysisk aktivitet på recept men man såg stora möjligheter för utvecklingsarbete. 2007 var det 87 procent av vård- och hälsocentralerna som använde metoden FaR. Utvärderingen visade vidare på ett behov av att öka utbildningen av legitimerad personal, utveckla aktivitetskataloger för de som skriver ut recept samt stimulera uppföljning av FaR-patienternas följsamhet till recepten. Den uppskattade följsamheten låg då på 50–65 procent. Enligt WHO är det i nivå med följsamheten till andra långtidsbehandlingar. (Ibid.)

### **Utbildning i motiverande samtal**

Ytterligare ett uppdrag för FHI var att ta fram ett utbildnings-/fortbildningspaket avseende metoden motiverande samtal (MI) och FaR samt att iscensätta en samtidig utbildningsinsats

inom området. Den inledande kartläggningen visade på brister i standardiseringen och kvalitetssäkringen av utbildningar inom MI samt att kopplingen till FaR inte kunde säkerställas. Vidare utarbetade och genomförde FHI en kurs för utbildare inom MI som riktades mot yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården med speciellt intresse av fysisk aktivitet och kunskap kring FaR. Kriterier för möjlighet att delta i utbildningen var dokumenterade erfarenheter och färdigheter i praktisk tillämpning av metoden MI. Tio landsting medverkade vid utbildningstillfället medan resterande landsting i hög grad angav att de ej kunde uppnå utsatta mål för medverkan. FHI tog 2009 fram en manual och en studiehandledning, vilken ska användas i arbetet med motiverande samtal samt i utbildningssammanhang. I slutrapporten skriver FHI ”Ett hinder för en god implementering av MI är att metoden förefaller enkel. När man läser eller hör om metoden tror många psykoterapeuter och behandlare att de redan arbetar i enlighet med MI:s grunder och därför knappast behöver någon utbildning eller bara en helt kort sådan. Det är därför av mycket stort värde att satsa på att inkludera MI som del i de *grundutbildningar* som leder till arbete med patienter såsom exempelvis sjukgymnast-, sjuksköterske-, läkarlinjen. Det är även av stor betydelse att kvalitetssäkra det regionala/lokala arbetet som genomförs genom nationella ansträngningar i att ta fram gemensamma fortbildningsinsatser i MI och FaR för all hälso- och sjukvårdspersonal. Att *nationellt samordna insatserna kring utbildning* inom MI i relation till levnadsvanor i ett helhetsgrepp är betydelsefullt för att underlätta för landstingen i deras arbete.” (FHI 2009, s. 3)

### **1.3.1.3 Matvanor och övervikt/fetma**

Att enbart öka den fysiska aktiviteten är otillräckligt om man inte samtidigt minskar intaget av energirika livsmedel (Socialdepartementet 2008, s. 92). Övervikt och fetma är ett av de allvarligaste folkhälsoproblemen i Sverige (Ibid., s. 90). Bland män är det varannan som lider av övervikt eller fetma och bland kvinnor en tredjedel. Ökningen har avstannat under 2000-talet men är fortfarande hög historiskt sett. Konsumtionen av läsk och konditorivaror har minskat under de senaste tre åren medan matvanor mätt i andel som äter frukt och grönt minst fem gånger per dag är oförändrat sedan 2004, dock är det endast cirka en tiondel av hela Sveriges befolkning som får i sig den rekommenderade mängden och ser man bara till männen så är det bara en av tjugo som äter frukt och grönt fem gånger per dag (FHI 2011-01-21b). (FHI 2010a, s. 65 f)

Osunda matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till ökad dödlighet och flera vanligt förekommande sjukdomar. Både WHO och EU sänder signaler om att prioritera insatser för att åtgärda den ökande övervikten och fetman på nationell nivå. På nordisk nivå finns ”Nordisk Handlingsplan for bedre sundhed og livskvalitet gennem mad og fysisk aktivitet”. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har fått i uppdrag av Regeringen att i samverkan med Livsmedelsverket bilda en expertgrupp som ska samordna, genomföra, följa upp och utvärdera insatser för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet med fokus på överviktsproblematiken. (Socialdepartementet 2008, s. 94)

### **1.3.1.4 Tobak och alkohol**

År 2003 formulerade regeringen fyra delmål för ett minskat tobaksbruk. Dessa ska vara uppnådda till 2014 och består i att alla ska få en tobaksfri livsstart, en halvering av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa, en halvering av andelen rökare bland de grupper som röker mest och att ingen ofrivilligt skall utsättas för rök i sin omgivning. (Socialdepartementet 2002, s. 87) År 2009, när drygt halva tiden gått, återstod betydligt mer än hälften av arbetet med att uppfylla målen. Utvecklingen gällande tobaksbruk är positiv men ytterligare resurser krävs för att nå de nationella målen. Statens folkhälsoinstitut föreslår därför fortsatta satsningar på generella åtgärder som når många i samhället, till exempel att öka tillgängligheten till tobaksavvänjning. (FHI 2010b, s. 82) Detta styrks av att kostnadseffektiviteten av rökavvänjning är mycket hög i jämförelse med till exempel blodtrycksbehandling. Det har också visats att läkare som genomgått utbildning i rökavvänjning oftare tar upp frågan med sina patienter. (Socialdepartementet 2008, s. 100)

Den dagliga tobakskonsumtionen som helhet har minskat de senaste åren. Andel dagligrökare minskar medan andel dagligsnusare är konstant. 2010 var det 13 procent av befolkningen som rökte dagligen, ganska lika mellan kvinnor och män. Gällande dagligsnusning är det däremot stora könsskillnader, en av fem män och en av 20 kvinnor är dagligsnusare. (FHI 2011-01-21c)

### **Riskbruksprojektet**

Berusningsdrickandet är vanligt i Sverige och alkoholkonsumtionen har de senaste 10 åren ökat med 30 procent (FHI 2011-02-15). Andelen storkonsumenter har också ökat i samma takt (Socialdepartementet 2008, s. 101). I samband med att propositionen 2005/06:30 om

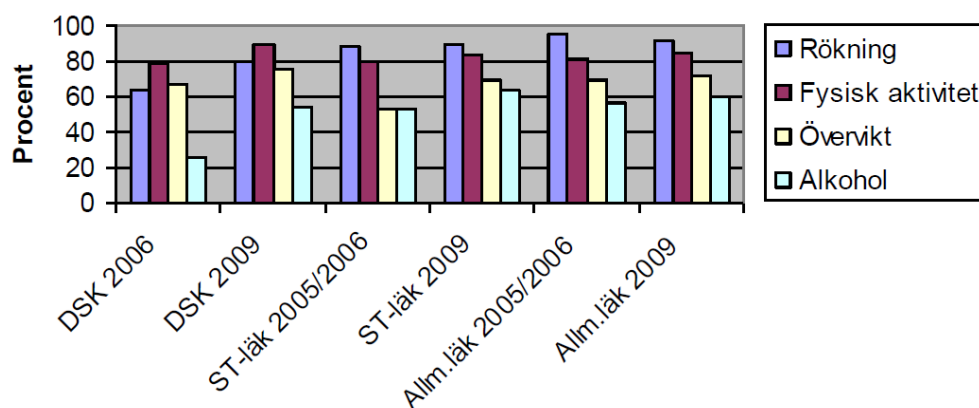
nationella alkoholpolitiska åtgärder lades fram startades ”Riskbruksprojektet” med FHI som huvudman. Syftet var att främja det alkoholförebyggande arbetet inom vården genom att inkludera frågor om alkoholvanor i vardagssjukvården. Projektet utgår från den evidens som finns om att enkla frågor och rådgivning om alkohol är effektiva åtgärder för en minskad riskfylld alkoholkonsumtion. Även motiverande samtal har använts i sammanhanget då det är en metod som har visat goda resultat vid förändring av levnadsvanor. Utbildning i motiverande samtal har drivits som ett delprojekt i Riskbruksprojektet. 2009 inkluderades även tobaksavvänjning i Riskbruksprojektet. Trots att riskbruk inte är relevant vad gäller tobak ansågs arbetssättet tillämpligt även inom tobaksområdet. Riskbruksprojektet avslutades 2010 med intentionen att arbetssättet ska fortsätta i samband med implementering av nya riktlinjer för hälso- och sjukvården om levnadsvanor. (FHI 2011-02-15)

Den nationella folkhälsoenkäten från 2010 visar att nära två av tio män och en av tio kvinnor i Sverige i åldern 16–84 år har riskabla alkoholvanor enligt FHI:s gällande definition (ett sammanslaget mått av de tre första AUDIT-frågorna samt en fråga om berusning (FHI 2011-01-26)) (FHI 2011-01-21c). Riskabla alkoholvanor är betydligt vanligare i åldersgruppen 16-29 år, där var tredje man och var fjärde kvinna kan anses som riskkonsument (FHI 2010b, s. 74).

### 1.3.2 Hälsöfrämjande arbete inom Stockholms läns landsting

I samband med Riskbruksprojektet sammanställdes statistik inom Stockholms läns landsting (SLL) för hur arbete med levnadsvanor bedrivs på vårdcentralerna.

*Andel som alltid/ofta diskuterar livsstilsrelaterade frågor med sina patienter. Vårdcentraler 2005/2006 och 2009, Stockholms läns landsting. (Socialstyrelsen 2011, s. 35)*





Precis som i övriga riket är samtal om alkohol det som är minst förekommande på vårdcentraler inom SLL även om distriktssköterskorna har blivit betydligt bättre på att ta upp alkoholfrågor. Samtliga yrkesgrupper distriktssköterskor, ST-läkare och allmänläkare har blivit bättre på att ta upp livsstilsrelaterade frågor i patientmötet. Inom ramen för Riskbruksprojektet har många fått en kort introduktion i MI och en del har gått en grundutbildning i MI. SLL skriver dock att ”kort introduktion i MI är otillräcklig som grundens för kort rådgivning”. Under hösten 2010 deltog 27 ST-läkare i en 4-dagars utbildning om de aktuella levnadsvanorna och 5 vårdutvecklingsledare/distriktssköterskor gick en liknande 5-dagars utbildning under våren 2010. En allmänläkare inom SLL har fått kompetens som utbildare i levnadsvanor. I övrigt anger SLL att det saknas fortbildning om de aktuella ohälsosamma levnadsvanorna. (Socialstyrelsen 2011, s. 35 ff)

Gällande tobaksavvänjning är det knappt hälften av länets vårdcentraler som har en kontaktperson för detta ändamål. Enstaka vårdcentraler har personer som arbetar 0,5 - 1 dag per vecka med tobaksavvänjning men de flesta har ingen speciellt avsatt tid för dessa patienter. I samband med Riskbruksprojektets enkäter 2009 ställdes frågor om hur väl det lokala behovet av tobaksavvänjning var tillgodosett. I SLL ansåg endast 58 procent av ST-läkarna, 53 procent av allmänläkarna och 43 procent av distriktssköterskorna att det var helt eller till stor del tillgodosett. Inom alkoholområdet har Riskbruksprojektet, precis som nämndes ovan, inneburit stor satsning på utbildning om riskbruk av alkohol, främst för distriktssköterskor men även allmänläkare och ST-läkare. (Ibid., s. 38)

Arbetet med fysisk aktivitet skiljer sig stort inom länet. Resultatet av FHI:s utvärdering, med siffror från 2007, visar att det fanns FaR-samordnare/FaR-ansvarig på hälften av länets enheter men att det endast var 35-45 procent som angav att de arbetade med FaR. Av dessa var det bara en fjärdedel som förde statistik över hur många recept som skrevs ut. (Ibid., s. 39)

Inom området ohälsosamma matvanor har distriktssköterskor, i och med sin specialistutbildning, grunder för att diskutera detta i patientmötet. Vad gäller mer specialiserade råd finns 40 dietister att tillgå inom primärvården i SLL. Dessa dietister har sällan heltidstjänster och ett upptagningsområde på 50-60 remitterande enheter. Detta innebär att dietisterna måste prioritera de som redan är svårt sjuka och att de andra hamnar i bakgrunden. Patienter med övervikt och diabetes behandlas ofta i grupp. (Ibid., s. 39)

### **1.3.3 Sammanfattning av riktlinjerna**

Ett sätt att stimulera en utveckling inom det hälsofrämjande arbetet är en tydlig uppföljning på nationell nivå. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att utveckla nationella riktlinjer för att inom hälso- och sjukvården förebygga sjukdom genom påverkan på levnadsvanor.

(Socialdepartementet 2008, s. 75) Den preliminära versionen av ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” presenterades i oktober 2010. Arbetet med att fastställa de slutgiltiga riktlinjerna pågår och de kommer enligt planen att presenteras hösten 2011.

(Socialstyrelsen 2010-12-01)

Socialstyrelsens nationella riktlinjer tas fram för att främja användandet av evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utgångspunkten för arbetet med riktlinjerna finns i riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården från våren 1997. Socialstyrelsen har även i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården samt att mäta och följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar vårdens praxis. Uppdraget innebär också att uppdatera innehållet i riktlinjerna genom återkommande uppdateringar och kompletteringar. (Socialstyrelsen 2010, s. 9)

#### **Nationellt stöd**

Riktlinjerna är ett nationellt stöd för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. De här riktlinjerna berör endast åtgärder inom hälso- och sjukvården med utgångspunkten att upptäcka de personer som har en ohälsosam levnadsvana utan befintlig sjukdom eller symptom. Vikten läggs alltså vid framtida negativa hälsokonsekvenser eftersom de allvarliga konsekvenserna av en ohälsosam levnadsvana sällan visar sig direkt.

Socialstyrelsen betonar i riktlinjerna att det är viktigt att behandlaren är tydlig med varför den ställer dessa frågor om levnadsvanor och att bemötandet måste ske med stor lyhördhet och respektfullhet eftersom dessa personer kan uppleva att de får råd som de inte har efterfrågat. Det är också viktigt att anpassa rådet till individens aktuella situation och dennes förmåga att förändra sin levnadsvana. Som vid all annan hälso- och sjukvård har också individen rätt att tacka nej till åtgärden. Riktlinjerna berör de ohälsosamma levnadsvanorna daglig rökning, snusning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos vuxna. Med vuxna menas personer över 18 år. Riktlinjerna berör också andra tillstånd och situationer då en ohälsosam levnadsvana är förknippad med ökad risk, som inför operation, vid graviditet, amning och för småbarnsföräldrar. (Ibid., s. 9 ff)

## **Rådgivning som metod**

Riktlinjerna är utformade så att någon form av rådgivning om levnadsvanan är det som är grunden för alla åtgärder. Rådgivningen delas in i tre nivåer; kort rådgivning, rådgivning och kvalificerad rådgivning. Vissa tillägg kan också ske till någon av dessa rådgivningsnivåer. Kort rådgivning innebär att behandlaren ger mycket korta och standardiserade råd. Vanligtvis kräver detta maximalt 10 minuter och ingen uppföljning sker. Råden kan kompletteras med skriftlig information. Rådgivning innebär mer av ett samtal eller dialog mellan behandlare och patient och den är mer patientcentrerad än den korta rådgivningen. Tidsåtgången beräknas vara 10–30 minuter och kan följas av någon form av uppföljning. Den kan också kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. Kvalificerad rådgivning är, precis som rådgivning, patientcentrerad men den är mer tidsmässigt omfattande. Kvalificerad rådgivning ska också vara teoribaserad och strukturerad, vilket innebär att den utgår från specifika teoretiska modeller eller följer en viss struktur och innehåller vissa bestämda komponenter. Exempel på sådana metoder är motiverande samtal (MI) och beteendeterapi. För att kunna erbjuda kvalificerad rådgivning förutsätts att behandlaren är utbildad i metoden. Den kvalificerade rådgivningen kan ske både individuellt och i grupp och kan även kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel och förstärkas med särskild uppföljning. (Ibid., s. 11 ff)

## **Inklusionskriterier**

I riktlinjerna inkluderas alla dagligrökare, alla dagligsnusare och alla med otillräcklig fysisk aktivitet utifrån rekommendationerna om att alla dagligen bör vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter på en minst måttlig intensitet (Ibid., s. 30). Gällande alkohol är det endast individer med riskbruk, ej missbruk, som inkluderas. Riskbruk definieras antingen efter en genomsnittlig hög veckokonsumtion eller som intensivdrickande minst 1 gång per månad. Riskbruk definierat efter veckokonsumtion innebär intag som överstiger 14 standardglas för män och 9 standardglas för kvinnor. Intensivkonsumtion definieras som en konsumtion av fem standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och fyra standardglas eller fler för kvinnor. Gällande matvanor är det endast den femtedel av befolkningen som har sämst matvanor som inkluderas. (Ibid., s. 17 ff) För att urskilja dessa har Socialstyrelsen utformat ett kostindex bestående av frågor om hur ofta man äter grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur och kaffebröd, choklad, godis, chips och liknande snacks, läsk och saft (Ibid., s. 32).

## Åtgärdsrekommendationer

Socialstyrelsen har prioriterat de olika åtgärderna och detta har gjorts utifrån en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad (det vill säga om tillståndet medför lidande, funktionsnedsättning, nedsatt livskvalitet, risk för förtida död, invaliditet, fortsatt lidande eller försämrad livskvalitet), effekt av åtgärden, evidens för effekten (det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är) och kostnadseffektiviteten (Ibid., s. 17).

I riktlinjerna ser rekommendationerna för vuxna ut som följer:

- För dagligrökare bör i första hand ges kvalificerad rådgivning i grupp (prioritet 2). Därefter ska kvalificerad individuell rådgivning och proaktiv telefonrådgivning<sup>1</sup> erbjudas (prioritet 3). (Ibid., s. 22)
- Gällande individer med riskbruk av alkohol ska rådgivning utan uppföljning (prioritet 5) eller webb- och datorbaserad rådgivning<sup>2</sup> erbjudas (prioritet 5). (Ibid., s. 29)
- För individer med otillräcklig fysisk aktivitet ska hälso- och sjukvården erbjuda rådgivning med tillägg av skriftlig ordination eller stegräknare samt särskild uppföljning (prioritet 3). (Ibid., s. 32)
- Individer med ohälsosamma matvanor ska erbjudas kvalificerad rådgivning (prioritet 3). (Ibid., s. 33)

---

<sup>1</sup> Ges av en person som är utbildad i att ge råd per telefon. Skriftligt material och rådgivning om läkemedel kan ingå. Personen tar själv initiativet och ringer upp en bemannad telefonlinje för att få hjälp och stöd. För att telefonrådgivningen ska betecknas som proaktiv, ringer sedan behandlaren upp personen minst en gång för att följa upp rådgivningen och ge ytterligare stöd. (Socialstyrelsen 2010, s. 22)

<sup>2</sup> Det personliga samtalet ersätts av särskilda datorprogram, där personen själv matar in svar på frågor om sina alkoholvanor och genomför ett alkoholvanetest. Efter detta får personen skriftlig återkoppling på resultatet, även rekommendationer, och i vissa fall, instruktioner om hur personen kan sluta dricka på ett skadligt sätt. Datorbaserad rådgivning kan användas ensamt eller som komplement till annan form av rådgivning. (Ibid., s. 28)

Som tidigare nämndes berör riktlinjerna också andra tillstånd och situationer då en ohälsosam levnadsvana medför ökad risk. I riktlinjerna står som högsta prioritet (prioritet 1) att hälso- och sjukvården angående dagligrökning bör erbjuda rådgivning till gravida och kvalificerad rådgivning till ammande. Högst upp prioriteras också att erbjuda kvalificerad rådgivning med tillägg av nikotinläkemedel till dagligrökare som ska genomgå operation. Lite lägre prioriteras att erbjuda kvalificerad rådgivning till dagligrökande föräldrar eller vårdnadshavare (prioritet 2), rådgivning till gravida som brukar alkohol (prioritet 3) och rådgivning till småbarnsföräldrar med riskbruk (prioritet 4). Gällande ohälsosamma matvanor bör kvalificerad rådgivning erbjudas till gravida (prioritet 2). (Ibid., s. 25 ff)

### **Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser**

Socialstyrelsen anser det generellt svårt att beräkna vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser införandet av de nya rekommendationerna får. Detta eftersom det i dagsläget till stor del saknas datakällor för hur arbetet med dessa levnadsvanor bedrivs inom hälso- och sjukvården och vilken omfattning det har. Utifrån de uppgifter som ändå finns har Socialstyrelsen försökt göra bedömningar, som inför den slutliga versionen av riktlinjerna kommer kompletteras med uppgifter från regionerna. Socialstyrelsen bedömer att riktlinjerna kommer kräva förändringar i

- Styrinstrument - till exempel uppdragsbeskrivningar, avtal och övergripande planer från landstingen. Även att det utformas tydliga rutiner för dokumentation och journalföring.
- Organisation och omdisponering av resurser
- Utbildning och kompetensutveckling
- Samverkan med aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården - arbetet underlättas om det finns en samverkan mellan beslutsfattare, administratörer, vårdansvariga och vårdgivare. Även samarbetet med lokalsamhället och frivilligorganisationer bör utökas.

Socialstyrelsen bedömer däremot inte att riktlinjerna kräver resurstillskott i form av lokaler och personal.

Rekommendationerna som helhet kommer enligt Socialstyrelsens bedömningar att medföra en kostnadsökning, som till stor del beror av kostnaden för kompetenshöjning och

fortbildning. De bedömer att kostnadsökningen sannolikt blir störst för områdena matvanor och rökning och mindre för fysisk aktivitet och riskbruk. Denna bedömning hör ihop med de åtgärder som rekommenderas och hur mycket resurser som läggs på levnadsvanan i hälso- och sjukvården i dagsläget. På längre sikt bedömer Socialstyrelsen att de nya rekommendationerna kommer leda till kostnadsminskningar för hälso- och sjukvården tack vare minskad sjuklighet. Den minskade sjukligheten kommer dessutom innebära vinster för samhället i stort, exempelvis i form av minskat produktionsbortfall och minskat lidande för individerna. (Ibid., s. 35 ff)

### **Uppföljningsindikatorer**

För att lättare kunna följa upp och jämföra vårdens processer, resultat och kostnader och för att kunna initiera förbättringar av vårdens kvalitet så har Socialstyrelsen utarbetat indikatorer som kan användas av olika intressenter. Detta ska också öka tillgängligheten till information om detsamma. Indikatorerna delas upp som

- *Strukturindikatorer*, det vill säga förutsättningar i form av organisationen, bemanning, utrustning och rutiner.
- *Processindikatorer*, som speglar vad som görs i vården, när och hur.
- *Resultatindikatorer*, som avser att visa förbättringen eller förändringen i patientens hälsa.

I dagsläget saknas data på dessa indikatorer. För att kontinuerligt kunna följa upp arbetet med riktlinjerna anser Socialstyrelsen att det är angeläget att utveckla ett modernt kvalitetsuppföljningssystem där uppgifter registreras systematiskt i journalsystem.

Under år 2012 avser Socialstyrelsen att påbörja ett arbete för att följa upp hur landsting och kommuner har mottagit och använt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. (Ibid., s. 47 ff)

### **1.3.4 Sammanfattning av remissvar**

Efter publiceringen av de preliminära riktlinjerna gavs möjlighet att lämna in synpunkter på dessa. Detta har gjorts av både landsting och regioner, statliga myndigheter och nationella organ, intresse- och yrkesorganisationer och enskilda personer. Generellt ses dessa riktlinjer

som ett mycket välkommet drag om att arbeta mer primärpreventivt inom vården. Nedan följer en sammanfattning av remissvaren.

#### **1.3.4.1 Prioritering av åtgärder**

Utifrån den åtgärdslista som kommer som bilaga med riktlinjerna anses i flera fall att åtgärdsprioriteringarna inte stämmer överens med det vetenskapliga underlaget som finns. Vikten av evidens innebär att prioriteringarna bör ses över för att de ska vara lättare att tolka och så att det inte innebär att vissa åtgärder nedprioriteras eller utesluts som inte avsetts. (Socialstyrelsen 2011, s. 5, 17, 21, 86 f, 158) Det framkommer också att horisontella prioriteringar, det vill säga av politiker beslutade prioriteringar mellan verksamheter eller sjukdomsområden (Stockholms läns landsting 2005, s. 2), borde göras för att veta hur dessa riktlinjer ska prioriteras jämfört med andra nationella riktlinjer. I vissa fall tycks också att snus borde prioriteras högre trots dåligt vetenskapligt underlag, eftersom detta ofta efterfrågas vid möten i vården. (Socialstyrelsen 2011, s. 85 ff)

#### **1.3.4.2 Rådgivningen**

Många tycker att innehållet i de olika nivåerna av rådgivning beskrivs alldeles för diffust (Ibid., s. 10, 12, 79, 81, 86, 92) och att hur begreppen används idag inte stämmer överens med hur de används i riktlinjerna (Ibid., s. 12). För att förtydliga den kvalificerade rådgivningen önskas specifika metoder och modeller för den (Ibid., s. 82). Ordet rådgivning anses också missvisande då ordet säger ”att ge råd” medan det mer handlar om en dialog (Ibid., s. 81, 86, 92, 128). Begreppet ”kort intervention” förekommer i andra riktlinjer med samma innebörd som den rådgivning som beskrivs i dessa riktlinjer. Även begreppet ”vägledning” kan vara mer passande. (Ibid., s. 86, 92 f) Att kort rådgivning nedprioriteras anses olyckligt från flera håll. Rådgivning eller kort rådgivning kan i många fall ses som det som personalen har tid med och ett sätt att ”fånga upp”, som ett första steg i förändring av levnadsvanan. (Ibid., s. 7, 9, 85, 92, 109) Det korta samtalet kan mycket väl också ha grund i någon samtalsmetodik, till exempel motiverande samtal (Ibid., s. 7). Landstinget Kronoberg förelår att en pyramidmodell skulle kunna byggas upp så att typ av rådgivning anpassas till vilken risk personen är utsatt för (Ibid., s. 71).

#### **1.3.4.3 Träning inom hälso- och sjukvårdens ram nedprioriteras**

Trots att detta prioriteras högt i riktlinjerna om hjärtsjukvård och diabetes hamnar det längst ned i prioritering i dessa riktlinjer (Ibid., s. 12, 86). Det kan troligtvis också vara en kostnadseffektiv metod och studier på detta område pågår i Danmark (Ibid., s. 157 f).

#### **1.3.4.4 Remissinstans**

Om rådgivningen anser SLL att den kan ske antingen inom den egna verksamheten på vårdcentralen eller vid en instans som man remitterar till (Ibid., s. 18, 26). Många vårdgivare tror att det kan bli svårt att genomföra det längre motiverande samtalet på grund av de ekonomiska ramarna inom verksamheten (Ibid., s. 20). Sydöstra sjukvårdsregionen anser också att det borde finnas en livsstilenhet eller liknande att remittera till (Ibid., s. 62, 69). Uppsala/Örebro sjukvårdsregion betonar dock att det saknas evidens för remittering till annan enhet (Ibid., s. 83). Det är främst inom kostområdet som många bedömer att det kommer behövas extra kunskap och därför önskas att kunna använda dietister i detta arbete med kostvanor (Ibid., s. 69, 39, 158, 181). I dagsläget anses generellt att dietisterna inte används fullt ut (Ibid., s. 39).

#### **1.3.4.5 Rådgivning vid riskbruk**

Efter riskbruksprojektet har många landsting infört rekommendation om kort rådgivning vid riskbruk av alkohol. Mycket stöd finns också för att kort rådgivning är effektivt som tidig insats. Detta borde samordnas bättre med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, som även omfattas av riskbruk. (Ibid., s. 11, 22 f, 88, 99) Det är också olyckligt att riskbruk nedprioriteras i dessa riktlinjer jämfört med de andra levnadsvanorna (Ibid., s. 24, 86, 93).

#### **1.3.4.6 Ersättningsmodellen**

Västra Götalandsregionen anser att arbetet enligt de nya riktlinjerna skulle främjas av ekonomisk ersättning, även för processmål (Ibid., s. 95, 184). För att längre rådgivningssamtal ska prioriteras på vårdcentraler och husläkarmottagningar anser SLL att det är angeläget att se över ersättningsmodellen, som idag inte premierar längre rådgivningssamtal (Ibid., s. 39). SLL anser vidare inte att det finns något hinder för att arbeta



hälsofrämjande med det befintliga ersättningssystemet (Ibid., s. 45). SLL:s nuvarande ersättningssystem följer ”Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010”. Enligt denna ger ett vanligt läkarbesök en grundersättning på 479 kronor, ett distriktssköterskebesök 200 kronor och ett motiverande samtal eller annan evidensbaserad metod om livsstilsförändring utförd av distriktssköterska ger 50 kronor. Det nämns inget i regelboken om ersättning för en läkare som utför motiverande samtal. Det står också att ”extraersättning för ”Motiverande samtal” eller annan evidensbaserad metod om livsstilsförändring som utförts av distriktssköterska, utbetalas för högst 10 % av det totala antalet distriktssköterskebesök.” (Stockholms läns landsting 2009, s. 157) Enligt förslag som ligger för regelbok 2011 är det ingen förändring av dessa ersättningar (Stockholms läns landsting 2010, s. 52 ff).

#### **1.3.4.7 Nationellt arbete**

Från flera håll betonas att det behövs ett nationellt gemensamt arbete och fortsatt utvecklingsarbete på nationell nivå för att förbättra förutsättningarna för implementering, till exempel genom Statens Folkhälsoinstitut (Socialstyrelsen 2011, s. 63, 14, 88, 105).

#### **1.3.4.8 Journalsystem**

Ett journalsystem behöver utvecklas som underlättar automatisk informationsföring (Ibid., s. 16). Inom SLL ska vårdgivare rapportera till beställaren<sup>3</sup> genom vissa IT-tjänster. Den här rapporteringen ska vara underlag för medicinsk uppföljning, verksamhetsuppföljning och utvärdering och ersättning till vårdgivare. Andra IT-tjänster kan användas för att underlätta samverkan och effektivisera arbetet kring patienten. För att det ska vara möjligt att följa upp att nationella riktlinjer följs och utförs av vården krävs att det finns bra och validerade beskrivande diagnos- och åtgärds-koder kopplade till riktlinjerna och att detta journalförs. Detta saknas idag. (Ibid., s. 12, 45 f, 69 ff, 109)

---

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

### **1.3.4.9 Övriga synpunkter**

Två områden som efterfrågas i riktlinjerna är stress och sömn eftersom dessa ofta efterfrågas av patienter (Ibid., s. 96, 119, 129 f).

Storstockholms Diabetesförening betonar att högskoleutbildade hälsopedagoger är en yrkesgrupp som inte får glömmas bort i detta arbete med levnadsvanor, eftersom de är specifikt utbildade för att arbeta med just detta (Ibid., s. 113).

## **2 Metod**

För att få en bra inblick i hur verksamheten ser ut idag och vilka förutsättningar som finns ansågs en kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer vara den mest lämpade metoden. Intervjuerna har genomförts med verksamhetschefer på vårdcentraler inom Stockholms läns landsting. Tidsåtgången per intervju begränsades till 30-45 minuter. Förhoppningen var att kunna identifiera vårdcentraler som redan idag arbetar aktivt med förebyggande hälso- och sjukvård och förskrivningar av FaR, samt även de som knappt eller inte alls gör det för att kunna rekrytera informanter med olika utgångspunkter. Efter genomförda intervjuer kan konstateras att denna förhoppning infriats.

Intervjuerna har varit av semistrukturerad art för att få till stånd mer av en öppen dialog. En intervjuguide togs fram som berörde olika teman såsom nulägesanalys, de nya riktlinjerna, eventuella förändringsbehov, tankar om genomförande samt förväntningar. Under dessa teman fanns rubriker som arbetsformer, ansvarsfördelning, resurser, prioriteringar samt rådgivning som metod (bilaga 2). Intervjuguiden togs fram med utgångspunkt i dokumentet ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – preliminär version 2010”.

### **2.1 Urval**

Inklusionskriteriet var att vårdcentralen skulle vara belägen i norra Storstockholm. Urvalet var ett tillgänglighetsurval (Hassmén & Hassmén 2008, s. 109) då vårdcentralerna kontaktades per telefon utifrån telefonlistan på vårdguiden. Syftet var att få en översikt och identifiera för verksamheterna både gemensamma och utmärkande synpunkter, synvinklar och attityder.

Enligt Kjaer Jensen (1995, s. 61) är det inte alltid nödvändigt eller önskvärt med en strikt uppbyggd systematik kring urvalet i detta sammanhang.

Antalet informanter var på förhand bestämt till sex stycken. Vid rundringningen informerades verksamhetschefen om studiens syfte och tillfrågades om intresse av att medverka. Tid för intervju bokades redan vid första samtalet. Verksamhetscheferna fick själva bestämma tid och plats. Alla intervjuer genomfördes på informantens arbetsrum. Cirka en vecka före varje intervju skickades via mejl frågor tillsammans med en sammanfattning av riktlinjerna samt en länk till hela dokumentet.

## **2.2 Process**

Vid intervjun användes en digital diktafon. Båda författarna medverkade vid samtliga intervjuer men en utsågs som ansvarig och vi ansvarade för tre intervjuer vardera. Transkriberingen genomfördes av den ansvariga intervjuaren. Det diskuterades hur transkriberingen bäst skulle göras och det bestämdes att göra om transkriberingen till skriftspråk, så kallat *slightly modified verbatim mode*, för att inte riskera att förlöjliga informanternas sätt att uttrycka sig (Malterud 2009, s. 79). Resultatanalysen föregicks av informantens godkännande av transkriberingen. I samband med godkännandet från informanten ställdes också eventuella kompletterande frågor som dök upp efter transkriberingen. Svaren på dessa finns endast i skriftlig form. Det har klargjorts för informanterna att resultaten kommer att presenteras anonymt. Namn som nämnts under intervjun har fingerats och i resultaten benämns informanterna och deras enheter som VC1, VC2, VC3, VC4, VC5 och VC6. Informanterna har även blivit informerade om att ljudinspelningarna raderas efter studiens avslut.

## **2.3 Validitet och reliabilitet**

Studien ämnade undersöka hur verksamhetschefer inom primärvården anser att Socialstyrelsens nya riktlinjer kommer att påverka deras verksamhet samt vad som krävs för att möjliggöra genomförandet av dessa. För detta valdes semistrukturerade intervjuer som metod med en intervjuguide bestående av frågor ordnade inom temaområden. Det fanns också utrymme för relaterade frågor som dök upp under intervjuens gång. Utifrån syftet formulerades

frågeställningar som skulle svara på detta. Frågeställningarna låg till grund för den intervjuguide som användes i samband med intervjuerna.

Innan begreppen validitet och reliabilitet diskuteras bör påpekas att dessa härstammar från den kvantitativa metodologin. Enligt Trost (2005, s. 113) kan dessa begrepp inte tillämpas på samma sätt i en kvalitativ studie.

Författarna är medvetna om att validiteten avseende urvalet kan anses bristfällig. Detta då det vid intervjuerna framkom att informanternas kännedom om riktlinjerna varierade och att intervjuerna i dessa fall mer kom att behandla hur verksamheten skulle påverkas av krav på ett mer hälsopromotivt arbetssätt gällande levnadsvanor.

Vid intervjuerna har en av författarna varit ansvarig medan även den andra alltid har deltagit aktivt. Enligt Malterud (2008, s. 127) är det vid kvalitativa studier dock ej nödvändigt och inte heller eftersträvansvärt att standardisera situationen utan hellre revidera intervjuguiden allteftersom arbetet fortskrider. Kraven på intervjuer är att de ska erbjuda tillförlitliga resultat, ge en riktig bild av källan, förmedla korrekt och användbar information om studerade fenomen samt att studien ska kunna replikeras av andra forskare (Hassmén & Hassmén 2008, s. 253). Ett reliabilitetsbegrepp som kan tillämpas i den kvalitativa metodologin är likhetsreliabilitet. Detta innebär att då forskarnas tolkningar av intervjusituationer samt av datamaterial överensstämmer kan reliabiliteten anses vara hög. Då båda författarna varit närvarande vid samtliga intervjuer och även analyserat resultaten tillsammans, anses tolkningsreliabiliteten vara hög.

Begreppen upprepbarhet och pålitlighet nämns som centrala för reliabiliteten i en kvalitativ studie. Detta motsvaras av extern reliabilitet inom den kvantitativa forskningen. Då den kvalitativa forskningen till största delen utgörs av forskarens egna tolkningar och reflektioner är det uppenbart att såväl upprepbarhet som pålitlighet kan vara svårt att säkerställa.

(Hassmén & Hassmén 2008, s. 135 f) Att ställa samma frågor vid senare tillfälle garanterar inte samma svar. Pålitligheten påverkas även av att människor tenderar att lyfta fram positiva beteenden samt att undanhålla de mer negativa. (Ibid., s. 230) Detta utgör aspekter att ta hänsyn till vid analysen av materialet. Författarna utgår ändå ifrån att informanterna talar sanningsenligt och att anonymiteten underlättar för informanten att tala öppet.

## 2.4 Analys av data

För analys av kvalitativa data finns ingen självklar mall att utgå ifrån. Processen kan delas in i tre steg: insamling av data, analys och tolkning. Stegen har ingen självklar ordningsföljd utan forskaren pendlar mellan dessa under processens gång. (Trost 2005, s. 125) Datamaterialet strukturerades utifrån tidigare nämnda intervjuguides temaområden. Såväl gemensamma som särskiljande drag identifierades.

## 3 Resultat

Här nedan presenteras resultaten av de genomförda intervjuerna. Verksamhetscheferna och deras enheter benämns fortsättningsvis som VC1, VC2, VC3, VC4, VC5 och VC6.

Utgångspunkten för intervjuerna är frågeställningarna:

- Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?
- Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?
- Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?

### *Sammanställning av bakgrundsfakta*

Primärvårdsenhet	VC 1	VC 2	VC 3	VC 4	VC 5	VC 6
Profession	Läkare	Sjukgymnast	Läkare	Läkare	Sjuksköterska	Läkare
Driftsform	Landsting	Landsting	Landsting	Landsting	Landsting	Privat
Antal anställda	20	24	25	16	40	40
Antal listade	Ca 7790	Ca 7000	Ca 8150	Ca 6000	Ca 17000	Ca 19700
Genomsnittligt antal besök/dag	Ca 160	Ca 115	Ca 100	Ca 90	Ca 335	Ca 200
Chefs-/kliniskt arbete i %	50/50	80/20	75/25	30/70	80/20	20/60*

\*Externa uppdrag ca 20%

### **3.1 Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?**

Arbetet med levnadsvanor skiljer sig mycket mellan de enheter som här har undersökts. VC1, VC2, VC3, VC5 och VC6 uppger att vårdval Stockholm och det nuvarande ersättningssystemet inte främjar denna typ av verksamhet. Samtliga enheter uppger också att primärvårdens ekonomi är så pass slimmad att denna typ av insatser inte är ekonomiskt försvarbara. VC1 säger i diskussion om nuvarande ersättningssystem att *”Förut så gav ju syster råd i telefon för egenvård. Idag är vi ju så glada för dem, för de är så enkla pinnar. Då ökar man ju dem”*. Med ”pinnar” avses här antal patientbesök som genererar ekonomisk ersättning till enheten.

Verksamhetscheferna tillfrågades om vad de anser vara hälsopromotivt arbete på en vårdcentral. *”Det kan ju vara väldigt mycket. Som det är nu skulle jag säga att det har en ganska liten plats i arbetet på en vårdcentral”* säger VC2. VC1 säger att *”Drömmen är att hinna med mycket mer med FaR och att informera om kostråd och rökavvänjning och alla de här bitarna. I dagsläget är tiden knapp så man hinner inte jättemycket.”* Vidare svarade VC3 att *”Det är allt vad man kan erbjuda patienterna så att de ska förebygga sjukdomar i onödig takt, så att säga. /.../ Att de som har hjälp har hjälp. De kan inte förebygga något. Det är redan klart där, de är inkörda i systemet. Det är de som är bortglömda man ska...”* och VC4 säger att hälsopromotivt arbete är *”Allting från frågan - röker du? till ett långt bokat enskilt samtal med en patient”*. VC5 tolkade frågan i första hand ur ett personalperspektiv, det vill säga hur man arbetar hälsofrämjande för personalen. Avseende patientarbete svarade denne att det innebär allt ifrån hälsosamtal till antirökgrupper och stresshantering. VC6 säger att det i dagsläget är främst sekundärpreventivt arbete som bedrivs på en vårdcentral, *”men sen i mån av möjlighet, att då också syssla med annat. Och det tror jag vi är rätt bra på faktiskt. Vi diskuterar det i alla fall, till exempel rökning vid besök för hosta.”*

Hur enheterna identifierar patienter med riskfyllda levnadsvanor skiljer sig såväl mellan enheterna som inom enheten. Det uppges att frågor om levnadsvanor ska ingå i anamnesen och dokumenteras i journalsystemet. Tidsbrist upplevs som den vanligaste orsaken till att detta inte alltid sker. VC6 använder sig av ett formulär som patienten får i receptionen vid ankomst. Patienten fyller där själv i om denne anser sig ha behov av hjälp för att komma till rätta med något upplevt riskbeteende och detta kan i så fall diskuteras vid besöket. VC1 har

ett formulär med frågor kring levnadsvanor som är tänkt att fyllas i vid besök. Detta sker numera i mån av tid och verksamhetschefen uppger att omfattningen har minskat sedan införandet av vårdval Stockholm.

Vissa av enheterna arbetar till viss del med uppsökande hälsopromotiv verksamhet. VC3 och VC4 har haft aktiviteter utanför enheten. VC3 har till exempel genomfört hjärtsvikts-, spirometri-, hälso- och hälsoprofildagar som också har annonserats i den lokala tidningen. De har även öppen blodtrycksmottagning en dag i veckan. VC4 har deltagit i ”Den äldres dag” som anordnas av kommunen samt vid andra aktiviteter i centrum, med till exempel blodtrycksmätning. VC6 har i samarbete med ett läkemedelsbolag anordnat öppna föreläsningar om till exempel sjukdomar i livets olika skeden. Mai-Lis Hellénus<sup>4</sup> har även varit på enheten och föreläst för både personal och patienter.

En genomgående trend är att huvuddelen av det hälsopromotiva arbetet sker genom distriktssköterskorna. I de fall motiverande samtal (MI) förekommer på enheten är det distriktssköterskor som genomför dem. Numera ingår MI i distriktssköterskeutbildningen. Flera av verksamhetscheferna uttrycker också att de är dessa som ”brinner” för ämnet. Inom diabetesvården är det generellt större fokus på levnadsvanor, framförallt kost och fysisk aktivitet. Detta är dock sekundärpreventivt arbete.

### **3.1.1 Tobak**

VC1 har rökavvänjning med samtal och uppföljning hos distriktssköterska (två stycken). På VC2 är det läkare som uppmärksammar behovet och eventuellt ordinerar läkemedel. Tid bokas sedan hos distriktssköterska för motiverande samtal. VC3 anser själv att det är en brist hos dem. De rekommenderar internetsajter och annan extern verksamhet som till exempel vid Karolinska sjukhuset. En psykolog som är knuten till enheten planerar att starta rökavvänjningsgrupper. VC4 ställer frågan om rökning till alla över 13 år och distriktssköterskorna erbjuder motiverande samtal för rökavvänjning. Rökning upplevs dock inte som något större problem i patientgruppen på denna enhet. VC5 ligger i startgroparna för

---

<sup>4</sup> Professor och överläkare. Ansvarig för verksamheten på Livstilmottagningen vid Hjärtkliniken Karolinska Universitetssjukhuset Solna.

rökavvänjningsverksamhet, men har ingen existerande idag. VC6 erbjuder motiverande samtal för rökavvänjning hos distriktssköterskorna.

### 3.1.2 Alkohol

VC1 har haft riskbruksutbildning för läkare och distriktssköterskor. VC2 uppger att de har ett mycket välfungerande samarbete med beroendecentrum i kommunen. Diskussion pågår även om att placera denna resurs på enheten en dag per vecka. Även VC3 har välordnat arbete kring riskbruk av alkohol. De har en sjukskötersketjänst som delas med flera andra enheter. Resursen finns på enheten en halv dag per vecka för att både träffa patienter samt informera och samtala med läkarna kring detta. VC4 uppger att riskbruk idag inte är något känt problem på enheten, dock har man inte undersökt det närmare. I förekommande fall kan remiss skickas till beroendemottagningen. VC5 noterar riskbruk, men har idag inga åtgärder kring det. På VC6 är det främst läkarna som ansvarar för denna typ av behandling. Läkaren kan förskriva något av de nyare läkemedlen som finns på marknaden. Vid behov remitteras patienten till kommunens missbruksmottagning.

### 3.1.3 Fysisk aktivitet

På VC1 förskrivs fysisk aktivitet på recept (FaR) och det har informerats om detta på arbetsplatsträffar för samtlig vårdpersonal. Läkaren skriver ut recept eller remitterar till sjukgymnast. De ger även råd om fysisk aktivitet och har samarbete med Friskis & Svettis. På VC2 är FaR-förskrivningen väldigt låg. I förekommande fall är det läkaren som förskriver och vid behov remitteras patienten till sjukgymnast på rehabiliteringsenheten för att gå igenom alternativ som finns och diskutera vad man är intresserad av. De erbjuder även, till viss del, friskvårdsträning inom ramen för rehabverksamheten, till exempel vattengymnastik. VC3 hade totalt elva förskrivningar av FaR dokumenterade i journalsystemet under 2010, företrädesvis av läkare. ”*Jag kan tänka mig att det skulle kunna vara hundratals recept*” säger VC3. Tidsbrist anges vara en orsak till detta. De anser också att det är principiellt felaktigt att behöva betala för dessa receptblock. På VC4 har fysisk inaktivitet inte uppmärksamats som något större problem. I förekommande fall har läkarna med FYSS<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling



som vägledning gett råd kring lämpliga motionsaktiviteter. VC5 uppger att förskrivning av FaR ligger längst ner på prioriteringslistan och förekommer i mycket liten omfattning. VC6 har en distriktssköterska som använder sig mer och mer av FYSS och FaR. Även läkarna förskriver i varierande utsträckning. Vid fördjupat behov av rådgivning och vägledning remitteras patienten till ovan nämnda distriktssköterska. Hon har även utvecklat ett nära samarbete med friskvårdsaktörer runtom i kommunen.

### **3.1.4 Matvanor**

Samtliga enheter uppger att de har möjlighet att remittera patienterna till dietist. VC1 och VC2 har dietister inom verksamheten då verksamhetschefen i dessa fall även är chef för rehabenheten där dietisterna finns. På VC4 finns även en distriktssköterska på mottagningen som är specialiserad mot övervikt.

### **3.1.5 Rådgivning som metod**

Verksamhetscheferna tillfrågades också i vilken utsträckning och hur rådgivning används vid patientkontakter. Verksamhetscheferna ombads definiera, utifrån de nya riktlinjerna, vilka typer av rådgivning som används vid enheten. Det framkom att läkarna främst använder det som definieras som kort rådgivning. I de fall motiverande samtal förekommer så genomförs dessa av distriktssköterskor. Distriktssköterskorna är också den yrkesgrupp som i störst utsträckning genomgått utbildning i motiverande samtal. Ett fåtal av läkarna på de tillfrågade enheterna har också genomgått utbildning. I dessa fall handlar det enligt verksamhetscheferna om eget intresse. Undantag är VC1 där samtliga yrkesgrupper inom enheten har utbildats och VC2 där utbildning planeras för samtliga under 2011. Ingen av enheterna utför idag någon kvalitetssäkring av de motiverande samtalen. VC5 uttrycker skepsis mot motiverande samtal, men säger sig samtidigt inte ha någon erfarenhet av denna metod.

## ***3.2 Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?***

Kunskapen om innehållet i de nya preliminära riktlinjerna varierade stort bland verksamhetscheferna. Samtliga anser att detta är en välkommen satsning mot ett mer

hälsopromotivt arbetssätt och hoppas att de även ska medföra ekonomiska incitament för att kunna bedriva denna typ av arbete i större utsträckning.

### **3.2.1 Styrkor**

VC2 anser att riktlinjerna ger en tydlig överblick över åtgärder som är effektiva vilket i sin tur är en hjälp att prioritera insatser för patienterna. Vidare anser VC2 att Socialstyrelsen har en sund uppfattning om konsekvenserna av införandet samt att de inser att det kommer att krävas stora insatser för implementering. VC3 uttrycker att *”i och med att vårdval är mera strikt inriktat ekonomiskt så är det bra att det kommer lite mjukvara via Socialstyrelsen, det tycker jag”*. VC1, VC2 och VC5 uttrycker det positiva i att det kommer som riktlinjer. En riktlinje innebär att frågan får en särskild tyngd - *”då måste man ju göra det där som vi ändå vill göra”* säger VC1.

### **3.2.2 Svårigheter**

VC1 anser att det finns en svårighet i den detaljerade beskrivningen av rådgivningsnivåerna och att det är svårt att förstå vad som är vad i det, att det kanske skulle räcka med en nivå – rådgivning. VC1, VC2, VC3 och VC5 menar att det blir en stor utmaning att kunna ta hand om den befintliga patientgruppen, som består av redan sjuka, samtidigt som man också ska arbeta primärpreventivt med en ”ny” patientgrupp. VC3 och VC4 anser att det på en mindre enhet är svårt att strukturera alla riktlinjer och att det krävs mer samverkan enheterna emellan. VC6 uttrycker vikten av att behålla respekten för patienten och dennes fria vilja. VC5 och VC6 menar även, angående de ekonomiska förutsättningarna, att resurserna med största sannolikhet inte kommer att ökas utan snarare omfördelas, vilket innebär att något annat nedprioriteras.

### **3.2.3 Personal**

VC1 tror att de nya riktlinjerna kan innebära ökad arbetsglädje hos personalen *”man gör någonting som leder framåt och är roligt att arbeta med”*. Även VC2 uttrycker att arbetet på en vårdcentral kan bli roligare och att framförallt distriktssköterskorna anser det hälsopromotiva arbetet stimulerande. VC3 vill att detta arbete ska utföras av externa resurser i samarbete med enhetens personal. Detta bör därför inte medföra kostnadsökningar för

enheten. VC4 uttrycker inga specifika förväntningar avseende personalen. VC5 säger att *”jag tror ju att det ligger ett sug hos all personal egentligen att komma till skott med sådana här saker”*. VC6 säger att om pengarna fanns så skulle denne vilja att fler i personalen kunde arbeta på ett mer avgränsat sätt med utgångspunkt i de nya riktlinjerna.

### **3.2.4 Patienter**

VC1 menar att patienterna har mycket att vinna då de kan undvika sjukdom genom att lära sig hantera sin hälsa. Här upplever man också att patienterna redan nu är positiva till diskussion om sina levnadsvanor. VC2 tror att patienterna kan uppfatta de nya riktlinjerna positivt, men att det även kommer finnas de som kan uppfatta det som kränkande att bli tillfrågad om sina levnadsvanor om de söker för en vanlig åkomma, som till exempel snuva. Även VC3 tror att patienterna kommer att se det som positivt om det sker på ett strukturerat och välordnat sätt, *”Bevisligen lockade en liten annons i lokala tidningen sjuttio patienter till den här hjärtpreventionsdagen.”* VC4 tror att patienterna kommer uppleva att *”min vårdcentral är med i det här, med på tåget så att säga, så tror jag att effekten kan bli att de känner sig mycket mer delaktiga. Det är nog det vi egentligen är ute efter.”* Ur ett patientperspektiv tror VC5 att det kan bli svårt att motivera personer utan direkta symptom till att förändra sina levnadsvanor. På VC6 tillfrågas patienterna redan idag om sina levnadsvanor genom en frivillig enkät. Vid införandet av denna fanns en oro för att patienterna skulle känna sig kränkta men så har inte blivit fallet, även om vissa väljer att inte svara. Vidare har VC6 en förhoppning om att uppföljningssamtal kan komma att genomföras i större omfattning.

### **3.3 Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?**

Alla verksamhetschefer, utom VC6, har uttalat att tydliga direktiv behövs från beställarna, vilka i det här fallet är Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSNf), men att dessa ändå bör lämna utrymme för anpassning till lokala förutsättningar avseende befolkning, personal och samverkan med andra aktörer såsom rehabenheter och beroendemottagningar. Samtliga verksamhetschefer uttrycker att ekonomiska resurser har en central roll i förutsättningarna för implementering, såväl i form av ersättningssystem som rent organisatoriskt (personal) inledningsvis.

Åsikterna kring arbetsformer skiljer sig mellan verksamhetscheferna. VC2 uttrycker att det inledningsvis kommer att behövas en extra resurs som arbetar enbart med detta område och som även driver frågan bland personalen för att befästa detta arbetssätt. VC1 tror inte att befintlig personalstyrka behöver utökas, men att det finns ett stort behov av utbildning samt att det organisatoriskt behövs gemensamma visioner och tydliga rutiner. VC3 menar att det visserligen krävs resurser men att dessa borde rekryteras och finansieras mer centralt, av till exempel Centrum för Allmänmedicin (CeFAM). Denna resurs skulle då kunna nyttjas av flera enheter. VC4 anser att förutsättningarna redan finns på enheten i form av kunskap, resurser och synsätt. Samtliga verksamheter är eniga om att den yrkesgrupp som är mest lämpad att ansvara för det hälsopromotiva arbetet är distriktssköterskorna.

VC2 anser att man, när så är möjligt, ska ta tillvara den kompetens som finns hos andra professioner såsom sjukgymnaster, dietister, folkhälso- och friskvårdsarbetare med flera. Med andra ord är det inte nödvändigt att all behandling sker inom primärvårdens väggar. VC6 vill utöka omfattningen av den befintliga verksamhet som i dagsläget bedrivs av en distriktssköterska och ge den ett tydligare genomslag på enheten.

Både VC4 och VC6 betonar vikten av att information kring de nya riktlinjerna sprids till allmänheten på ett bra sätt. Detta för att medvetandegöra vikten av hälsosamma levnadsvanor. Vidare menar VC6 att även skolan, arbetsplatser, företagshälsovård och inte minst politiken och massmedia har stor betydelse i detta arbete. VC2, VC4 och VC6 anser också att om patienten är förberedd på frågor kring sina levnadsvanor vid besöket så kommer det att underlätta arbetet.

Det har även framkommit under intervjuerna att det finns svårigheter med att dokumentera korrekt i journalsystemet. Detta innebär att även om behandlande personal har dokumenterat något kring en levnadsvana kommer det inte med i statistiken och går därmed inte att följa upp. VC4 upplyste om att från och med förra året har hela Stockholms läns sjukvårdsområde samma journalsystem. Utmaningen nu blir att dokumentationen ska utföras på samma sätt på alla enheter för att kunna möjliggöra en tillförlitlig uppföljning. Arbetet med detta pågår.

### 3.3.1 Kostnader

VC1 uttrycker förväntningar på ett omarbetat ersättningssystem som skulle innebära att resurserna prioriteras mot hälsopromotion istället för mot de tillstånd som kan behandlas med egenvård, till exempel förkylning. VC1 säger vidare att *”Jag tror att det kommer gå åt mer tid, det kommer kosta mer.”* VC2 tror att personalkostnaderna kommer öka initialt och upplever att det finns en förståelse för det från Socialstyrelsens håll. VC2 uttrycker vidare att pengarna måste riktas mot relevanta åtgärder *”Det är viktigt att koppla det här till ersättningen om det ska slå igenom. /.../ Det är en riktig förlustmaskin som det är idag.”* ”Förlustmaskin” syftar här till motiverande samtal. VC3 anser att det krävs externa resurser då verksamheten i nuläget redan är ”mättad”. VC6 säger att *”Som jag ser det har vi väldigt dåligt med resurser för att kunna hantera det som verkligen behövs med tanke på hur mycket tid man bedöms kunna lägga på var och en och vi är ju fullsmockade som det är. Men du måste sätta en peng på det för att det ska bli gjort idag det kan vi inte komma ifrån”.* VC5 vill avvakta beställarnas uppdrag och kan därmed inte uttala sig om ekonomiska konsekvenser. VC6 menar att om de ska kunna utveckla arbetet kring levnadsvanor ytterligare så behövs ett ekonomiskt tillskott och inte bara en omfördelning av medel.

### 3.3.2 Realistisk implementeringsplan

Verksamhetscheferna tillfrågades även när i tiden de anser det realistiskt att de nya riktlinjerna kan komma att implementeras i verksamheten. Socialstyrelsen beräknar att den slutgiltiga versionen av riktlinjerna presenteras under tidig höst 2011. VC1 tror att det tidigast kan ske under hösten 2011, eller möjligen under 2012. VC2 tror att implementeringen kommer att ske i samband med beställarnas uppdrag för 2012, men säger också att *”jag tror ändå att folk har fått upp ögonen för att det här kommer att komma och börjar implementera det så smått ändå. Även om ingen kommer att göra det fullt ut förrän beställarna säger att det här ska ni göra.”* VC3 anser att arbetet skulle kunna komma igång omedelbart *”man behöver inte komplicera det hela”*, det som behövs är centrala medel för att rekrytera personal som påbörjar arbetet. VC4 säger att *”dessutom så väntar vi ganska mycket på att se - vad kommer vårt uppdrag bli i det här? För det vet vi inte ännu. Vi arbetar /.../ efter någonting som heter regelboken och vi arbetar fortfarande efter regelboken för 2010 och väntar på 2011.”* VC5 säger att enheten redan nu ska påbörja utvecklingen av det hälsopromotiva arbetet, men att det

krävs en peng för att implementera fullt ut. VC6 menar att det är svårt att uttala sig om då implementeringen kan ta tid för de enskilda landstingen, men troligtvis under 2012.

### **3.4 Hälsopedagoger - en yrkeskategori inom primärvården i framtiden?**

Studien syftar i förlängningen till att undersöka framtida förutsättningar för hälsopedagoger att verka inom primärvården i samband med de nya riktlinjernas fokus på levnadsvanor och livsstilsförändringar.

Synen på huruvida hälsopedagoger kan komma att ha en plats inom primärvården skiljer sig mellan verksamhetscheferna. VC1 svarar kortfattat att *”Det finns det säkert behov av.”* VC2 tror att en hälsopedagog skulle vara nyttigt att ha på plats under implementeringsarbetet för att engagera, entusiasmera och utbilda personalen. Vidare utvecklar denne tanken att *”det kanske inte ska vara distriktssköterskor som håller i alla de här motiverande samtalen. De kanske ska ägna sig åt mera sjukvårdande. Man kanske ska ha en preventiv del på en vårdcentral, som helt enkelt är utbildad för det och jobbar med det tillsammans med övrig personal, som håller i den sjuka delen. Det vore inte alls tokigt! Ja det vore jättebra.”* VC3 uttrycker att det ekonomiskt sett inte finns något utrymme för det. Denne välkomnar dock projekt med ekonomiskt stöd från centralt håll, till exempel CeFAM för att möjliggöra finansiering av en hälsopedagog.

Även VC4, VC5 och VC6 menar att de ekonomiska förutsättningarna samt fördelningen av resurser inte tillåter det i dagsläget. VC4 anser precis som VC3 tidigare uttryckt att det är en yrkeskategori som skulle kunna delas mellan flera enheter. VC5 säger även *”Jag skulle se er som en funktion centralt på något större ställe. Inte på varje vårdcentral, det tror jag inte, så där bara spontant! /.../ vi har ju CeFAM som jobbar på olika sätt med oss. /.../ Man har någon rådgivare eller någon som visar oss vägen att så här ska det se ut, så här kan ni göra och tänk på det här. /.../ men då skulle jag ju vilja se som sagt även för personalen.”* VC6 drar en parallell till den långdragna diskussionen om kuratorers plats inom primärvården, vilken mynnat ut i att flertalet vårdcentraler nu har en kurator. Vidare *”Det beror på hur pass viktigt politiken tycker att det här verkligen är. /.../ I princip alla politiska partier säger idag att man vill att primärvården ska vara bas i sjukvården. Men man visar det inte i handling.*

*/.../ En bra satt primärvård skulle mycket väl kunna innehålla hälsopedagoger också men man visar det inte riktigt.”*

## **4 Diskussion**

Syftet med denna studie var att undersöka hur verksamhetschefer inom primärvården resonerar angående Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Vad de ser för möjligheter och positiva konsekvenser samt vilka hinder och svårigheter de anser föreligger. I en förlängning syftade studien även till att undersöka framtida förutsättningar för hälsopedagoger att verka inom primärvården i samband med ett ökat fokus på levnadsvanor och livsstilsförändringar.

### ***4.1 Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?***

Hur man arbetar med levnadsvanor skiljer sig mycket mellan de olika enheterna som undersöktes i studien. Det som framkom av intervjuerna var att en stor orsak till att det hälsopromotiva arbetet inte prioriteras i större omfattning idag är de ekonomiska förutsättningar som ges. En annan stor orsak var tidsbrist - ”tid är pengar”. Många påpekar att dagens ersättningssystem främst ger ersättning för sjukdomsbehandling och att det hälsopromotiva arbetet inte ger tillräcklig ersättning för den tid som behöver läggas på detta. Vår uppfattning är att viljan finns att arbeta mer hälsopromotivt, men att det idag inte ges förutsättningar för det. Grundersättningen för ett läkarbesök/distriktssköterskebesök är densamma oavsett tidsåtgången. En halsfluss kan läkaren diagnostisera på 10 minuter medan ett samtal kring hälsa kräver mer tid, upp till 45 minuter för ett motiverande samtal. Den enda ersättning som utgår för den extra tid som avsätts för ett motiverande samtal är 50 kronor. I regelboken som SLL utgår ifrån nämns inget om ersättning för motiverande samtal som utförs av läkare, varför det inte är så förvånande att läkarna inte prioriterar detta.

Riktlinjerna är utformade så att någon form av rådgivning om levnadsvanan är grunden för alla åtgärder. Rådgivningen delas in i tre nivåer; kort rådgivning, rådgivning och kvalificerad rådgivning. Rådgivning används idag på samtliga enheter men ingen av enheterna arbetar

idag enligt de tre nivåerna. Vår tolkning är att det vanligast förekommande är den korta rådgivningen och till viss del även motiverande samtal hos distriktssköterskorna.

Tobaksavvänjning finns uttalat på VC1, VC2 och VC6. På VC4 anses det inte vara ett stort problem men det framkommer, något diffust, att det finns distriktssköterskor som arbetar med det. VC3 och även VC5 befann sig i startgrupparna. I denna studie är det alltså fler som har arbete kring tobaksavvänjning än genomsnittet inom landstinget. Här utformades dock frågan hur de *arbetar* med tobaksavvänjning och inte om det finns en *kontaktperson* för detta ändamål.

Nationella folkhälsoenkäten från 2010 visade att nära två av tio män och en av tio kvinnor har riskabla alkoholvanor. Alla enheter utom VC5 har arbete kring alkohol, även om det framkommer något otydligt hur mycket det används. Arbetsformen skiljer sig däremot mellan enheterna. På VC1 har samtliga läkare och distriktssköterskor gått utbildning om alkohol och är involverade i det. På VC6 är det främst läkarna. VC2 har ett nära samarbete med beroendecentrum så enhetens arbete inom området handlar främst om att uppmärksamma och fånga upp riskbruk för vidare remiss. På VC3 finns en sköterska som delas med flera andra enheter och som arbetar endast med alkoholfrågan, både som stöd för personalen och mot patienter. Med tanke på den stora satsningen kring Riskbruksprojektet kan det anses anmärkningsvärt att arbetsformerna är så olika, även om det givetvis är positivt att majoriteten har rutiner för åtgärder mot riskbruk och att det finns utrymme för anpassning till lokala förutsättningar.

I studien framkom att fem av de sex tillfrågade enheterna arbetar med FaR. Även om det sker i mindre utsträckning på majoriteten av enheterna får ändå siffran anses hög med tanke på att FHI:s utvärdering från 2007 visade att endast 34-45 procent av enheterna inom SLL angav att de arbetade med FaR.

Enligt SLL finns det inom landstinget endast 40 dietister, vilka sällan har heltidstjänster. I studien anger samtliga enheter att de har dietister som de kan remittera sina patienter till. Utmärkande är att VC4 har en distriktssköterska på enheten som arbetar mot övervikt. VC6 understryker det som SLL uttalar, att dietisterna i länet inte räcker till. Dietisterna är idag



tvungna att prioritera de redan svårt sjuka och har därmed ingen tid för det förebyggande arbetet.

#### **4.2 Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?**

Samtliga enheter betonar att det är HSNf som utformar deras uppdrag och att det därför är svårt att uttala sig om hur riktlinjerna i slutändan kommer påverka verksamheten. Det kan tolkas som att det inte är givet att uppdraget utformas precis som beskrivs i riktlinjerna och som VC2 påpekar så finns det inga ”skall”-krav i riktlinjerna utan de är utformade som ”bör”. Verksamhetscheferna har ändå resonerat kring hur verksamheten kan tänka påverkas. Vi uppfattar från både VC1 och VC2 att det skulle innebära en ökad arbetsglädje då det finns många inom personalgruppen som anser att ett hälsopromotivt arbete är stimulerande. Även VC5 tror att det finns en stark vilja hos personalen att arbeta med det här. För närvarande hindras det av rådande förutsättningar. Denne ser riktlinjer som en tillgång som ger tyngd åt frågan och tror vidare att de ökar medvetenheten hos personalen. VC6 säger att de redan har kommit så långt de kan komma med rådande förutsättningar. VC3 och VC4 tror inte att det kommer påverka verksamheten i någon större utsträckning. Då riktlinjernas utgångspunkt är att upptäcka de personer som har en ohälsosam levnadsvana men utan befintlig sjukdom eller symptom är det dock svårt att se att hur man ska förmå fånga upp dessa personer om inte rutinerna vid patientbesök förändras så att *alla* tillfrågas om sina levnadsvanor. Någon form av uppsökande verksamhet som får fler att uppmärksamma vikten av hälsosamma levnadsvanor kan också behövas. Vidare är det även viktigt att förmedla att primärvården kan erbjuda hjälp vid livsstilsförändring. Den uppsökande verksamheten skulle kunna bestå av en annons i tidningen om att hjälp finns att tillgå hos den lokala primärvårdsenheten för till exempel problem med övervikt - ”Vi erbjuder dig hjälp och stöd i form av samtal, kostinformation och anpassad fysisk aktivitet”.

Träning inom hälso- och sjukvårdens ramar är något som nedprioriteras i riktlinjerna. VC2 är den enda som, till viss del, erbjuder organiserad träning inom enheten. Vår reflektion är att det många gånger kan vara positivt för individer som är ovana vid träning att få utöva detta tillsammans med andra i samma situation. Det kan medföra att träningen lättare blir av än om

individens hänvisas till lokal friskvårdsaktör, som till exempel Friskis & Svettis. Alternativt att det finns ett *nära* samarbete med en lokal friskvårdsaktör som har grupper anpassade just för detta ändamål.

### **4.3 Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?**

VC2 anser, precis som Sydöstra Sjukvårdsregionen, att man ska ta tillvara på den kunskap som finns inom andra yrkesgrupper och att det därmed kan vara en bra idé att kunna remittera patienter från vårdcentralen till en annan enhet med specialister inom området. Detta underlättas å andra sidan av att detta är en vårdcentral där sjukgymnaster och dietister finns under samma tak och under samma chef. VC6 vill däremot bygga ut enhetens befintliga verksamhet för att kunna ha kvar fler patienter i verksamheten och inte behöva remittera personerna till externa aktörer. SLL anser att rådgivningen kan ske antingen på vårdcentralen eller genom att remittera till annan instans. Många vårdgivare inom SLL tror dock, precis som samtliga verksamhetschefer i denna studie, att det kan vara svårt att genomföra längre motiverande samtal utifrån de ekonomiska ramarna inom verksamheten.

Flera landsting anser att det ofta är den korta rådgivningen som personalen har tid med vid patientmötet och att denna i flera fall ses som ett första steg i förändringen. Både VC4 och VC6 säger också att det många gånger handlar om att väcka tanken hos patienten.

Socialstyrelsen betonar att bemötandet vid frågor om levnadsvanor måste ske med stor lyhördhet och respektfullhet för individen. Formuläret som VC6 använder sig av kan därför vara en bra metod eftersom patienten själv får skatta om denne anser sig i behov av hjälp. Då patienten svarar på detta formulär före besöket sker det också utan yttre påverkan. Detta följer även det som regeringen skriver i folkhälsopropositionen om att det är viktigt att ge individerna möjlighet att formulera sina problem samt att få möjligheter att finna lösningar på dessa. VC6 understryker också vikten av frivillighet, att du som behandlare alltid måste ha respekt för individen. Detta är något denne vill vara tydlig med i och med införandet av de nya riktlinjerna.

Regeringen skriver i propositionen att dagens ersättningssystem innebär att livsstilsinterventioner ofta bortprioriteras till förmån för andra insatser, vilka belönas mer av

dagens ersättningssystem. Vi uppfattar att det är detta som enheterna i den här studien ser som det största hindret och något som *måste* förändras om de ska kunna prioritera ett mer hälsopromotivt arbetssätt. I intervjuerna var detta ständigt återkommande, att verksamheterna ligger precis på gränsen till ekonomisk balans eller till och med i negativ balans. Det innebär att som ersättningen är utformad idag är det inte ekonomiskt möjligt att prioritera det hälsopromotiva arbetet, som också beräknas ta mycket tid i anspråk. Att det i regelboken för 2011 inte finns några förändringar kring ersättning för motiverande samtal eller annan evidensbaserad metod för livsstilsförändring kan därför anses mycket förvånande om det finns en målsättning att detta ska ske i större utsträckning. Det regeringen uttrycker i sin proposition verkar med andra ord inte visa sig på landstingsnivå. Det är svårt att se hur primärvården ska kunna agera i enlighet med regeringens avsikter om det inte stöds av landstinget. Kan detta ha att göra med att det i riktlinjerna är formulerat som ”bör” och inte ”ska”?

Under intervjuerna framkom att det finns svårigheter med att dokumentera korrekt i journalen kring levnadsvanor. Flertalet landsting, bland annat SLL, har påpekat i remissvaren att för att det ska vara möjligt att följa upp att riktlinjerna efterföljs och utförs krävs att det finns bra och validerade beskrivande diagnos- och åtgärds-koder kopplade till riktlinjerna och att detta journalförs. Detta saknas idag.

Samtliga verksamhetschefer betonar distriktssköterskornas betydelse i det sjukdomsförebyggande arbetet. Vår uppfattning är att det egna intresset hos läkare och sköterskor många gånger är avgörande för omfattningen av enhetens hälsopromotiva arbete. Dessa eldsjälur väljer själva att vidareutbilda sig inom området och driver arbetet framåt. De bör också ses som en tillgång på enheten för att motivera och entusiasmera sina medarbetare att sträva åt samma håll. Verksamhetschefens intresse och inställning har också stor betydelse. Detta kan härledas både på VC1, VC2 och VC6 där vi tolkar att verksamhetscheferna själva har ett stort intresse för området vilket avspeglas i verksamheten.

I riktlinjerna framgår att det kommer behövas kompetensutveckling av *befintlig* personal men inte tillskott av ny personal. Flera enheter betonar dock att det har varit svårt att omsätta utbildningen, i till exempel MI, till praktisk användning i den dagliga verksamheten. Det finns en risk i att överskatta effekten av utbildning då ett arbetssätt ofta är inarbetat och att det

krävs mer än enbart utbildning för att kunna omsätta den nya kunskapen i praktiken. Med anledning av detta vore hälsopedagoger som en ny yrkeskategori inom primärvården ett fördelaktigt tillskott för att underlätta implementeringen av arbetet enligt de nya riktlinjerna. Storstockholms Diabetesförening betonar även de i remissvaren att ”högskoleutbildade hälsopedagoger är en yrkesgrupp som inte får glömmas bort i detta arbete med levnadsvanor, eftersom de är specifikt utbildade för att arbeta med just detta”. Då frågan tagits upp vid intervjuerna har samtliga ställt sig positiva till idén, även om de samtidigt påpekat att det idag inte finns ekonomiskt utrymme.

#### **4.4 Slutsats**

Slutsatsen är att även om verksamhetscheferna ställer sig positiva till ett mer hälsopromotivt arbetssätt så finns en betydande skepsis till att arbetet med patienterna kommer att förändras i enlighet med avsikten i riktlinjerna. En sammanfattande aspekt, som får ses som direkt avgörande, är att ersättningssystemet måste ses över så att evidensbaserade preventiva metoder främjas genom ersättning. Det är inte heller självklart att en resurs ska vara anställd av enheten utan kan utgöras av en extern resurs från till exempel CeFAM, alternativt delas av flera enheter.

Med tanke på nuvarande höga arbetsbelastning uppfattar vi att verksamhetscheferna är rädda att en utökad satsning på hälsopromotivt arbete kan komma att missgynna de redan sjuka. Det dämpar i viss mån deras entusiasm.

För att underlätta en implementering behöver kunskap om riktlinjerna spridas till gemene man. Det är av stor vikt att även massmedia, politiker, företagshälsovård och skola är involverade i arbetet. Utbildning av befintlig personal medför inte automatiskt en förändring i den dagliga verksamheten och kan anses otillräckligt. Vi uppmanar således berörda beslutsfattare att överväga involvering av högskoleutbildade hälsopedagoger i arbetet med implementering av ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder”.

#### **4.5 Vidare forskning**

Införandet av dessa riktlinjer är ett stort steg för folkhälsan. Det som framkommer i såväl riktlinjerna som i remissvaren är frågan om var och i viss mån vem som ska utföra arbetet

med stöd till livsstilsförändring. Framtida forskning bör fokusera på vilken arbetsform som kan anses mest lönsam ur ett hälso- och samhällsekonomiskt perspektiv samt vad som ger bäst nytta för individen; Att ha all kompetens på samma enhet men inom olika professioner - ett team bestående av till exempel dietist, sjukgymnast, hälsopedagog, distriktssköterska och kurator? Möjlighet att remittera till speciell instans där kompetensen finns, till exempel beroendemottagning, lokala friskvårdsaktörer, överviktsenheter och ”rökavvänjningsklinik”? Att varje primärvårdsenhet har en resurs som har kompetens inom hela levnadsvaneproblematiken, till exempel en hälsopedagog eller distriktssköterska?

## Käll- och litteraturförteckning

### Tryckta och elektroniska källor

Fixsen, D.L., Naom, S.F., Blasé, K.A., Friedman, R.M., Wallace, F. (2005). *Implementation reserach: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. <http://community.nicic.gov/blogs/norvalmorris/archive/2007/11/05/culture-mapping-the-terrain.aspx> [2011-03-15].

Hassmén, N. & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. *Internationella HPH-nätverket*. <http://www.natverket-hfs.se/internationella-hph-natverket> [2011-02-14].

Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. *Välkommen till nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS)*. <http://www.natverket-hfs.se/> [2011-02-03].

Knight, KM., McGowan. L., Dickens, C. & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*, vol. 11, s. 319–332.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews – Learning the craft of qualitative research interviewing*. 2. uppl. Los Angeles: SAGE Publications Inc.

Malterud, K (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. 2:1 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin. *Intervention*. <http://www.ne.se/lang/intervention/984573> [2011-03-01].

Nationalencyklopedin. *Primärvård*. <http://www.ne.se/kort/primärvård> [2011-03-29].

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.

Socialdepartementet (2002). *Regeringens proposition 2002/03:35: Mål för folkhälsan*. <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf> [2011-01-21].

Socialdepartementet (2008). *Regeringens proposition 2007/08:110: En förnyad folkhälsopolitik*. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf> [2010-11-11].

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder - Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010 - Preliminär version*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18147/2010-10-15.pdf> [2010-11-08].

Socialstyrelsen. *Preliminär version: Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/sjukdomsforebyggandemetoder> [2010-12-01].

Socialstyrelsen (2008). *En utvärdering av alkoholförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården 2006–2007*. [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8604/2008-103-6\\_20081036.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8604/2008-103-6_20081036.pdf) [2011-01-21].

Socialstyrelsen (2009a). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 – sammanfattning*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Sammanfattning%20och%20slutsatser.pdf> [2011-01-20].

Socialstyrelsen (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 – Hälsoriktad hälso- och sjukvård*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utveckling%20Hälsoriktad%20hälso%20och%20sjukvård.pdf> [2011-01-20].

Statens Folkhälsoinstitut. *Mer om riskbruksprojektet*. 2008-10-30.

[http://www2.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_9151.aspx](http://www2.fhi.se/templates/Page____9151.aspx) [2011-02-15].

Statens Folkhälsoinstitut (2010a). *Levnadsvanor: Lägesrapport 2009*.

<http://www.fhi.se/PageFiles/8590/R2010-03-Levnadsvanor-Lagesrapport-2009.pdf> [2011-01-17].

Statens Folkhälsoinstitut. *Levnadsvanor: Lägesrapport 2009*.

<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Levnadsvanor-Lagesrapport-2009/> [2011-01-20].

Statens Folkhälsoinstitut (2009). *Slutrapport av regeringsbeslut avseende uppdrag att ta fram ett utbildnings- och fortbildningspaket avseende metoden motiverande samtal och fysisk aktivitet på recept*. <http://www.fhi.se/Documents/Om-oss/redovisade-uppdrag/2009/Slutrapport-utbildningspaket-mi-och-far-090715.pdf> [2011-01-25].

Statens Folkhälsoinstitut (2010b). *Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa – allas ansvar*.

<http://www.fhi.se/PageFiles/10555/R2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf> [2010-11-11].

Statens Folkhälsoinstitut. *Övergripande mål för folkhälsa*. 2010-11-02.

<http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/> [2010-11-11].

Statens Folkhälsoinstitut. *Alkoholvanor*. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Alkoholvanor/> [2011-01-26].

Statens Folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten 2010: Fysisk aktivitet – resultat 2010*.

<http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Fysisk-aktivitet/> [2011-01-21a].



Statens Folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten 2010: Matvanor – resultat 2010*.  
<http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Kostvanor/> [2011-01-21b].

Statens Folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten 2010: Tobaksvanor – resultat 2010*.  
<http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Tobaksvanor/> [2011-01-21c].

Statens Folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten 2010: Alkoholvanor – resultat 2010*.  
<http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Alkoholvanor/> [2011-01-21d].

Statens Folkhälsoinstitut. *Nio av tio vårdcentraler skriver ut fysisk aktivitet på recept. 2010-05-10*. <http://www.fhi.se/Aktuellt/Nyheter/Nio-av-tio-varldcentraler-skriver-ut-fysisk-aktivitet-pa-recept/> [2011-01-24].

Statistiska Centralbyrån. *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF). 2009-03-25*.  
[http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_\\_189835.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart____189835.aspx) [2011-02-14].

Stockholms läns landsting (2009). *Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010*. <http://www.sll.se/Handlingar/HSN/2009/15%20september/05%20HSN%200908-0727%20Bilagor.pdf> [2011-03-02].

Stockholms läns landsting (2010). *Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2011*.  
[http://www.sll.se/Handlingar/HSN/2011/\(3\)%2015%20februari/3%20regelböcker/6%20Regelbok%202010%20hlm101117\(94924\)\\_TMP.pdf](http://www.sll.se/Handlingar/HSN/2011/(3)%2015%20februari/3%20regelböcker/6%20Regelbok%202010%20hlm101117(94924)_TMP.pdf) [2011-03-02].

Stockholms läns landsting (2005). *Landstingsrevisorerna*.  
<http://www.sll.se/Handlingar/Landstingsfullm%C3%A4ktige/2006/2006-01-24/H%C3%A4so-%20och%20sjukv%C3%A5rdsroteln/Yttrande%20%C3%B6ver%20revisionsrapport/sam-1706.pdf> [2011-02-28].

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur.

## I författarnas ägo

Socialstyrelsen (2011). *Inkomna synpunkter: Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder preliminär version 2010*.

Utskrifter från bandupptagning av intervjuer med informant 1, 2, 3, 4, 5 och 6.

## Bilaga 1

### Litteratursökning

Syftet med studien är att undersöka hur verksamhetschefer inom primärvården resonerar angående Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I en förlängning syftar studien även till att undersöka framtida förutsättningar för hälsopedagoger att verka inom primärvården.

- Hur arbetar primärvården med patienters ohälsosamma levnadsvanor idag?
- Hur anser verksamhetschefer inom primärvården att Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kommer att påverka deras verksamhet?
- Vad krävs för att möjliggöra genomförandet av de nya riktlinjerna?

### Vilka sökord har du använt?

Motivational interviewing, MI, lifestyle, chang\*, review.

### Var har du sökt?

*CSA och PubMed*

### Sökningar som gav relevant resultat

CSA: Motivational interviewing or MI and lifestyle and chang\*  
Pub Med: Motivational interviewing or MI and lifestyle review

### Kommentarer

Mycket av textmaterialet som använts för studien har hämtats direkt från sökningar på Socialstyrelsens och Folkhälsoinstitutets (FHI) hemsidor (se käll- och litteraturförteckning).

## Bilaga 2

### Intervjuguide

#### Bakgrundsfrågor

Hur många anställda har ni på vårdcentralen?

Vilka yrkeskategorier finns representerade?

Hur är de fördelade?

Hur många patienter finns inskrivna hos er?

Hur många besök har vårdcentralen per dag i genomsnitt?

Hur stor del av din arbetstid utgörs av chefsarbete respektive patientmottagning?

Hur många av de anställda har fått utbildning i rådgivning (MI eller motsvarande) under 2010?

Hur många dagar omfattade utbildningen?

#### Nulägesanalys

Vad är hälsopromotivt arbete på en vårdcentral?

I vilken utsträckning arbetar ni idag med patienternas livsstil (tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor)?

- Arbetsformer
- Ansvarsfördelning
- Resurser
- Prioriteringar

#### Nya riktlinjer

Hur anser du att socialstyrelsens riktlinjer kommer att påverka er verksamhet?

I riktlinjerna nämns olika typer av rådgivning som främsta metod för arbete med livsstilsfrågor. Hur används rådgivning i er verksamhet idag?

- *Kort rådgivning* (ca 10 minuters rådgivning/information utan uppföljning)
- *Rådgivning* (ca 10-30 minuters patientcentrerat samtal med uppföljning)
- *Kvalificerad rådgivning*, (tidsmässigt mer omfattande än rådgivning, teoribaserad och strukturerad t.ex. motiverande samtal, MI)

Hur kvalitetssäkrar ni den rådgivning ni använder er av idag?

## **Eventuella förändringsbehov**

Vad tycker du att socialstyrelsen har fångat bra i riktlinjerna?

Finns det något i riktlinjerna som du anser är svårt att genomföra?

Vilka förändringar i er verksamhet kan krävas avseende:

- Arbetsformer
- Ansvarsfördelning
- Resurser

## **Genomförande**

Har du några tankar om hur ett implementeringsarbete skulle kunna se ut?

Hur fångar ni upp personer som befinner sig i riskzonen för livsstilsrelaterade sjukdomar?

## **Förväntningar**

Vad får de nya riktlinjerna för konsekvenser?