



# Vårdval Stockholm, Husläkarverksamheten och det hälsofrämjande arbetet

En studie med utgångspunkt från vårdens professioner

*Helene Johansson*

Apr 2011

Folkhälsa och klinisk medicin/epidemiologi och global hälsa



## Sammanfattning

Denna rapport är ett resultat av en undersökning som genomfördes på uppdrag av Stockholms läns landsting. Undersökningen fokuserade på Vårdval Stockholm, husläkarverksamheten och det hälsofrämjande arbetet. Det övergripande syftet var - att utifrån ett organisationsperspektiv - studera förutsättningar för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete. Målgruppen för undersökningen var vårdpersonal. Med vårdpersonal avses: leg läkare, ST-läkare, specialistläkare, leg sjuksköterskor, distriktssköterskor, undersköterskor, kuratorer, psykologer och terapeuter. Ansvariga för undersökningen var forskare Helene Johansson samt professorerna Urban Janlert och Lars Weinehall, vid Avdelningen för Epidemiologi och Global Hälsa, Umeå universitet. För innehållet i rapporten ansvarar Helene Johansson (helene.johansson@epiph.umu.se).

I en första fas genomfördes ett antal intervjuer med vårdpersonal på slumpmässigt utvalda husläkarmottagningar. Syftet med intervjuerna var att få en inblick i personalens synsätt, erfarenheter och frågeställningar kring hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete. Specifikt var avsikten att undersöka vilken roll de anser att husläkarverksamheten generellt, och de själva har i ett hälsofrämjande perspektiv, samt vilka möjligheter och hinder de upplever i vårdens sätt att fungera som organisation och struktur. I en andra fas genomfördes en enkätundersökning i samarbete med SCB. Intervjuerna, Stockholms Läns Landstings Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, samt en tidigare genomförd forskningsstudie från Västerbotten, utgjorde underlag för enkätfrågorna. Förutom ett antal frågeområden med fasta svarsalternativ fanns möjligheter att bifoga egna kommentarer. Enkäten besvarades av 1448 anställda. Av dessa, uppgav 121 individer att de förutom att arbeta kliniskt också hade en chefsbefattning. Dessa individer ingår i totala undersökningsgruppen men har också analyserats separat (chefsbefattning).

Enkätundersökningen visade att det finns en positiv inställning till hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete i husläkarverksamheten och att det på ett stort antal mottagningar förs samtal om hur arbetet kan utvecklas. De hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser som svarsgruppen ansåg viktigast att utveckla var *"Arbeta med stöd och behandling av ohälsa kopplat till riskbruk av alkohol"* och *"Delta i befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete som bedrivs lokalt av kommunen eller andra aktörer"*. *"Hälsosamtal med 75-åringar"* upplevdes av 68 % av respondenterna som ett meningsfullt uppdrag för husläkarverksamheten men 50 % skulle hellre lägga resurserna på någonting annat. I de bifogade kommentarerna efterfrågas från vårdpersonalens sida större möjligheter att själva få bestämma innehållet i de hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatserna, liksom till vilken grupp/vilka grupper insatserna ska riktas.

Mellan 32 % (undersköterskor) och 81 % (kuratorer/psykologer/terapeuter) av de professionella grupperna rapporterade att hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande i hög eller mycket hög utsträckning utgör en del av deras egna arbetsuppgifter. Sextiotvå procent av respondenterna uppgav att de vill arbeta mer hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande. Som grupp var distriktssköterskorna (81 %) mest angelägna.

Det två största hindren för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete som studien identifierar, är en pressad arbetssituation och en inadekvat ekonomisk ersättning, där i princip enbart produktion av "sjukvård" ger lönsamhet. Den produktionsrelaterade besöksersättningen anges premiera många och korta besök samtidigt som hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser trängs undan. Av de professionella grupperna var det allmänläkarna som i störst utsträckning rapporterade dessa hinder (93 % resp. 63 %). Flertalet av kommentarerna i enkätformulären förtydligar ytterligare orsaker till den pressade arbetssituationen samt beskriver den målkonflikt som uppstår när tiden inte räcker till för både sjukvårdande och förebyggande arbete.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Inledning .....	5
Hälsoorientering av sjukvården .....	5
Vårdval.....	6
Ersättningsprinciper .....	7
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i Vårdval .....	7
Vårdval Stockholm/Husläkarverksamheten .....	8
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser .....	8
Ersättningsvillkor .....	8
Utvärdering av Vårdval Stockholm .....	9
Syfte .....	9
Metod .....	9
Studiedesign och kontext .....	9
Intervjuer.....	9
Enkätundersökning.....	10
Etiska överväganden .....	11
Resultat .....	12
Intervjuer.....	12
Hälsofrämjande insatser på husläkarmottaningarna .....	12
Hälsosamtal med 75-åringar .....	12
Psykosociala insatser .....	13
Integrerad BVC.....	13
Distriktssköterskerollen .....	13
Samarbete med andra professioner/aktörer .....	13
Enkätundersökning.....	13
Svarsfrekvens och svarsgruppens egenskaper.....	13
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på husläkarmottaningarna .....	15
Hälsosamtal med 75 åringar .....	21
Den egna hälsofrämjande rollen .....	21
Hinder för hälsofrämjande arbete.....	22
Sammanfattande diskussion.....	26
Referenser.....	29
Bilagor.....	31

# Inledning

## Hälsoorientering av sjukvården

Ottawamanifestet, slutdokumentet från WHO:s första konferens 1986 om hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete, betonar några centrala utvecklingsområden för hälsoutvecklingen [1]. En av dessa är omorientering av hälso- och sjukvården mot hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete. Ett internationellt bokslut över de första 20 åren som publicerades 2007 bedömde insatserna för hälsoorientering av sjukvården som den del i Ottawamanifestet som varit minst framgångsrik [2].

De propositioner beträffande målen för folkhälsan som Sveriges riksdag antagit 2003 [3] och 2008 [4] bekräftar också denna del av Ottawamanifestet genom att precisera "En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård" som ett av 11 nationella målområden.

Det senaste decenniet har ett aktivt utvecklingsarbete pågått inom svensk sjukvård i syfte att utveckla hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete. Det internationella 20-årsbokslutet konstaterade också att Sverige är ett av de få länder som mer aktivt försökt omorientera vården i denna riktning. Hittills är dock förutsättningarna för hälsoorientering sparsamt studerad inom hälso- och sjukvårds- forskningen.

För att belysa en central komponent i hälsoorienteringen har forskare vid Umeå universitet fokuserat på personalens roll. En rad fokusgruppdiskussioner genomfördes med vårdens stora professioner representerade [5, 6]. Utifrån teman i den kvalitativa analysen genomfördes en enkätstudie 2006 bland 11 kliniskt verksamma vårdyrkesgrupper i Västerbotten. Majoriteten av de 1220 som besvarade enkäten angav att man för egen del företrädde en holistisk syn på hälsa. Samtidigt menade man att hälso- och sjukvården som system är uppbyggt utifrån ett uttalat biomedicinsk perspektiv och att ett hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande förhållningssätt därmed har svårt att få plats [7]. Den övervägande majoriteten såg hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete som en självklar uppgift för hela hälso- och sjukvården och betonade att den hälsofrämjande/ sjukdomsförebyggande rollen måste utvecklas, som ett viktigt steg mot en effektivare hälso- och sjukvård. Sjuttio procent av de anställda i primärvården ansåg att hälso- och sjukvården borde ägna sig mer åt att förhindra sjukdom än att behandla den och 60% ville utveckla sin egen hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande roll [8].

Fokusgruppdiskussioner med landstingspolitiker, landstingsdirektörer och chefer för primärvård/vårdcentraler har visat att det finns en målkonflikt där kravet på tillgänglighet och vårdbehov tränger undan det förebyggande arbetet. Utifrån Socialstyrelsens (SoS) bedömning saknas resonemang och visioner om hur hälso- och sjukvården ska utvecklas i en hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande riktning. Därför efterlyste SoS genomgripande förändringar där signaler från de som äger systemet (politiker, ledning) är väldigt viktiga. [9]

Även SKL [10] har fört samtal med landstingsledningarna och menar att kunskaper och erfarenheter kring hur man kan arbeta hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande finns redan nu men att dessa inte används på ett konstruktivt och systematiskt sätt.

Studier av distriktssköterskors hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete [11,12] visar att byråkrati är ett hinder liksom traditionen på arbetsplatsen, d v s att sjukvårdande och administrativa åtgärder ges företräde. Distriktssköterskorna menar att utformningen av de ekonomiska ersättningsmodellerna är mycket viktiga då de påverkar möjligheterna att arbeta hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande. De efterfrågar stöd från sjukvårdshuvudmannen, chefer och system.

Internationell forskning visar att förmågan till effektivt hälsofrämjande arbete på individnivå både är beroende av personliga egenskaper som attityder, kunskaper och färdigheter och av resurser [13-16]. Med resurser avses tidsutrymme för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete och professionell

Apr 2011

Folkhälsa och klinisk medicin/epidemiologi och global hälsa

utveckling, stödjande infrastrukturer, stöd från ledning och arbetskamrater samt tillgång till adekvata finansiella resurser. Samtidigt pekar forskningen på att möjligheterna att arbeta hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande till stor del påverkas av faktorer som personalen har begränsad kontroll över. Det avgörande är istället vilka egenskaper som karaktäriserar organisationen. Faktorer kopplade till engagemang, kultur, struktur och resurser kan både möjliggöra och försvåra en hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande praktik. Organisationens kapacitet för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande är i sin tur beroende av en mängd omgivningsfaktorer kopplade till bl. a politisk vilja och allmänhetens uppfattningar och förväntningar [17].

## Vårdval

Samtidigt med pågående insatser för att utveckla vårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete med primärvården som nyckelrollsinnehavare, har Vårdval genomförts i svensk primärvård [18]. Vårdvalet innebär att alla landsting och regioner är skyldiga att ge medborgarna rätt att välja vårdcentral, privat eller offentlig. Alla vårdgivare som uppfyller kraven som respektive landsting beslutat om har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Vid inrättande av vårdvalssystem ska landstingen tillämpa lagen om valfrihetssystem (LOV). Grunderna i ersättningssystemet är att pengarna ska följa befolkningens val och att privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika. Det är upp till landstingen själva att besluta om ersättningens närmare utformning.

Utifrån egna initiativ, har flera landsting/regioner sedan tidigare utvecklat vårdvalsmodeller i primärvården; Halland jan 2007, Västmanland och Stockholm jan 2008, Kronoberg mars 2009, Region Skåne maj 2009, Östergötland sep 2009 samt Västra Götalandsregionen okt 2009. Anell [19] fann i sin jämförelse av dessa landsting/regioner att det på en övergripande nivå fanns flera likheter mellan de mål som var formulerade för vårdvalssystemen men att det också fanns stora skillnader avseende hur man ville att primärvården skulle utvecklas på sikt, hur brett verksamhetsansvar vårdenheterna skulle ha samt hur ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheterna var utformade. För att förstå skillnader i utformningen av vårdvalsmodeller och dess effekter bör man vara medveten om skillnader i kontexten och de politiska målsättningarna med införande av vårdval [20].

Samtidigt med dessa initiativ uttrycktes från flera håll oro över att hälsoorienteringen inom primärvården skulle avstanna, om antalet prestationer snarare än hälsoeffekt blev ersättningsgrundande. En studie genomförd 2008 visade att läkarkåren inte gav någon av de då prövade vårdvalsmodellerna godkänt betyg. Omdömet var bl.a. att fokus var för stort på tillgänglighet medan det preventiva arbetet fått stå tillbaka [21]. I en PRO-rapport oroades över att vårdvalets ersättningssystem skulle leda till att förebyggande insatser skulle komma i kläm [22], medan Vårdförbundet påtalade, utifrån en studie bland medlemmar med erfarenhet av arbete i vårdvalssystem, att folkhälsoarbetet måste ges väsentligt större utrymme i de olika modellerna [23].

Också Socialstyrelsen deltog i denna diskussion och förordade inför vårdvalsbeslutet i Riksdagen att vårdenheterna skulle stimuleras att uppnå resultat uttryckt i hälsoeffekter snarare än i antal besök och att styr-, lednings- och ersättningssystem borde utvecklas så att de både skulle ge incitament för utveckling av vårdens kvalitet och resultat, och omfatta såväl ett sjukdomsförebyggande som ett hälsofrämjande arbetssätt. Men Riksdagen gav ändå via sin proposition "Vårdval i primärvården" (prop. 2008/09:74) landstingen ansvaret att via sina ersättningssystem själva definiera vårdvalsmodellens innehåll och precisera eventuellt hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande uppdrag, vilket också blev Riksdagens beslut.

## Ersättningsprinciper

Valet av ersättningsprincip har stor betydelse för verksamhetens inriktning och omfattning och är följaktligen ett sätt att styra hälso- och sjukvården mot önskade mål. Fast ersättning betalas ut per listad individ oberoende av prestation. Fast ersättning bedöms öka fokus på låga vårdkostnader, dvs kostnadskontroll, och därmed kunna motivera vårdgivaren till särskilda hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser, liksom till hög kvalitet och effektivitet i arbetet. Detta premierar bland annat färre och grundligare besök liksom satsningar på preventiva åtgärder om dessa bedöms kostnadseffektiva. [24]

Rörlig ersättning, ofta kallad prestationsersättning, utgår per besök, utförd åtgärd eller baseras på resultat. Rörlig ersättning sätter fokus på produktivitet i avsikt att därigenom öka effektiviteten exempelvis via en styrning mot fler men kortare besök. Därmed blir det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet mer beroende av om vårdgivaren får betalt för det eller inte. [19,24]

Hur bra en ersättningsprincip kommer att fungera i praktiken påverkas till stor del av uppgiftens karaktär men också av en rad faktorer i den miljö som den ska verka i. För att utnyttja ersättningsprincipernas positiva egenskaper och minska de negativa utgörs ofta i praktiken den totala ersättningen av en blandning av olika ersättningsprinciper [24]. Anell [19] fann i sin jämförelse i februari 2009 att samtliga landsting/regioner med undantag av Stockholm tillämpade en mycket stor andel fast ersättning, minst 80 %. Men trots likheter i andelen fast och rörlig ersättning fanns betydande skillnader i hur de beräknades inom olika vårdvalssystem.

Hur ersättningssystemens utformning påverkar utförandet av arbetet inom hälso- och sjukvården har än så länge endast studerats i begränsad omfattning. Det finns dock indikationer som tyder på att den medicinska professionen upplever minskad autonomi och minskad tillfredsställelse med sitt arbete i takt med att man, i ersättningssystem som fokuserar prestationsersättning, känner sig alltmer kontrollerade av ekonomiska faktorer [25]. Den inre motivationen, dvs den egna drivkraften som bygger på känslor av meningsfullhet och tillfredsställelse av att utföra en viss aktivitet, kan undermineras av den insyn och kontroll som en ersättningsprincip (yttre motivation) medför [26]. Å andra sidan finns möjligheten att det kan uppfattas stimulerande om effektivare arbetssätt premieras på ett sådant sätt att det syns i det egna lönekuvertet.

## Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppdragsbeskrivningar

Sveriges kommuner och landstings (SKL) kartläggning [27] visade att det för 2010, hos samtliga landsting/regioner, fanns hälsofrämjande/förebyggande arbete i uppdragsbeskrivningarna för vårdval i primärvård. Men variationen var stor från att enkelt uttrycka att hälsofrämjande och förebyggande är viktigt till att mer detaljerat definiera och beskriva vad uppdraget innebär. Målbeskrivningar fanns i form av övergripande formuleringar eller i särskilda beskrivningar av det vårdenheten ska uppnå med det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Den vanligaste uppföljningsparametern berörde livsstilsvanorna i form av utförd aktivitet. Målens närmare formulering påverkar inte bara möjligheterna till uppföljning och måluppfyllelse utan utgör också incitament för vårdenheterna att ändra beteende. Målen måste uppfattas som viktiga bland berörda yrkesgrupper [28]

SKL's kartläggning [27] visade också att ersättningssystemen precis som vårdvalsmodellerna var olika utformade. I basuppdraget och därmed också i basersättningen ingick hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser som ett av flera områden. Utöver det fanns en målrelaterad ersättning kopplad till hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete hos ca hälften av landstingen/regionerna. Förutom storleken av den målrelaterade ersättningen påverkas effekterna troligen även av vilka målandikatorer som ersättningen avser (struktur, process eller resultatmätt), vilka regler som gäller för att vårdgivaren ska kvalificera sig för ersättningen, hur ofta ersättningen betalas ut och inte minst av hur svåra målen är att nå [20].

Apr 2011

Folkhälsa och klinisk medicin/epidemiologi och global hälsa

## Vårdval Stockholm/Husläkarverksamheten

Vårdval Stockholm infördes 1 januari 2008 för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård och psykosocial kompetens, barnhälsovård, fotsjukvård, mödrahälsovård och logopedi. Vårdval Stockholm har sedan dess kontinuerligt utökats med fler typer av vårdverksamheter. [29]. Syftet med Vårdval Stockholm var att underlätta för befolkningen att aktivt välja vårdgivare/mottagning och att förbättra tillgängligheten genom att öka mångfalden av vårdgivare [30]. De auktoriserade mottagningarna ska följa de krav som ställs i respektive vårdverksamhets Regelbok [31]. För husläkarverksamhet gäller att man aktivt listar sig hos en namngiven läkare eller mottagning.

I uppdragsbeskrivningen för husläkarverksamheten [31] framgår att den ska svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Vidare framgår att vårdgivaren ska förmedla ett hälsofrämjande synsätt genom att informera, stödja och motivera patienten att ta eget ansvar för sin hälsa. Helhetssyn, kontinuitet, närhet och tillgänglighet ska utgöra grundstenarna i verksamheten. Vidare framgår att uppdraget omfattar: mottagningsverksamhet, rådgivning och hembesök, basal hemsjukvård, psykosociala insatser med särskild kompetens samt läkarjourmottagning i form av närakut. För uppdraget krävs medicinsk, omvårdnads och beteendevetenskaplig kompetens.

### **Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser**

I beskrivningen av vårdtjänsten framkommer att den bl a omfattar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (inkl STI-arbete). Vårdgivaren skall;

- arbeta för förebyggande, tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot bl. a övervikt, rökning, alkohol, och psykisk ohälsa. Barn och unga ska särskilt beaktas.
- ge kunskap om och stöd till egenvård
- erbjuda hälsosamtal till listade patienter som fyller 75 år under kalenderåret. Hälsosamtalen ska utföras av distriktssköterska i samverkan med kommunen.
- ge distriktssköterska eller sjuksköterska med specialistutbildning inom diabetes, astma/KOL som särskilt uppdrag att utföra insatser och tillämpa samtalsmetodiken "Motiverande samtal" eller annan evidensbaserad metod för samtal när det gäller livsstilsförändringar.

Under rubriken "Samverkan" framgår också att vårdgivaren bör delta i det befolkningsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet som bedrivs lokalt av kommuner/stadsdelar och andra aktörer för att gemensamt åstadkomma förbättringar kring livsstilsfrågor.

### *Hälsosamtal för 75-åringar*

Syftet med hälsosamtal för 75-åringar är att ge de äldre bättre förutsättningar att hantera sitt eget åldrande och på så sätt bidra till god livskvalitet, - hälsomässigt, funktionsmässigt och socialt. Samtalet som ska utgå från den äldres behov kan exempelvis beröra områden som fysisk aktivitet, kost, boende, social gemenskap, och delaktighet. Som en del av samtalet kan hälsokontroll erbjudas. [34]

### **Ersättningsvillkor**

Med införandet av Vårdval Stockholm så förändrades ersättningsmodellen för vårdgivarna i och med att man frångick den tidigare ersättningen baserat på socioekonomiskt index. Det socioekonomiska indexet som ingick i ersättningen utgjorde ca 7 % av den totala ersättningen men för enskilda enheter kan det ha haft stor betydelse [35].



Uppdragsrelaterad ersättning innebär att Vårdgivaren utifrån tre åldersgrupper får kapiteringsersättning per listad individ. Kapiteringsersättningen utgör dels basersättning för att utföra uppdraget, dels kompletterande ersättning för sådana tjänster som inte ersätts eller inte helt ersätts med en produktionsrelaterad ersättning, exempelvis samverkan i vård- och rehabiliteringsfrågor. Den utgör också ersättning för sjukvårdsrådgivning och hälsofrämjande arbete. En ersättning betalas också ut per patient som är inskriven i den basala hemsjukvården.

Den produktionsrelaterade ersättningen (prestationsersättning) betalas ut i form av en rörlig besöksersättning som avgörs av vilken yrkeskategori som svarat för besöket (läkare, sjuksköterska, undersköterska, kurator/psykolog). Extra ersättning betalas ut för hembesök, besök i geografiskt avlägsna områden och särskilda åtgärder. Exempel på särskilda åtgärder är hälsosamtal för 75-åringar samt motiverande samtal om livsstilsförändring utförda av distriktssköterskor. Ett tak finns för ersättning för motiverande samtal om livsstilsförändring, där utbetalning görs för högst 10 % av totala antalet distriktssköterskebesök. Utifrån ett antal indikatorer utbetalas också en bonusersättning alternativt faktureras vite en gång per år samt utbetalas en åtgärdsersättning för specificerade arbetsuppgifter. [31]

### ***Utvärdering av Vårdval Stockholm***

Vårdval Stockholm har följts upp och utvärderats kontinuerligt [30,32,33,35-37]. Fokus har bl a varit på utveckling av vårdutbud, listning, besöksfrekvens, läkemedelsförskrivning, utfall för socioekonomiskt tunga områden och kostnadsutveckling. Exempelvis visar uppföljningen av husläkarsystemet 2010 att läkarbesöken sedan 2006 ökat med i genomsnitt 5 % per år medan sköterskebesöken minskat med 2 % [37].

## **Syfte**

Det övergripande syftet med uppdraget var, att utifrån ett organisationsperspektiv, studera förutsättningar för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser på auktoriserade husläkarmottagningar i Stockholms län. Specifikt var avsikten att undersöka vilken roll vårdpersonalen anser att husläkarverksamheten generellt, och de själva har i ett hälsofrämjande perspektiv samt vilka möjligheter och hinder de upplever i vårdens sätt att fungera som organisation och struktur.

## **Metod**

### **Studiedesign och kontext**

Rapporten bygger på ett kvantitativt och ett kvalitativt dataset. Det kvantitativa datasetet utgörs av en enkätundersökning. Det kvalitativa datasetet består av djupintervjuer och skrivna kommentarer som deltagarna bifogat formuläret i enkätundersökningen. Målgruppen för undersökningen var vårdpersonal på husläkarmottagningar, Vårdval Stockholm. Med vårdpersonal avses: ST-läkare, leg läkare, specialistläkare, leg sjuksköterskor, distriktssköterskor, undersköterskor, kuratorer, psykologer och terapeuter.

### **Intervjuer**

För att få en djupare inblick i personalens uppfattningar, erfarenheter, tankar och förväntningar kopplat till Vårdval Stockholm, Husläkarverksamheten och hälsofrämjande arbete, beslutades att starta med en kvalitativ studie. Avsikten var också att den kvalitativa studien skulle generera frågor till enkätundersökningen. Målsättningen var att genomföra så många intervjuer att teoretisk mättnad skulle

uppnås (max 40). Med det menas att ytterligare intervjuer inte skulle generera någon ny väsentlig information, intervjupersonerna skulle bara upprepa vad tidigare respondenter sagt.

### ***Urval och procedur***

Samtliga husläkarmottagningar fick via mail till verksamhetscheferna information om den planerade undersökningen angående uppdragsgivare, syfte och design. De informerades också om att ett slumpmässigt urval skulle göras av tio privata och tio landstingsdrivna husläkarmottagningar och att mer detaljerad information skulle skickas ut i ett senare skede till de utvalda mottagningarna. Innan urvalet gjordes meddelade ett antal mottagningar att de pga. den rådande arbetsbelastningen inte var intresserade av att delta.

Ett mail skickades i början av maj 2010 till verksamhetscheferna på de utvalda husläkarmottagningarna med mer detaljerad information om den kvalitativa studien. De uppmanades att i samråd med de anställda, identifiera en läkare, distriktssköterska, undersköterska, samt en kurator, psykolog eller terapeut som kunde tänka sig att delta i en intervju, enskilt eller i grupp. De erbjöds också möjligheten att bli intervjuade via telefon. Verksamhetscheferna på fyra av de utvalda mottagningarna meddelade att de inte ville medverka. Anledningarna som gavs var hög arbetsbelastning, att det inte ingick i deras uppdrag, att de inte fick betalt för att medverka, samt att de redan var "sönderstuderade". Sammanlagt erbjöd sig tre husläkarmottagningar att medverka. Övriga mottagningar hörde inte av sig trots påminnelse.

### ***Datainsamling***

Sammanlagt genomfördes fem telefonintervjuer, under perioden maj-aug 2010. Intervjuerna spelades in med tillåtelse av informanterna (2 distriktsläkare, 2 distriktssköterskor, 1 kurator). Som underlag för intervjuerna användes en guide med följande teman:

- uppfattningar om hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete, generellt
- uppfattningar om husläkarverksamhetens hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande uppdrag
- uppfattningar om den egna hälsofrämjande/ sjukdomsförebyggande rollen
- erfarenheter av hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete
- förutsättningar och hinder för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

### ***Analysprocess***

Eftersom endast fem intervjuer genomfördes uppnåddes ingen teoretisk mättnad. Ingen regelrätt kvalitativ analysmetod har använts. Informanterna har betraktats som en grupp och data har sammanfattats utifrån syftet att fånga en variation av uppfattningar.

## **Enkätundersökning**

Enkätstudien gjordes i samarbete med SCB. Den genomfördes som en postenkät med en påminnelse, under perioden maj till juli 2011. Populationen utgjordes av vårdanställda på privata och landstingsdrivna husläkarmottagningar i Stockholms län.

### ***Urval***

Deltagarna i enkätstudien representerade leg läkare, ST-läkare, allmänläkare, läkare med annan specialistkompetens, leg sjuksköterskor, distriktssköterskor, leg sjuksköterskor med annan vidareutbildning, undersköterskor, kuratorer, psykologer och terapeuter. Eftersom det inte fanns något register över anställda gjordes urvalet manuellt. Först gjordes en sökning på [www.vardguiden.se/hitta\\_vard](http://www.vardguiden.se/hitta_vard) och

omsorg/ vårdcentraler/personal på mottagningen. Som ett andra steg gjordes en sökning på husläkarmottagningarnas egna hemsidor. I de fall där uppgifterna om anställda skiljde sig åt mellan Vårdguiden och hemsidorna användes uppgifterna från hemsidorna. Sökningarna pågick under perioden februari-april 2011. Sammanlagt identifierades 2752 individer med yrke och namn. Dessa var fördelade på 105 privata och 69 landstingsdrivna husläkarmottagningar. Ett antal husläkarmottagningar hade inga uppgifter om personalen och vissa hade bara uppgifter om en av yrkeskategorierna, vanligtvis läkarna.

### **Procedur**

Som underlag till enkätfrågorna användes uppfattningar och frågor genererade av de inledande telefonintervjuerna samt en tidigare enkätundersökning genomförd bland vårdanställda i Västerbottens läns landsting [38]. Uppgifter om det hälsofrämjande uppdraget hämtades ifrån Regelboken för husläkarverksamhet, 2011.

Ett mail skickades till verksamhetscheferna med information om enkätundersökningen. Enkäten skickades till deltagarnas arbetsplatser 30 maj 2011, tillsammans med ett portoförsett svarskuvert. En påminnelse tillsammans med en ny enkät gick ut till dem som inte besvarat enkäten den 14 juni. Insamlingen avslutades av SCB den 4 juli. Under sommaren inkom ytterligare 136 enkäter. Dessa matades manuellt in i datafilen av författaren till rapporten (Helene Johansson).

### **Enkätens innehåll**

Enkäten mätte demografiska variabler i form av kön, yrke, huvudman (privat, offentlig) och arbetsuppgifter. Sammanlagt sex frågeområden med fasta svarsalternativ var relaterade till den egna och husläkarmottagningarnas hälsofrämjande roll. Ett av frågeområdena (6a-f) hade svarsalternativen "Jag instämmer helt/Jag instämmer delvis/Jag tar delvis avstånd/Jag tar helt avstånd. Svaren dikotomiserades sedan till två kategorier, "Instämmer" och "Instämmer ej".

Viljan att utveckla den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande rollen mättes med frågan, *Arbetar du hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande i den utsträckning som du själv önskar?* Svarsalternativen var: Ja/Nej, jag vill arbeta mindre/Nej, jag vill arbeta mer. De respondenter som svarade "Nej, jag vill arbeta mer" ombads också att rapportera hinder för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete genom att välja ett fritt antal av 12 potentiella hinder. Ett av svarsalternativen var öppet för egna kommentarer.

I anslutning till två av frågeområdena fanns möjligheter att skriva egna kommentarer. Det fanns också möjligheter att lämna synpunkter på själva enkätundersökningen samt att uppge om man var intresserad av att medverka i en uppföljande kvalitativ telefonintervju.

### **Analys**

Grupperna kuratorer, psykologer och terapeuter slogs ihop till en grupp → kur/psy/ter. Jämförelser av yrkesgrupper har gjorts på de stora grupperna: leg. läkare, allmänläkare, leg sjuksköterskor, distriktssköterskor, undersköterskor och kur/psy/ter. Könsskillnader har analyserats enbart på leg läkare och allmänläkare. Av respondenterna uppgav 121 individer att de hade en chefsbefattning. Denna grupp ingår i totala undersökningsgruppen men har också analyserats separat (chefsbefattning). Dataprogrammet PASW Statistical 18 användes för beskrivande analyser. Chi-square test användes vid jämförelse av grupper. P-värden mindre än 0,05 ansågs signifikanta.

### **Etiska överväganden**

Verksamhetscheferna informerades om delstudierna. Deltagarna i intervjuerna informerades i ett mail om syftet med undersökningen, att deltagandet var frivilligt och att sekretessen skulle säkerställas i hela forskningsprocessen. För deltagarna i enkätundersökningen fanns samma typ av information på enkätformulärets framsida.

Apr 2011

Folkhälsa och klinisk medicin/epidemiologi och global hälsa

## Resultat

Resultatet från de kvalitativa inledande telefonintervjuerna presenteras i form av korta tematiska sammanfattningar. Det kvantitativa enkätresultatet redovisas växelvis med sammanfattningar av svarsgruppens totalt 589 egna kommentarer. För att illustrera hur de kvalitativa sammanfattningarna är grundade i data har även ett stort antal citat inkluderats i resultatredovisningen. I bilaga 1-21 redovisas resultatet för varje enskild enkätfråga i tabellform.

## Intervjuer

### *Hälsofrämjande insatser på husläkarmottaningarna*

En av allmänläkarna uttryckte att allmänläkare och distriktssköterskor alltid arbetar med ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv invävt i de dagliga besöken då det är i mötet med individen man kan påverka. Det är ett traditionellt sätt att arbeta och har inte påverkats speciellt av Vårdval Stockholms införande. Det som diskuteras är relaterat till rökning, fetma och motion. Att "prata alkohol" ansågs inte vara lika inarbetat. Viljan finns att utveckla det hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbetet, men pga. begränsade resurser upplevdes möjligheterna små. Om det fanns mer resurser skulle dessa användas till att i större utsträckning erbjuda patienterna rökslutarstöd, spendera mer tid på patienter med diabetes och övervikt, och till att starta gruppverksamhet inriktad på kost och motion. Det fanns också en önskan att arbeta mer befolkningsinriktat, t ex att upprätta kontakt med barn och ungdomar i kommunen för att arbeta med de behov som finns. De unga rökarna beskrevs som ett stort hälsoproblem och som en grupp som inte är så synlig på husläkarmottagningarna.

Hur mycket uppdraget från Beställaren påverkar husläkarmottagningarnas hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, beror på. En informant menade att om "ideologin" finns på vårdcentralen, är uppdraget inte så viktigt. Om ledningen däremot saknar "ideologin", är det viktigt med ett tydligt och styrande uppdrag. En annan informant menade att uppdraget styr på så vis att man kanske är mer uppmärksam på hälsofrämjande/förebyggande åtgärder. Kuratorn önskade att få vara engagerad i gruppverksamhet, exempelvis i en "sluta röka grupp". Hon trodde det var avtalet som styrde, d.v.s. att kuratorerna endast får ersättning för behandlingar. I det individuella behandlingsarbetet brukade kuratorn dock emellanåt inkludera motiverande samtal för livsstilsförändring, vilket upplevdes som ett stimulerande och roligt sätt att arbeta på.

När det gäller rapporteringen av hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser framkom synpunkter på att detta tar för mycket tid. Man vill hellre använda tiden till att bedriva hälsofrämjande arbete. Det framkom också synpunkter på att det är svårt att registrera och mäta hälsofrämjande insatser när de är integrerade i det ordinarie arbetet. En informant påtalade att registreringen av motiverande samtal görs olika på olika vårdcentraler och att registreringen kan vara falskt låg.

### *Hälsosamtal med 75-åringar*

Både allmänläkarna och distriktssköterskorna hade åsikter om uppdraget Hälsosamtal med 75-åringar. Uppdraget beskrevs som roligt men tidskrävande. Ersättningsprincipen för samtalen har betydelse för att de blir utförda. Medan en informant påpekade att de flesta 75-åringar tackar ja till samtalen, menade en annan att 75-åringarna redan har kontakt med vårdcentralen och att många tackar nej. Hälsosamtal med 75-åringar beskrevs också som ett "märkligt påbud uppifrån" och som "ett uppdrag som inte är mest angeläget" för den egna husläkarmottagningen. Om husläkarmottagningen t.ex har många unga patienter eller många invandrare, vore det bättre att få anpassa uppdraget utifrån dessa gruppers behov.

***Psykosociala insatser***

Det framfördes synpunkter på att det är uppdraget som styr hur man arbetar med psykosociala insatser och inte de verkliga behoven. En av informanterna uttryckte hur viktigt det är att ha en egen psykolog på vårdcentralen för att ta hand om depressioner, ångest och fobier. Kuratorn beskrev sin patientgrupp som mycket "tung". Diskussioner fördes om att starta gruppverksamhet med inriktning mot stress och sömnstörningar.

***Integrerad MVC och BVC***

Det betonades hur viktigt det hälsofrämjande arbetet är på MVC och BVC. En av informanterna påpekade fördelarna med att ha MVC och BVC integrerade på husläkarmottagningarna då det ger större möjligheter att följa familjerna.

***Distriktssköterskerollen***

En av allmänläkarna beskrev distriktssköterskan som den viktigaste resursen på vårdcentralen. En av distriktssköterskorna å andra sidan, beskrev hur hennes yrkesroll har förändrats sedan Vårdval Stockholm infördes (kanske började det redan tidigare). Distriktssköterskan beskrev sitt arbete som mindre självständigt jämfört med tidigare. Uppdraget innebär att man utför mer sjuksköterske- än distriktssköterskeuppgifter. Dessutom ingår inte det befolkningsinriktade hälsofrämjande arbetet i uppdraget, vilket beskrevs som distriktssköterskans roll. Distriktssköterskan menade att yrkesrollen har urholkats då man numera mer tjänstgör som kringpersonal och som assistent till läkarna. Möjligheterna till att arbeta med hälsofrämjande uppgifter upplevdes som begränsade. Ytterligare en informant beskrev att man dragit ned på antalet distriktsskötersketimmar men att man ändå försöker värna om det sekundärpreventiva arbetet.

***Samarbete med andra professioner/aktörer***

Samarbetet med andra professioner, utifrån patienternas behov, beskrevs av allmänläkarna och distriktssköterskorna som i grunden bra. Samtidigt framkom synpunkter på att man tidigare har arbetat mer i team och vårdlag. Både läkarna och distriktssköterskorna menade att eftersom man inte har ett befolkningsinriktat uppdrag har också arbetet i områdesgrupper och samarbetet med andra aktörer minskat allteftersom. Tidigare har man haft mycket kontakt med närområdets förskolor, skolor och socialtjänst. I de fall där det finns etablerade kontakter, tas kontakt vid behov, men det beskrevs ske alltmer sällan. Kuratorn beskrev sig som ensam i sin yrkesutövning. Träffar med andra kuratorer bortprioriteras pga. kravet på ett visst antal patientbesök. Informanterna uttryckte önskemål om ett större "grundkoncept" i Vårval Stockholm (bredare uppdrag, fler professionella grupper).

**Enkätundersökning*****Svarsfrekvens och svarsgruppens egenskaper***

Totalt utsändes 2752 enkäter, varav 1448 återsändes ifyllda. Den övergripande svarsfrekvensen blev därmed 53 % (landstingsanställda 55 %, privatanställda 50 %) och varierade mellan de professionella grupperna enligt följande:

- leg sjuksköterska/leg sjuksköterska med vidareutbildning/distriktssköterska, 63 %
- kurator/psykolog/terapeut, 61 %
- leg läkare, allmänläkare, specialistläkare övrig, 45 %
- undersköterska, 42 %

Tabell 1 visar antalet respondenter fördelade på yrke, kön, huvudman och arbetsuppgifter. Av de 1448 individer som besvarade enkäten var 1122 kvinnor (77 %). Drygt hälften (52 %) arbetade på privata husläkarmottagningar. Av respondenterna, uppgav 121 individer att de förutom att arbeta kliniskt också hade en chefsbefattning, se tabell 2.

Av allmänläkarna har 20 individer också uppgivit annan specialistutbildning. I gruppen "specialistläkare övrig" finns följande specialiteter representerade: företagshälsovård, geriatrik, gynekologi, idrottsmedicin, infektion, invärtesmedicin, kirurgi, klinisk kemi, neurologi, nefrologi, pediatrik, psykiatri och socialmedicin.

ST-läkarna ingår i grupperna leg läkare eller allmänläkare, då svarsalternativet ST-läkare saknades.

Av respondenterna angav 7 individer att de var AT-läkare.

I gruppen "leg sjuksköterska övrig utbildning" finns bla a specialister i företagshälsovård och psykoterapi representerade.

Av terapeuterna har 18 individer också uppgivit yrke kurator, fyra har uppgivit yrke psykolog, en har uppgivit leg sjuksköterska och två individer har uppgivit yrke distriktssköterska. Kuratorer, psykologer och terapeuter har slagits ihop till en grupp. Sjuksköterskan och distriktssköterskorna representerar endast sina respektive professioner

**Tabell 1 Antal svarande fördelade på yrke, kön, huvudman och arbetsuppgifter.**

	AT-läkare	Leg läkare	Allmän läkare <sup>a</sup>	Spec läkare övr	Leg sjuksk	Distr. sköt	Leg sjuksk övr vidare utb	Under-sköt	Kur <sup>b</sup>	Psy <sup>c</sup>	Ter	Total
<b>Total</b>	7	163	444	29	132	487	27	99	47	18	39	1448
<b>Kön<sup>1</sup></b>												
Kvinna	2	101	226	15	124	479	39	92	44	10	35	1122
Man	5	62	217	14	8	7	0	5	2	8	4	318
<b>Huvudman<sup>2</sup></b>												
Landsting	5	78	198	14	66	230	15	50	32	4	18	682
Privat	2	85	244	14	66	253	24	48	15	12	21	753
<b>Arbetsuppgifter<sup>3</sup></b>												
Mottagning	7	163	434	24	115	427	33	81	34	17	33	1317
Hemsjukvård	1	50	212	13	41	378	13	60	0	1	2	754
Barnhälsovård	0	28	108	3	0	27	2	0	1	1	0	168
Mödrhälsovård	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	5
Reception	0	2	4	0	15	28	3	43	0	0	0	95
Telefonrådgivn	1	27	82	4	87	335	23	12	2	2	4	566
Provtagning	0	2	5	1	37	147	11	56	0	0	1	254
Annat	0	3	18	5	10	47	5	11	15	1	9	108

<sup>1</sup> Ej svar (n=8), <sup>2</sup> Ej svar (n=13), <sup>3</sup> Uppgivit flera alternativ, <sup>a</sup> Även uppgivit alternativ specialist läkare övr (n=20), <sup>b</sup> Även uppgivit alternativ terapeut (n=18), <sup>c</sup> Även uppgivit alternativ terapeut (n=4)

Tabell 2. Antal svarande med chefsbefattning fördelade på yrke, kön och huvudman

	Allmän- läkare	Distrikts- sköterska	Övr	Total
<b>Total</b>	83	30	8	121
<b>Kön</b>				
Kvinna	44	30	7	81
Man	39	0	1	40
<b>Huvudman</b>				
Landsting	24	16	2	42
Privat	59	14	6	79

### **Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på husläkarmottagningarna**

Svarsgruppens uppfattningar om den egna husläkarmottagningens/arbetsplatsens syn på hälsofrämjande /sjukdomsförebyggande arbete redovisas i tabell 3 och bilaga 1-5.

En stor andel (90 %) instämde helt eller delvis i påståendet att det finns en positiv inställning till hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete på husläkarmottagningen där man arbetar. Nästan lika många (84 %) ansåg också att hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande är en del av det dagliga arbetet. Dock menade drygt hälften (56 %) att det hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbetet är koncentrerat till vissa personer eller yrkesgrupper. Bland medarbetarna ansåg 61 % att husläkarmottagningarna prioriterar hälsofrämjande/ sjukdomsförebyggande arbete. Motsvarande siffra för chefsgruppen var 72 % (landsting 83 %, privat 67 %). Totalt instämde 64 % i påståendet att det finns en outnyttjad potential för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete. I vilken utsträckning man höll med om detta var för chefsgruppen signifikant relaterat till huvudman (landsting 76 %, privat 51 %) och yrke (allmänläkare 49 %, distriktssköterska 87 %), samt för medarbetarna till yrke (49 %-74 %). Åttiofem procent av cheferna och 68 % av medarbetarna menade att det förs en diskussion på husläkarmottagningarna om hur det hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbetet kan utvecklas.

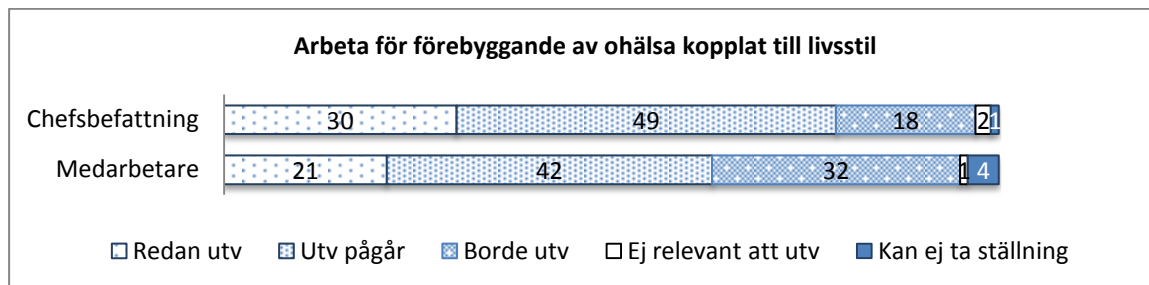
Figur 1-9 visar i vilken utsträckning respondenterna ansåg att det på den egna husläkarmottagningen/arbetsplatsen finns behov av att utveckla olika hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser. Generellt ansåg cheferna i större utsträckning att dessa insatser redan var utvecklade eller att utveckling pågick medan medarbetarna ansåg att de borde utvecklas. Bland cheferna ansåg allmänläkarna i större utsträckning att insatserna redan var utvecklade jämfört med distriktssköterskorna som ansåg att de borde utvecklas (bilaga 7-14). Även bland medarbetarna fanns det skillnader i uppfattningar relaterade till yrke (bilaga 7-14). Den hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insats som de flesta av respondenterna ansåg redan var utvecklad var "Arbeta med stöd och behandling kopplat till tobaksbruk" (27 %). De insatser som respondenterna ansåg viktigast att utveckla var "Arbeta med stöd och behandling av ohälsa kopplat till riskbruk av alkohol" (46 %) samt "Delta i befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete som bedrivs lokalt av kommunen eller andra aktörer" (46 %).

**Tabell 3 Uppfattningar om det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet på den egna husläkarmottagningen/arbetsplatsen.**

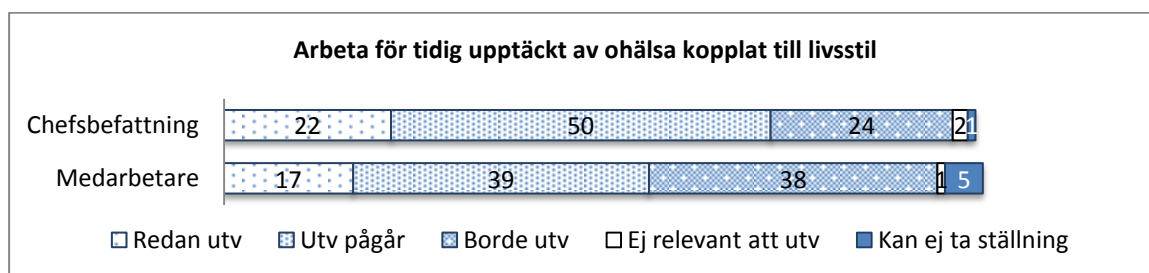
	Vi har en positiv inställning till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande är en del av det dagliga arbetet	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är koncentrerat till vissa personer/ yrkesgrupper	Vi prioriterar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	Det finns en outnyttjad potential för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	Vi för en diskussion om hur vi kan utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet
	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer	% instämmer
<b>Total</b>	90	84	56	62	64	70
<b>Chefsbefattning</b>	95	94	51	72	60	85
<b>Huvudman</b>						
Landsting	95	100 *	62	83 *	76 **	93
Privat	95	91	46	67	51	82
<b>Yrke</b>						
Allmänläkare	96	100 **	45 *	75	49**	90
Distriktssköterska	90	87	67	70	87	80
<b>Medarbetare</b>	89	83	56	61	64	68
<b>Huvudman</b>						
Landsting	90	84	58	65	63	71
Privat	88	82	54	58	64	66
<b>Yrke</b>						
Leg läkare	90	86 **	56 **	69 ***	72 ***	71 **
Allmänläkare	92	88	53	63	49	72
Leg sjuksköterska	89	76	57	54	66	58
Distriktssköterska	88	80	58	58	74	68
Undersköterska	90	81	65	67	56	66
Kur/Psyk/Ter	87	84	47	63	65	62
<b>Kön<sup>1</sup></b>						
Kvinna	90	87	53	68	58	73
Man	92	88	55	62	54	70

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \*p<0.005, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

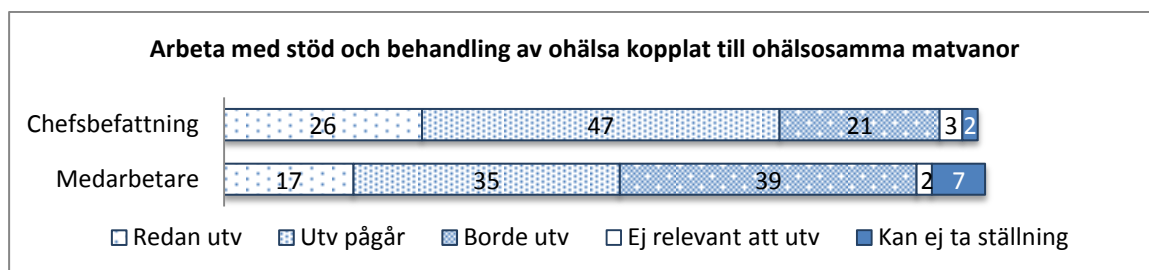




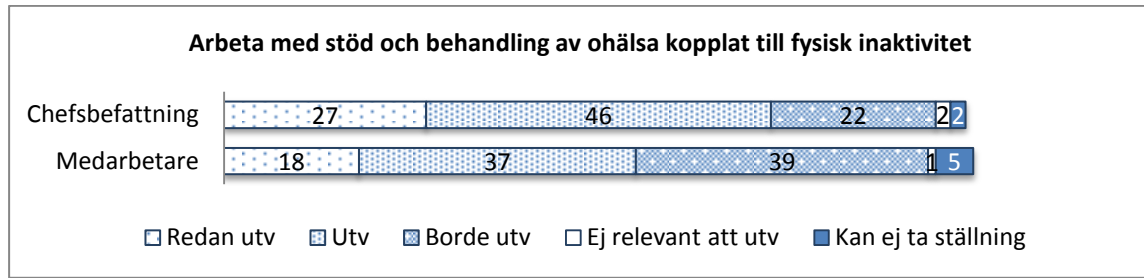
**Figur 1** Rapporterat behov (%) av att utveckla arbetet med att förebygga ohälsa kopplat till livsstil



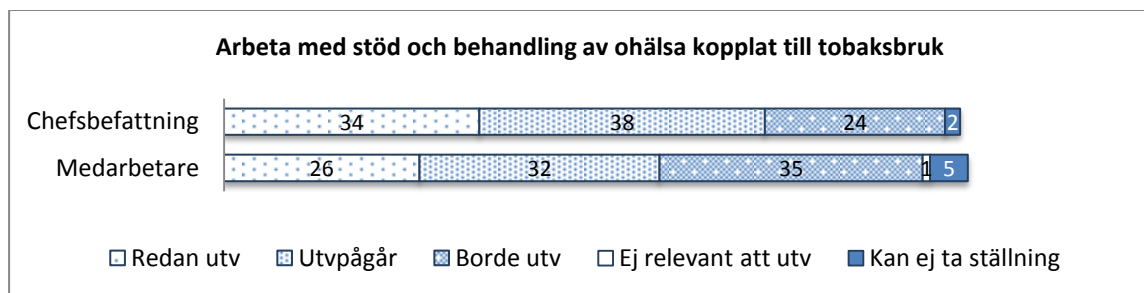
**Figur 2** Rapporterat behov av (%) att utveckla arbetet för tidig upptäckt av ohälsa kopplat till livsstil



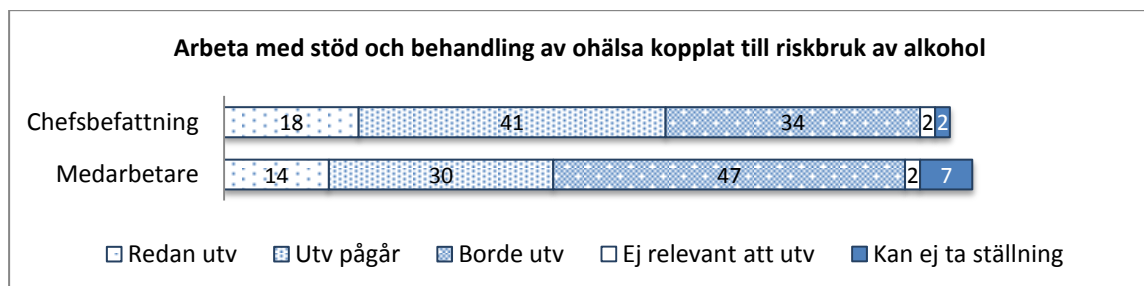
**Figur 3** Rapporterat behov (%) av att utveckla arbetet med stöd och behandling av ohälsa kopplat till ohälsosamma matvanor



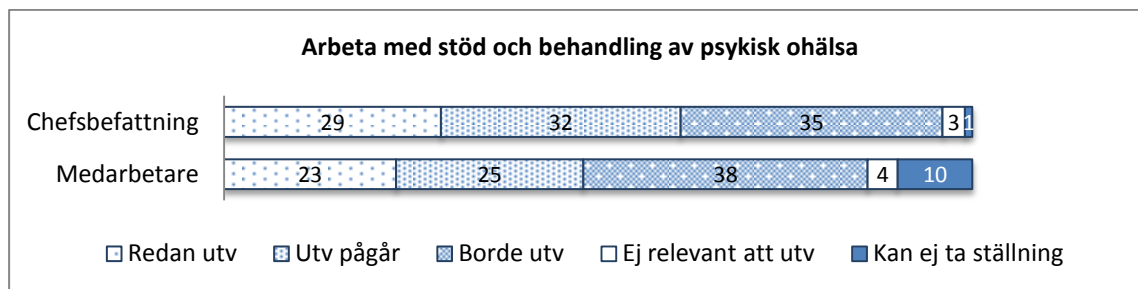
**Figur 4** Rapporterat behov (%) av att utveckla arbetet med stöd och behandling av ohälsa kopplat till fysisk inaktivitet



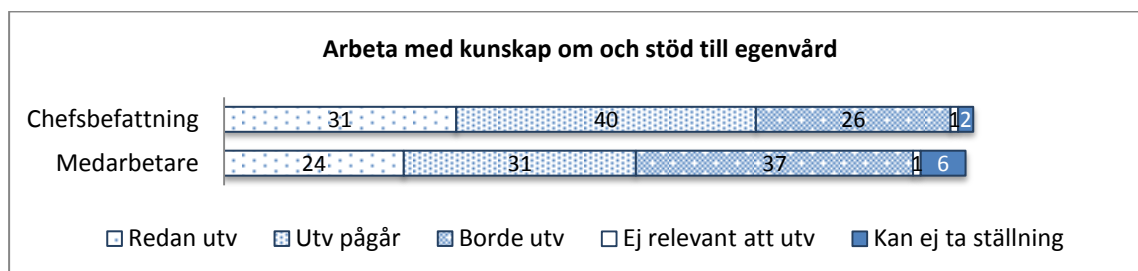
**Figur 5** Rapporterat behov (%) av att utveckla arbetet med stöd och behandling av ohälsa kopplat till tobaksbruk



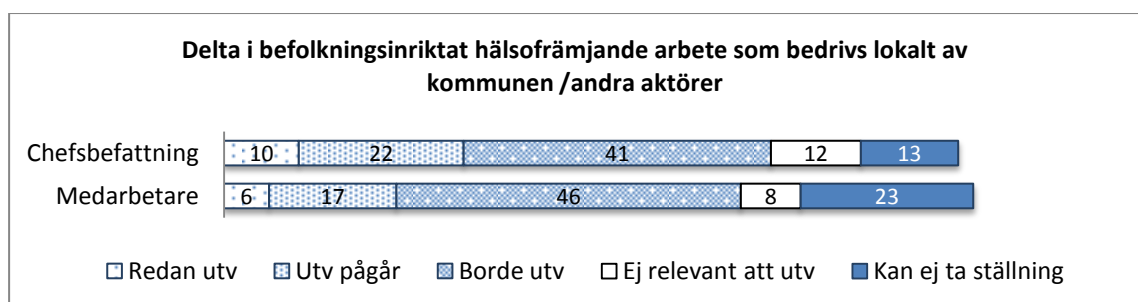
**Figur 6** Rapporterat behov (%) av att utveckla arbetet med stöd och behandling av ohälsa kopplat till riskbruk av alkohol



**Figur 7** Rapporterat behov (%) av att utveckla arbetet med stöd och behandling av psykisk ohälsa



**Figur 8** Rapporterat behov (%) av att utveckla arbetet med kunskap om och stöd till egenvård



**Figur 9** Rapporterat behov (%) av att utveckla deltagandet i befolkningsinriktat arbete som bedrivs lokalt av kommunen/andra aktörer

Genom att skriva egna kommentarer i anslutning till frågan om eventuella behov av att utveckla det hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbetet, har respondenterna illustrerat det engagemang som finns och de aktiviteter som redan pågår på husläkarmottagningarna.

*På vår vårdcentral är vi mycket angelägna om förebyggande vård, vi har mycket förebyggande vård*

*Både läkare och distriktssköterska arbetar med dessa frågor dagligen på individnivå*

*Information och samtal angående livsstilsfaktorer sker där det är relevant för besöksorsaken. Inga program riktade till frisk befolkning.*

*Icke farmakologisk livsstilsbehandling är en naturlig del i verksamheten*

*Många av livsstilsfaktorerna ingår alltid i diabetessjuksköterskans arbete.*

*Vi genomför hälsosamtal med 75-åringar, MI samtal gällande livsstil ... dock ej strukturerat*

*Vi är med i projekt avseende nutrition och undernäring bland äldre i stadsdelen.*

*Vi deltar i ett EU-projekt där IT kan användas bl.a. till att sprida kunskap och göra patienter delaktiga i vården*

*Under sommaren/hösten 2011 pågår ett forskningsprojekt på vårdcentralen om hur vi ska implementera Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor*

*Arbetar sen en tid med riktat hälsoarbete mot befolkning i upptagningsområdet som löper ökad risk för ohälsa.*

*Har fyss-sköterska som har kontakt och samarbete med aktuella friskvårdsaktörer.*

*Vi har förutom "röra på sig", alkohol, tobak och kostrådgivning börjat diskutera när vi ska ta upp diskussionen om det dolda våldet i nära relationer*

Ett antal respondenter har i sina kommentarer illustrerat att man är medveten om värdet av hälsofrämjande insatser samtidigt som man anser att det saknas resurser för att vidareutveckla arbetet. Andra kommentarer angav att man pga. resurs/tidsbrist har tvingats avveckla ett fungerande hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete.

*Inom primärvården förstår vi behoven av hälsofrämjande insatser men vi måste prioritera de svårt sjuka först. Alltså blir det svårt att både utveckla och genomföra det preventiva arbetet i någon större skala.*

*Det som hindrar utvecklingen är den tidsbrist som uppstått pga. vårdval + nytt journalsystem*

*Vi vill inget annat än utveckla detta men pga. alla "hostor och halsar" som kommer första sjukdagen så finns det ingen tid!!*

*Innan vårdval Stockholm infördes hade vi rökavvänjningsgrupper och tema "kost-hälsamotion," som drevs av en sjuksköterska. Tyvärr har vi tvingats upphöra med detta eftersom det tar för mycket tid och det är "pinnar" som räknas.*

*Vårdvalet och tidsbristen har förstört det som vi byggt upp*

Några av respondenterna uttrycker, utifrån den tidsbrist som råder, ett ifrågasättande om husläkarmottagningarna ska bedriva hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete. Istället borde man bli ännu bättre på att ta hand om de som är sjuka.

*De flesta hälsofrämjande alternativ är säkerligen bra, men får ställas mot den tid det tar och den sjukvård som behöver prioriteras högre*

*... vårt primära uppdrag är väl ändå att ta hand om de som är sjuka!? Måste finnas tid för detta i första hand*

*Primärvården i allmänhet borde bli bättre på att omhänderta sjuka och därmed avlasta akutsjukvården.*

*Det är viktigt med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete... Vi kan göra det på individnivå med våra patienter, men generellt måste friskvård ligga på annan instans*

*Huvuddelen av hälsofrämjande arbete ska utföras av kommun, skola, idrottsföreningar, socialstyrelsen etc...*

### **Hälsosamtal med 75 åringar**

En stor andel av respondenterna (68 %) instämde helt eller delvis i påståendet att "Hälsosamtal med 75-åringar är ett meningsfullt uppdrag för husläkarverksamheten". Samtidigt angav 70 % av cheferna (allmänläkare 78 %, distriktssköterska 53 %) och 48 % av övriga medarbetare att resurserna hellre borde läggas på någonting annat (se bilaga 16-18). Några av de kritiska respondenterna bifogade egna kommentarer i enkätformuläret och uttryckte bl a att 75-åringarna är för friska, att de redan har kontakt med sjukvården och att de redan har präglat sin livsstil. Istället anser man att resurserna ska satsas på andra åldersgrupper. Både yngre och äldre grupper föreslogs.

*Glad att ni frågade om 75- års samtal. De ska läggas på kommunen inte sjukvård.*

*... vårt distrikt har 20 patienter per år [75-åringar], resten är för unga, men sjuka, feta, rökande etc. Det finns inte inom ramen...*

*75-års samtal borde göras om till 80-års samtal pga. att de flesta 75-åringar är för friska.*

*Hälsosamtal för 75-åringar är ej meningsfullt. De som behöver samtal får det oftast. De som ej behöver blir snarast kränkta när en distriktssköterska tränger sig på i hemmet och ställer privata frågor om vikt, alkohol och mattor på golvet som man kan snubbla på.*

*Slösa inte en distriktssköterskas tid med att åka hem till 75-åringar som redan har präglat sin livsstil, redan har kontakt med sjukvården etc.*

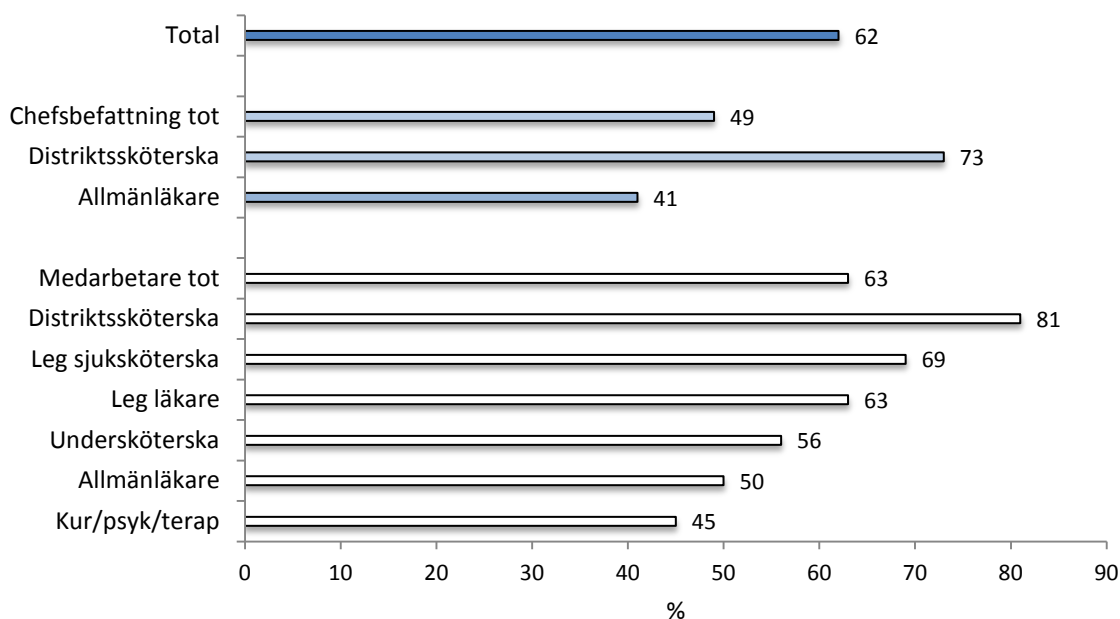
*Hälsosamtal borde inriktas på ex 50-åringar som är mer motiverade att ändra livsstil än 75-åringar*

*Hälsofrämjande arbete för de unga bör prioriteras då våra folksjukdomar kryper ner i åldrarna*

### **Den egna hälsofrämjande rollen**

I vilken utsträckning medarbetarna ansåg att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande utgör en del av deras egna arbetsuppgifter var signifikant associerat med yrke och kön (bilaga 19). Mellan 32 % (undersköterskor) och 81 % (kur/psyk/ter) av de professionella grupperna ansåg att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i hög eller mycket hög utsträckning utgör en del av deras egna arbetsuppgifter. Bland de svarande med chefsbefattning rapporterade signifikant fler allmänläkare än distriktssköterskor att hälsofrämjande /sjukdomsförebyggande i hög eller mycket hög utsträckning utgör en del av deras egna arbetsuppgifter (81 % vs 50 %).

Figur 10 visar att totalt 62 % av respondenterna vill arbeta mer hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande. Av de respondenter som ansåg att hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande inte alls eller i mycket liten utsträckning utgör en del av deras egna arbetsuppgifter, var det 78 % som rapporterade att de vill arbeta/arbete mer hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande (visas ej). Önskan att utveckla den hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande rollen var för både chefsgruppen och medarbetarna signifikant associerat med yrke, se bilaga 20. Distriktssköterskorna (81 %) var den grupp som i störst utsträckning vill fokusera mer på hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser. I gruppen leg läkare var det signifikant fler kvinnor än män (71 % vs 48 %, p=0.011) som ville utveckla den hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande rollen (visas ej).



**Figur 10** Rapporterad önskan att arbeta mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

### **Hinder för hälsofrämjande arbete**

I bilaga 21 redovisas fördelningen av rapporterade hinder för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete med avseende på huvudman, yrke och kön. Tio av 17 rapporterade hinder var signifikant associerade med yrke.

#### *Pressad arbetssituation*

Figur 11 visar att det mest rapporterade hindret var en pressad arbetssituation. Mellan 66 % (kur/psy/ter) och 93 % (allmänläkare) av de professionella grupperna angav detta hinder ( bilaga 21). En betydande del av respondenternas kommentarer handlade om den pressade arbetssituationen (tidsbrist). Kommentarererna förtydligar orsaker bakom tidsbristen samt illustrerar hur tidsbristen påverkar det hälsofrämjande arbetet. De orsaker som ofta nämns är nedskärningar pga sämre ekonomi, större och tyngre hemsjukvård, ökad telefonbelastning, ökade krav på tillgänglighet och ökade krav på administration/dokumentation. Det hälsofrämjande arbetet beskrevs som roligt men tidskrävande. När tiden inte räcker till måste det sjukvårdande arbetet prioriteras.

*Det har blivit mer arbete med patienter som är sjuka både på vårdcentralen och i hemmet, plus ökad telefonbelastning. Vi måste prioritera de som är sjuka*

*... utvecklingen senaste 20-åren inom sjukvården har gjort att tiden man har per patient har dragits ned, eftersom vi alltid talar om pengar och pinnstatistik ... Det administrativa arbetet har ökat ofantligt, till priset av sämre möjlighet att etablera bra kontakt med patienterna.*

*Det finns knappt tid att ge till alla patienter med akuta och kroniska sjukdomar. Jag kan och får inte säga nej till att ta emot sjuka patienter för att använda arbetstid till att förebygga sjukdom hos friska.*

*Det hälsofrämjande arbetet är det viktigaste av distriktssköterskans arbete, men det finns ingen tid, då det viktigaste enligt SLL är att svara i telefonen och framstå som om vi har god tillgänglighet.*

*Vårdtyngden inom hemsjukvården har ökat kraftigt och tar så gott som alla resurser från distriktssköterskan*

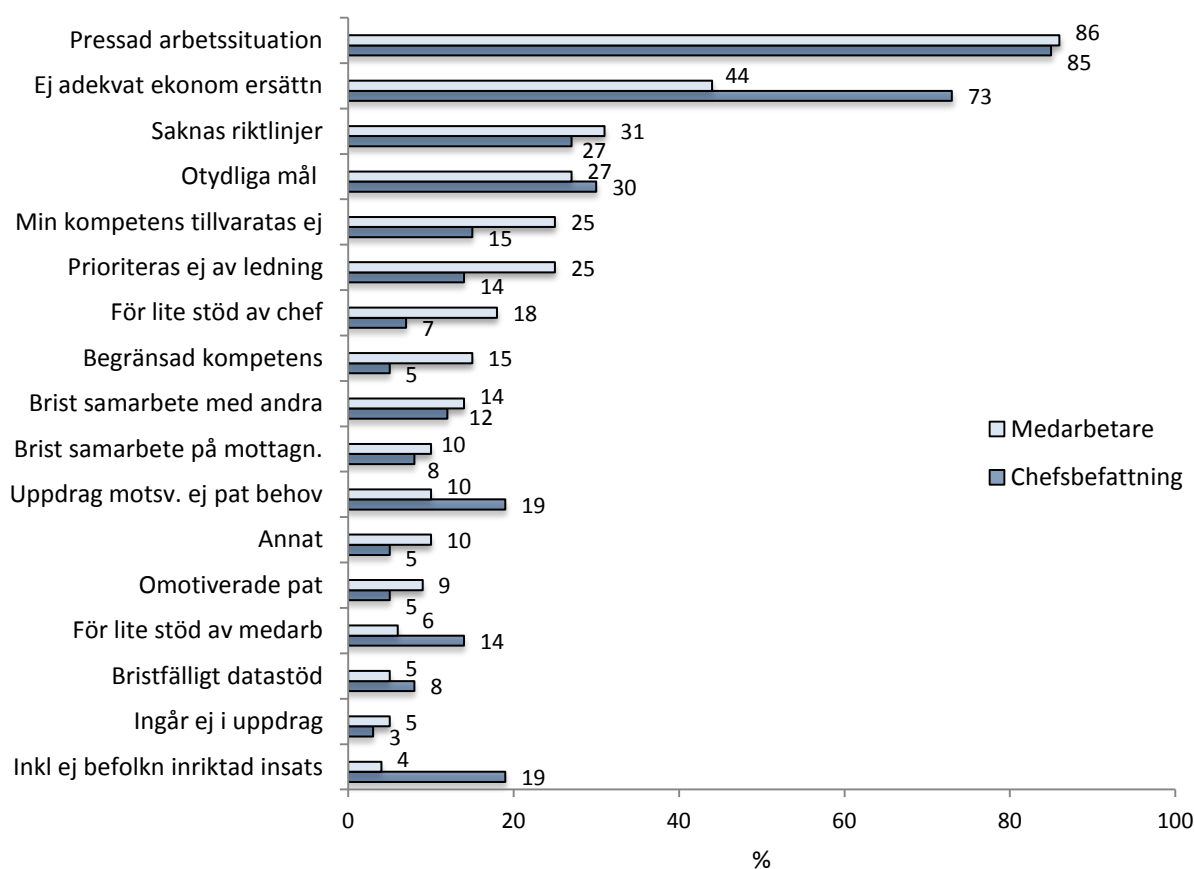
*Idag måste vi ta emot patienter med banala åkommor, myggbett, nydebuterad snuva, hosta som ger intäkter för att klara ekonomin.*

*Vår vardag fylls av att diagnostisera och behandla befintliga sjukdomar ...*

*Visst pratar jag kost, motion, rökning, alkohol, stress med patienten, men någon mer djupgående diskussion finns ingen som helst tid till*

*Skulle vara roligt att arbeta förebyggande, men med tanke på alla medicinska utredningar som görs i primärvården förstår jag ej hur det förebyggande ska få plats*

*Bör ha mer tid med patienterna är 10 minuter för hälsofrämjande arbete*



**Figur 11 Hinder för hälsofrämjande arbete, rapporterade av de som vill arbeta mer hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande**

#### *Inadekvat ekonomisk ersättning*

Det näst mest rapporterade hindret var inadekvat ekonomisk ersättning. Sjuttiofyra procent av cheferna rapporterade detta hinder. Bland medarbetarna var allmänläkarna (63 %) den grupp som i störst utsträckning upplevde att den ekonomiska ersättningsmodellen utgör ett hinder för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete. I respondenternas egna kommentarer anges att husläkarmottagningarna måste anpassa sig efter det rådande ersättningssystemet för att klara budgeten. Då många och korta sjukbesök gör verksamheten lönsam, blir fokus på ekonomi och produktion istället för på vårdens

innehåll. Besökstider på 5-10 minuter nämndes liksom att man ibland delar upp ett läkarbesök i flera för att få ytterligare resurser till att bedriva sjukvård. Vidare uttrycker en del av kommentarerna att patienterna helst bör vara unga och "sjävläkande", medan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder bortprioriteras på grund av tidsbrist och ekonomisk olönsamhet. I kommentarer beskrivs också upplevelser av att "Beställarens" varierande prioriteringar år för år inte gör det meningsfullt att sätta upp mer långsiktiga mål, samt att Vårdval Stockholm inte innebär att hälsofrämjande arbete prioriteras, utan att det produktionsrelaterade ersättningsystemet tvärtom har en motverkande effekt.

*Ledningens riktlinjer: så många och korta besök som möjligt.- pinnar och ekonomi i fokus i stället för patientens behov*

*Då kravet och ersättningen är baserad på antal (sjuka) patienter man träffar, ju fler patienter ju bättre ekonomi, finns ej tid och ork att engagera sig i förebyggande åtgärder*

*Efter Vårdval Stockholms införande har inriktningen på "pinnar" varit så stor för att klara ekonomin att det förebyggande arbetet blivit lidande*

*Vårdvalet har medfört att antal patienter som tas emot är viktigare än vårdens innehåll där förebyggande arbete ingår.*

*Ersättningsystemet prioriterar korta enkla besök... tiden medger ej längre motiverande samtal.*

*Vårdcentralen har haft mottagning för övervikt/ändrad livsstil, men den är nerlagd ... ej lönsamt enligt arbetsgivaren*

*Ersättningsnivån för distriktssköterskor har minskat och detta har medfört att varje distriktssköterska måste göra fler och snabbare besök. Hälsosamtal och förebyggande samtal kostar för mycket.*

*Det finns en konflikt mellan förebyggande insatser och traditionell sjukvård; allt hinns inte med, all verksamhet formas efter ersättningsmodell. Landstingsledningen måste välja fokus*

*Om ersättningsmodellen skulle förändras skulle det kunna främja hälsofrämjande arbete. Nu tjänar vårdcentralen mest på att läkare kollar friska unga människor i halsen.*

*... SLL vill helst att vi ska öka produktionen, dvs. få så många sjuka människor som möjligt. Ju fler vi tar emot för småkrämpor, ju bättre statistik. Sjukvård ska inte produceras utan förebyggas och till det åtgår tid.*

*Långsiktigt och förebyggande arbete tycks inte prioriteras i Vårdval Stockholm*

Ett antal kommentarer handlade specifikt om distriktssköterskans roll och hur den har förändrats pga. Vårdval och ersättningsystemet. Distriktssköterskan beskrivs som den yrkeskategori som är utbildad i hälsoarbete men pga. vårdvalet, ersättningsystemet och tidsbrist inte har möjligheter att jobba med det som de är utbildade till att göra. De upplever sig mera som läkarnas "förlängda arm".

*I Vårdval Stockholm prioriteras endast läkarbesök varvid vi sköterskor förpassas till telefonbokning och att assistera läkarna. Trots lång erfarenhet får jag ej ta hand om preventivt arbete.*

*Distriktssköterskan är utbildad i folkhälsa. Det utnyttjas inte på vårdcentraler idag eftersom ersättningsystemet är helt läkarfixerat*

*Vårdval Stockholm har förstört det hälsofrämjande arbetet för oss distriktssköterskor*

*Det är distriktssköterskor som är utbildade och är intresserade av hälsofrämjande arbete. Efter vårdval försvann deras specialitet och de blev läkarens förlängda arm*



*Låg prioritet från ledningen*

Tjugofem procent av medarbetarna rapporterade "låg prioritet från ledningen" som orsak till att man inte arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i den utsträckning som man själv önskar. Av yrkesgrupperna var det distriktssköterskorna (34 %) som i störst utsträckning rapporterade detta hinder.

*Ledningens intresse för hälsofrämjande arbete styrs helt och hållet av ersättningen från beställaren.*

*Att arbeta förebyggande prioriteras inte i vårdvalets ekonomiska ramar.*

*... att ta tid för att ge råd är för tidskrävande enligt ledningen*

*Brist på kompetens/outnyttjad kompetens*

Bristande kompetens rapporterades av 14 % av respondenterna men det var stor spridning mellan de professionella grupperna. Exempelvis rapporterade 50 % av undersköterskorna detta hinder jämfört med 6 % av kur/psyk/ter och 6 % av allmänläkarna. Begränsad kompetens rapporterades signifikant oftare av kvinnliga leg läkare jmf med manliga leg läkare (31 %, vs 10 %). Att man ansåg sig ha kompetens på det hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande området men inte får nyttja den upplevdes som ett problem för 24 % av respondenterna. Bland medarbetarna var det kur/psyk/ter (37 %) och distriktssköterskorna (35 %) som till största delen rapporterade detta hinder.

*... framför allt efterfrågas inte min kompetens. Psykologer kommer ofta in för sent, och i individkontakten kan vi göra för lite. Vi borde handleda och utbilda.*

*Jag är nyutexaminerad distriktssköterska och vet mycket om prevention ... ändå tas inte denna kunskap vara på och används i mitt dagliga arbete*

*Vi har stor hemsjukvård, personalstyrkan minskar så vi arbetar ute hela dagarna och får inte använda vår specialistkompetens*

Några respondenter kommenterade att det saknas kompetens på deras arbetsplats. Man efterfrågade beteendemedicinsk kompetens, kompetens att leda grupper och utbildning i motiverande samtal till alla. Man efterfrågade också andra yrkesgrupper på husläkarmottagningarna, såsom specialistsjuksköterskor, dietister, sjukgymnaster och psykiatriker.

*Bristfälligt datastöd/krav på registrering*

Bristfälligt datastöd upplevdes inte som ett problem för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Endast 6 % rapporterade detta hinder. Däremot var det många som hade synpunkter på kraven på registrering. Man menade att hälsofrämjande insatser inte alltid går att mäta och att kraven på vad som ska registreras styr insatserna på ett icke adekvat sätt. Man menade också att kraven på registrering generellt tar tid från patientarbetet och leder till att man känner sig kontrollerad.

*Hälsofrämjande arbete på det sätt som jag skulle vilja bedriva går egentligen inte att mäta. Hur mäter man MI? Vad spelar det för roll om jag fyller i "Rökare Ja" om detta bara är en fråga utan någon koppling till uppföljning mm.*

*Den som kräver och hittar på rapportering av hälsofrämjande arbete har ingen verklighetsanknytning och borde komma ut på golvet för att se vad som verkligen görs. Allt är inte bara pinnar och rapporteringar*

*Att lägga in alltfler sökord i journalen för att tro att det visar hur duktiga vi är blir fel. ... det skäl tid från viktigare verksamhet*

*Det är en självklar arbetsuppgift att förebygga ohälsa. Det jobbiga blir när allt ska registreras och dokumenteras. Det känns som om någon vill kontrollera att man gör sitt jobb odentligt. Det viktigaste är väl att man hjälper sin patient istället för att fylla i en massa planer.*

*Grunden för att främja hälsa är en personlig relation med respekt och ödmjukhet och kontinuitet mellan vårdgivare och patient. Det hälsofrämjande arbetet måste integreras i sjukvårdsarbetet. Viktigast är mötet och lyhördhet. De krav på struktur och redovisning som nu gäller i vårdvalet ger ej en bra dialog*

*Framgång i det hälsofrämjande arbetet handlar om kontinuitet och personkännedom mellan patient och vårdgivare, inte om systematisering*

*Jag tycker uppgifter om exakta mängden alkohol är oväsentligt. Det viktiga är att få upp patientens ögon för att alkoholen kan påverka hur han/hon mår... Frågan om exakt mängd riskerar att flytta fokus ...*

*Vi borde få förtroende att rikta insatserna till våra listade som behöver hjälp – inte att kolla att vi frågar alla om livsstil, väger normalviktiga etc.*

## Sammanfattande diskussion

Hittills har få studier publicerats som belyser förutsättningar för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete inom svensk primärvård, utifrån medarbetarnas perspektiv. Än mer sällsynta är studier som specifikt granskar vilken hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande roll som vårdpersonalen anser sig ha inom de system för fritt vårdval som sedan några år tillämpas i Sverige.

Mer än fyra år har nu gått sedan Vårdval Stockholm genomfördes. Därmed har tillräcklig tid förflutit för att en meningsfull granskning av vilken roll det hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbetet har i husläkarverksamheten generellt och vilka möjligheter och hinder olika professionella grupper upplever ifråga om vårdens sätt att fungera hälsoorienterat. Föreliggande studie är därmed en av de första i sitt slag och har därmed den utmaningen att referensobjekt saknas.

Under arbetets gång har en del oväntade begränsningar vad gäller möjligheter till datainsamling identifierats. Intresset hos verksamhetscheferna bland de 20 slumpmässigt utvalda husläkarmottagningarna för att personalen skulle medverka i den kvalitativa delstudien var mycket lågt. Ett antal chefer tackade nej medan majoriteten inte ens besvarade mailen, trots påminnelse. De som tackade nej motiverade beslutet med att de pga den hårda arbetsbelastningen hade fullt upp med hinna bedriva sjukvård. De ville skydda både verksamheten och personalen. Förutsättningarna för att genomföra delstudien som planerats hade förmodligen gynnats om det hade varit möjligt att rikta förfrågan direkt till vårdpersonalen.

Enkätundersökningen, å andra sidan, visade på ett helt annat intresse och ett stort engagemang. Nästan 200 respondenter uppgav att de kunde tänka sig att ställa upp på en uppföljande telefonintervju. I en kommande studie kommer därför särskilda intervjuer med allmänläkare att presenteras. Uppföljande intervjuer med distriktssköterskor är också planerade och kommer att påbörjas inom kort.

I den förebredande kvalitativa studien uttrycktes tveksamhet till idén om en enkätundersökning riktad till personalen på husläkarmottagningarna. På grund av enkättrötthet, förordades en enkät av "begränsad" omfattning. Därför begränsades enkäten till att ett antal centrala frågeställningar.

Trots farhågor om lågt deltagande besvarades enkäten av 1448 individer. En litteraturgenomgång av Cook och medarbetare [40] visar att svarsfrekvensen på postenkäter riktade till vårdpersonal är låg och sannolikt sjunkande. De fann att mellan 1996 och 2005, var svarsfrekvensen i genomsnitt 56 %. Cook och hans medarbetare kunde inte hitta några signifikanta skillnader mellan olika typer av undersökningar eller personalkategorier. I föreliggande enkätstudie var svarsfrekvensen 53 %. Men här fanns tydliga skillnader mellan yrkesgrupperna. Lägst svarsfrekvens hade grupperna undersköterskor och leg läkare/allmänläkare/specialistläkare övrig. Utöver begränsat intresse, en belastad arbetssituation, enkättrötthet och det faktum att man inte fick ekonomisk ersättning för att medverka (att fylla i enkäter innebär produktionsbortfall), finns andra möjliga förklaringar till bortfallet. Inbjudan att delta i studien baserades på en manuell sökning på [www.vardguiden.se](http://www.vardguiden.se) och på husläkarmottagningarnas hemsidor. Det fanns inga uppgifter på hur uppdaterad informationen om personalen var. Inte sällan stämde den information som fanns på Vårdguiden inte överens med den som fanns på mottagningarnas hemsidor. Det är därför tänkbart att ett antal utsända enkäter inte nådde fram till adressater pga. att de inte var i tjänst på den aktuella husläkarmottagningen (tjänstledig, föräldraledig, sjukskriven, bytt arbetsplats) vid tidpunkten för enkätundersökningens genomförande, vilket i sin tur påverkat bortfallet.

Det fanns sammanlagt 589 skrivna kommentarer i enkätformulären. En del av dessa kommentarer behandlade syftet och nyttan med enkätundersökningen. De flesta var positiva och tacksamma att frågan om hälsofrämjande arbete lyftes och hoppades att resultatet skulle nå politikerna. Men det fanns också exempel på ifrågasättande utifrån att man ansåg att Vårdval Stockholm "motarbetar" hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete och inte värnar personalens arbetsmiljö.

*Jättebra att ni lyfter denna fråga! Jag tror att ett bra förebyggande/utbildande arbete bland patienterna skulle förhindra många onödiga läkarbesök och därmed spara resurser. Jag driver att vi ska utveckla vårt arbete, vi kallas tom för hälsocentraler*

*Frågan är viktig och sjukvården (primärvården) är en auktoritet och kommer nära människor i vardagen. Arbetet måste premieras ekonomiskt... effektivitetstänkandet och jakten på korta enkla besök kan motverka satsningen på hälsofrämjande åtgärder. Samtal tar tid!*

*Bra att undersökningen görs. I dagsläget är det lönsamheten som styr*

*Temat känns angeläget och behöver lyftas upp – hur ska allmänna medel prioriteras i hälso – och sjukvården*

*Undersökningen är relevant och jag hoppas att resultatet ska leda till att landstingspolitikerna tar tillvara distriktssköterskornas kompetens som ju främst är inriktat på hälsofrämjande arbete.*

*Hoppas resultatet av undersökningen når Stockholms landstingspolitiker*

*Idiotiskt att komma med detta. Vi är piskade att ha många snabba besök ... vårdval sabbar*

*Det frågas om hälsofrämjande arbete. Vad det gäller personalen så sliter dom ut oss en efter en.*

Enkätundersökningen visar överlag en klart positiv inställning till, och ett stort intresse för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete i husläkarverksamheten och många menar också att detta arbete prioriteras. Samtidigt uttrycker många kommentarer en motsatt uppfattning, till exempel att man pga tidsbrist och bristande lönsamhet tvingats upphöra med hälsofrämjande aktiviteter och fungerande samarbeten med andra aktörer och att ledningen i en del fall bett medarbetare upphöra med rådgivning pga att det är för tidskrävande och därmed olönsamt.

Enkätundersökningen visar också att hälsosamtal med 75-åringar av majoriteten av respondenterna upplevdes som ett meningsfullt uppdrag. Samtidigt uttrycktes att det inte är ett uppdrag som passar alla husläkarmottagningar. Man efterfrågar större tillit från beställarens sida till att de själva kan anpassa de

hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatserna till de behov man lokalt bedömer som mest angelägna. Enligt uppdragsbeskrivningen för hälsofrämjande insatser anges att barn och unga särskilt ska beaktas [31]. Därför efterlyser respondenter större möjligheter till att satsa mer på ungdomar, samtidigt som denna grupp beskrevs som ganska osynlig på husläkarmottagningarna.

En klar majoritet, 63 % av medarbetarna, rapporterade att de skulle vilja arbeta mer hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande. Bland yrkesgrupperna var det distriktssköterskorna som var mest intresserade. Kvalitativa data illustrerade att distriktssköterskor upplever att sin yrkesroll har förändrats från ett självständigt arbete till att vara kringpersonal och assistent till läkarna (denna aspekt kvantifieras dock inte i enkätundersökningen). Av kommentarerna att döma anses det framförallt vara ersättningssystemets utformning som bidragit till denna förändring. Distriktssköterskor anger att om ersättningssystemet förändrades så att fler mottagnings-sköterskor anställdes så skulle distriktssköterskornas tid kunna frigöras till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Detta synsätt kan vara en möjlig förklaring till att distriktssköterskor med chefsbefattning i så mycket högre utsträckning än motsvarande allmänläkare med chefsbefattning ansåg att det finns en outnyttjad potential för hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete på husläkarmottagningarna.

Även om det generellt finns en positiv grundinställning till hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande arbete är inte alla intresserade av att utveckla den egna rollen. En möjlig förklaring till denna variation är att man i tillräcklig grad redan anser tillämpa ett hälsofrämjande perspektiv i sitt arbete. En annan kan vara skiftande intresse och förmåga att identifiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som en del av sin yrkesroll. Bland dem med mer kritiska kommentarer uttrycktes uppfattningen att evidensen är otillräcklig, att man inte vill vara "hälsopolis", att man anser sig vara utbildad för att diagnosticera och behandla sjukdomar, samt att det finns andra yrkesgrupper som är mer lämpade för hälsofrämjande uppgifter, t.ex. hälsocoacher.

Sammanfattningsvis visar studien att det från vårdpersonalens sida finns en stor lust och betydande intresse att dela med sig av de erfarenheter som Vårdval Stockholm gett under dess fyra första år, även avseende de förebyggande och sjukdomsförebyggande insatserna.

Samtidigt som studien illustrerar att huvuddelen av medarbetarna vill arbeta mer hälsoorienterat, redovisas också att en pressad arbetssituation och ett inadekvat ersättningssystem utgör de största hindren för att utveckla det hälsofrämjande arbetet. Delvis hänger dessa hinder ihop. En betydande majoritet av de vårdanställda anser att den utformning som det produktionsrelaterade besöksersättningen för närvarande har, är utformad så att den försvårar möjligheten att inkludera ett hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande perspektiv i det dagliga arbetet. Ersättningssystemet anser inte heller vara tillräckligt anpassat för socialt belastade och invandrartäta områden, där ett hälsofrämjande perspektiv bedöms särskilt angeläget.

Många oroas över att det som man betecknar som ersättningssystemets "jakt på pinnar" leder till kortsiktigt tänkande och i praktiken mindre hälsa för skattebetalarnas pengar. Vårdpersonalen bedömer det istället så att världen skulle bli bättre och de sjuka därmed gynnas om ett mer långsiktigt perspektiv inkluderades i lönsamhetsbedömningen. Därför uttryckts önskemål om en högre kapiteringsersättning vilket skulle göra det möjligt att omdisponera resurser för till såväl hälsofrämjande insatser som till den tid för reflektion och utvecklingsarbete som en framsynt hälsoorientering förutsätter.

## Referenser

1. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. Copenhagen, Denmark: WHO Europe; 1986
2. Wise M, Nutbeam D. Enabling the systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? *Promot Educ.* 2007; Suppl 2:23-27
3. Regeringens proposition 2002/03:35, Mål för folkhälsan.
4. Regeringens proposition 2007/08:110, En förnyad folkhälsopolitik
5. Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. "It depends on what you mean": A qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:191-
6. Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. "If we only got a chance": Barriers to and possibilities for a more health promoting health service. *Journal of Multidisciplinary healthcare* 2010;3,1-9
7. Johansson H, Lundström L, Weinehall L. Is it within the system? A study comparing how health care professionals define health themselves and their perception of the health services view of health (I manusform)
8. Johansson H, Stenlund H, Lundström L, Weinehall L. Re-orientation to more health promotion in health services; a study of possibilities and barriers from the perspective of health professionals. *journal of Multidisciplinary healthcare.* 2010; 3: 213-224.
9. Nordstrand K. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Rapport Socialstyrelsen 2005.
10. Bjurgård I, Persson M, Wallskär H. Att hitta skatten i sitt eget hus - erfarenheter från samtal med landstingsledning om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Rapport Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm 2005.
11. Lindberg M., Wilhelmson S. "Vem bryr sig" Distriktsköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete - ett svårprioriterat uppdrag och en utnyttjad resurs. Rapport Fammi. Stockholm 2005.
12. Jerden L, Hillervik C., Hansson A-C, Flacking R. experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scand J Caring Sci;* 2006; 20: 448-454.
13. Irvine F. Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *J of Clinical Nursing,* 2005;14:965-75.
14. Whitehead D. The European health promoting hospitals project: how far on? *Health Promotion International* 2004;19:259-67.
15. Robinson K.L, Driedger M.S., Elliott S.J., Eyles J. (2006). Understanding Facilitators of and Barriers to Health Promotion Practice. *Health Promotion Pract* 2006;7:467-76.
16. Yeatman H.R & Nove T. Reorienting health services with capacity building: a case study of the core skills in health promotion project. *Health Promotion International* 2004;17:341-50.
17. McLean S, Feather J, Butler-Jones D. Building Health Promotion Capacity: Action for Learning, Learning from Action. UBC Press, Vancouver Toronto, 2005.
18. Regeringens proposition 2008/09:74, Vårdval i primärvården.
19. Anell A. Vårdval i primärvården- jämförelser av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Skriftserie 2009:1. Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet.

20. Paulsson G. Modeller för uppföljning och utvärdering av vårdval. Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning. Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.
21. Asplund Johansson S, Jansson K.H, Johansson P, Lindblå M. Läkarförbundets vårdvalsenkät. Sveriges läkarförbund. 2009. [www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)
22. Johansson O. Vårdval. PRO granskar vårdval I landsting och regioner och föreslår riktlinjer. Rapport PRO 2008. [www.pro.se](http://www.pro.se).
23. Eklund A-K Om vårdval. En undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet. [www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)
24. Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. CMT rapport 2007:2. Linlöpings universitet.
25. Kastberg G, Siverbo S. Activity-based financing of healthcare – experiences from Sweden. *Int J Health Plann Mgmt* 2007;22:25-44.
26. Frey B.S, Osterloh M. Motivation – A dual-edged factor of production. In: Frey B.S, Osterloh M, editors. *Successful management by motivation.*, Berlin-Heidelberg, Germany:Springer; 2002: 5-26.
27. Sveriges Komuner och Landsting. Hälsofrämjande och förebyggande i vårdval 2009. Stockholm 2010.
28. Anell A. Målrelaterad ersättning i primärvården. Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009. Rapport Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm 2009.
29. Kort om Vårdval Stockholm. [www.uppdragsguiden.sll.se](http://www.uppdragsguiden.sll.se)
30. Rehnberg C, Janlöv N, Khan J. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2009:6
31. Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2011. Hälso- och sjukvårds- nämndens förvaltning. Stockholms läns landsting.
32. Berggren A-M, Sandberg S. Vårdval Stockholm 2008. Första kartläggningen. Juni 2008. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Stockholms läns landsting.
33. Berggren A-M, Sandberg C, Bogestam N. Vårdvalsrapport januari-oktober 2008. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Stockholms läns landsting.
34. Hälsosamtal för 75-åringar i Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting, 2009.
35. Berggren A-M, Sandberg C, Bogestam N. Vårdvalsrapport januari-december 2008. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting.
36. Rehnberg C, Janlöv N, Kahn J. Lägesrapport – Vårdval Stockholm: Utveckling av kostnader, vårdutnyttjande och produktivitet under första halvåret 2008. Rapport 2008:2. Enheten för Hälsoekonomi, Centrum för Folkhälsa, FORUM för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting.
37. Janlöv N, Rehnberg C. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm- år 2010. Karolinska institutets folkhälsoakademi, 2011:15.
38. Johansson. H. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hinder och möjligheter utifrån professionernas perspektiv. Doktorsavhandling. Umeå universitet. Inst för folkhälsa och klinisk medicin, enh för epidemiologi och global hälsa. 2010.
39. Cook JV, Dickinson H, Eccles MP. Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: An observational study. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:160.

## Bilagor

### Bilaga1

Påstående 6a) "På min arbetsplats har vi en positiv inställning till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete".

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	54	35	7	2	2
Chefsbefattning	72	23	3	1	1
Huvudman					
Landsting	69	26	2	0	2
Privat	73	22	4	1	0
Yrke					
Allmänläkare	77	19	2	0	1
Distriktssköterska	63	27	7	3	0
Medarbetare	53	36	7	2	2
Huvudman					
Landsting	54	36	7	1	2
Privat	52	37	7	2	2
Yrke					
Leg läkare	57	32	9	0	1
Allmänläkare	63	29	4	3	2
Leg sjuksköterska	47	42	8	0	3
Distriktssköterska	45	42	9	3	1
Undersköterska	47	42	6	0	4
Kur/psyk/terap	55	32	8	1	4
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	63	27	7	2	1
Man	60	33	3	2	2

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare

## Bilaga 2

Påstående 6b) "På min arbetsplats är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande en del av det dagliga arbetet"

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	44	40	12	3	1
Chiefsbefattning	63	31	2	3	0
Huvudman					
Landsting	64	36	0	0	0
Privat	62	29	4	5	0
Yrke					
Allmänläkare	72	28	0	0	0
Distriktssköterska	47	40	0	13	0
Medarbetare	43	40	12	3	1
Huvudman					
Landsting	42	43	12	2	1
Privat	44	38	12	4	1
Yrke					
Leg läkare	50	36	10	2	1
Allmänläkare	51	37	10	2	1
Leg sjuksköterska	36	40	18	2	3
Distriktssköterska	35	45	14	5	1
Undersköterska	42	39	11	3	4
Kur/psyk/terap	47	37	13	3	0
Kön					
Kvinna	54	32	11	2	0,4
Man	46	41	8	2	1

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare



## Bilaga 3

Påstående 6c) "På min arbetsplats är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete koncentrerat till vissa personer/yrkesgrupper"

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	12	44	18	20	6
Chefsbefattning	10	41	16	31	1
Huvudman					
Landsting	7	55	10	29	0
Privat	11	34	20	33	1
Yrke					
Allmänläkare	8	36	19	36	0
Distriktssköterska	10	57	10	23	0
Medarbetare	12	44	18	19	7
Huvudman					
Landsting	12	46	17	17	7
Privat	13	42	18	21	6
Yrke					
Leg läkare	10	46	21	16	8
Allmänläkare	10	42	18	25	3
Leg sjuksköterska	11	46	21	11	10
Distriktssköterska	13	45	18	17	6
Undersköterska	19	47	9	14	12
Kur/psyk/terap	11	36	11	31	12
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	12	41	17	25	5
Man	10	45	22	20	4

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare

## Bilaga 4

Påstående 6d) "På min arbetsplats prioriterar vi hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete"

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	16	46	25	9	4
Chefsbefattning	22	50	22	5	1
Huvudman					
Landsting	24	60	12	2	2
Privat	22	45	27	6	0
Yrke					
Allmänläkare	22	53	22	2	1
Distriktssköterska	30	40	17	13	0
Medarbetare	16	45	25	10	4
Huvudman					
Landsting	16	49	24	8	4
Privat	16	42	26	12	4
Yrke					
Leg läkare	20	49	22	6	3
Allmänläkare	17	46	26	8	3
Leg sjuksköterska	15	38	32	9	6
Distriktssköterska	11	47	27	13	2
Undersköterska	21	46	16	6	12
Kur/psyk/ter	21	42	25	5	7
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	18	50	23	7	2
Man	19	43	27	8	3

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare

## Bilaga 5

Påstående 6e) "På min arbetsplats finns en outnyttjad potential för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete"

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	24	39	17	12	7
Chefsbefattning	16	44	22	17	2
Huvudman					
Landsting	19	57	14	7	2
Privat	14	37	25	23	1
Yrke					
Allmänläkare	8	41	26	23	1
Distriktssköterska	30	57	7	7	0
Medarbetare	25	39	17	12	8
Huvudman					
Landsting	26	37	17	12	8
Privat	24	41	17	12	7
Yrke					
Leg läkare	24	48	16	6	6
Allmänläkare	11	38	27	19	5
Leg sjuksköterska	25	42	13	9	12
Distriktssköterska	38	36	11	10	5
Undersköterska	10	45	16	10	18
Kur/psyk/terap	33	33	10	9	4
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	17	41	23	14	5
Man	14	40	25	15	6

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare

## Bilaga 6

Påstående 6f) "På min arbetsplats förs en diskussion om hur vi kan utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet"

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Ingen uppfattning
	%	%	%	%	%
Total	31	39	16	10	4
Chefsbefattning	48	38	10	4	0
Huvudman					
Landsting	52	40	2	5	0
Privat	46	36	14	4	0
Yrke					
Allmänläkare	51	39	6	4	0
Distriktssköterska	43	37	17	3	0
Medarbetare	29	39	17	10	5
Huvudman					
Landsting	29	42	16	9	4
Privat	29	36	17	11	6
Yrke					
Leg läkare	31	39	17	10	2
Allmänläkare	34	38	15	10	4
Leg sjuksköterska	27	31	23	10	8
Distriktssköterska	26	42	17	11	4
Undersköterska	25	41	16	7	10
Kur/psyk/terap	28	34	17	13	8
Kön					
Kvinna	37	36	15	9	2
Man	29	41	16	10	4

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare

## Bilaga 7

### Fråga 7

Nedan presenteras ett antal uppdrag. Ta ställning till om det är något eller några av dessa uppdrag som din arbetsplats borde utveckla

a) ... arbeta för förebyggande av ohälsa kopplat till livsstil

	Redan utvecklat %	Utveckling pågår %	Borde utvecklas %	Ej relevant att utveckla %	Kan ej ta ställning %
Total	21	43	31	1	4
<b>Chiefsbefattning</b>					
Huvudman *	30	49	18	2	0
Landsting	17	69	12	2	0
Privat	37	38	20	1	0
<b>Yrke *</b>					
Allmänläkare	39	49	8	2	0
Distriktssköterska	10	57	30	0	0
<b>Medarbetare</b>					
Arbetsplats	21	42	32	1	4
Landsting	18	44	33	0,5	4
Privat	23	41	31	1	4
<b>Yrke ***</b>					
Leg läkare	22	44	33	0	2
Allmänläkare	30	43	22	2	3
Leg sjuksköterska	14	51	28	0	6
Distriktssköterska	15	40	43	0,4	2
Undersköterska	23	45	21	0	11
Kur/psyk/ter	15	42	32	0	10
<b>Kön <sup>1</sup></b>					
Kvinna	30	41	25	1	2
Man	26	45	25	2	2

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \* p<0.05, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 8

b) ... arbeta för tidig upptäckt av ohälsa kopplat till livsstil

	Redan utvecklat	Utveckling pågår	Borde utvecklas	Ej relevant att utveckla	Kan ej ta ställning
	%	%	%	%	%
Total	17	40	36	1	5
Chefsbefattning	22	50	24	2	1
Huvudman					
Landsting	12	57	26	5	0
Privat	27	46	23	0	1
Yrke **					
Allmänläkare	28	54	13	2	1
Distriktssköterska	7	43	47	0	0
Medarbetare	17	39	38	1	5
Arbetsplats					
Landsting	14	41	39	1	4
Privat	20	38	36	1	6
Yrke ***					
Leg läkare	15	40	38	1	5
Allmänläkare	26	43	24	3	4
Leg sjuksköterska	11	39	41	1	8
Distriktssköterska	10	38	49	0,4	2
Undersköterska	24	40	22	1	13
Kur/psyk/ter	16	30	44	0	10
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	24	41	28	2	6
Man	21	43	30	3	3

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 9

7c) ... arbeta med stöd och behandling av ohälsa kopplat till ohälsosamma matvanor

	Redan utvecklat	Utveckling pågår	Borde utvecklas	Ej relevant att utveckla	Kan ej ta ställning
	%	%	%	%	%
Total	18	36	38	2	6
Chefsbefattning	26	47	21	3	2
Huvudman					
Landsting	17	52	21	5	5
Privat	31	44	20	3	1
Yrke *					
Allmänläkare	33	47	13	5	2
Distriktssköterska	10	50	33	0	3
Medarbetare	17	35	39	2	7
Huvudman					
Landsting	16	33	41	2	7
Privat	18	37	37	2	6
Yrke ***					
Leg läkare	15	31	46	3	5
Allmänläkare	22	37	29	6	6
Leg sjuksköterska	13	36	43	0	9
Distriktssköterska	14	35	47	1	3
Undersköterska	23	29	29	0	20
Kur/psyk/ terap	16	35	35	0	14
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	23	36	33	3	5
Man	17	34	35	7	7

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \* p<0.05, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 10

7d) ... arbeta med stöd och behandling av ohälsa kopplat till fysisk inaktivitet

	Redan utvecklat	Utveckling pågår	Borde utvecklas	Ej relevant att utveckla	Kan ej ta ställning
	%	%	%	%	%
Total	19	37	37	1	5
Chiefsbefattning	27	46	22	2	2
Huvudman					
Landsting	19	50	26	0	5
Privat	31	44	20	3	1
Yrke **					
Allmänläkare	35	48	12	2	2
Distriktssköterska	7	43	43	0	3
Medarbetare	18	37	39	1	5
Huvudman					
Landsting	15	36	41	1	6
Privat	21	37	37	1	4
Yrke ***					
Leg läkare	18	40	38	1	3
Allmänläkare	26	39	28	3	4
Leg sjuksköterska	14	34	42	0	10
Distriktssköterska	14	34	50	1	2
Undersköterska	19	32	29	0	20
Kur/psyk/ terap	16	42	32	1	9
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	26	39	30	2	4
Man	21	40	32	3	4

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001



## Bilaga 11

7e) ... arbeta med stöd och behandling av ohälsa kopplat till tobak

	Redan utvecklat	Utveckling pågår	Borde utvecklas	Ej relevant att utveckla	Kan ej ta ställning
	%	%	%	%	%
Total	27	33	34	1	4
Chefsbefattning	34	38	24	0	2
Huvudman					
Landsting	29	44	22	0	5
Privat	37	35	26	0	1
Yrke ***					
Allmänläkare	48	32	18	0	2
Distriktssköterska	3	55	34	0	3
Medarbetare	26	32	35	1	5
Huvudman					
Landsting	27	33	35	1	5
Privat	26	32	36	1	4
Yrke ***					
Leg läkare	33	34	31	0	2
Allmänläkare	36	34	25	2	3
Leg sjuksköterska	24	28	39	2	7
Distriktssköterska	18	34	45	1	2
Undersköterska	27	30	27	0	16
Kur/Psyk/Ter	19	32	39	0	10
Kön <sup>1</sup>					
Kvinnor	34	36	28	0.4	2
Män	37	30	26	2.1	4

<sup>1</sup> Leg läkare +allmänläkare, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 12

7f) ... arbeta med stöd och behandling av ohälsa kopplat till riskbruk av alkohol

	Redan utvecklat	Utveckling pågår	Borde utvecklas	Ej relevant att utveckla	Kan ej ta ställning
	%	%	%	%	%
Total	14	31	46	2	7
Chefsbefattning	18	41	34	2	2
Huvudman					
Landsting	15	44	37	0	5
Privat	20	40	33	3	1
Yrke *					
Allmänläkare	24	45	24	2	2
Distriktssköterska	3	38	52	3	3
Medarbetare	14	30	47	2	7
Huvudman					
Landsting	13	30	47	2	8
Privat	14	31	47	1	7
Yrke ***					
Leg läkare	14	30	48	2	5
Allmänläkare	19	37	36	3	5
Leg sjuksköterska	10	25	53	0	12
Distriktssköterska	10	27	57	1	5
Undersköterska	16	31	30	3	20
Kur/Psyk/Ter	13	32	47	0	9
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	17	34	42	2	5
Man	18	36	37	4	6

<sup>1</sup> Leg läkare +allmänläkare, \* p<0.05, \*\*\*p <0.001

## Bilaga 13

7g) ... arbeta med stöd och behandling av psykisk ohälsa

	Redan utvecklat	Utveckling pågår	Borde utvecklas	Ej relevant att utveckla	Kan ej ta ställning
	%	%	%	%	%
Total	23	26	38	4	9
Chefsbefattning	29	32	35	3	1
Huvudman					
Landsting	27	32	37	2	2
Privat	30	32	34	4	0
Yrke ***					
Allmänläkare	38	35	21	5	1
Distriktssköterska	7	31	62	0	0
Medarbetare	23	25	38	4	10
Huvudman					
Landsting	20	25	42	4	10
Privat	25	26	35	4	10
Yrke					
Leg läkare	28	31	37	3	2
Allmänläkare	31	31	28	4	6
Leg sjuksköterska	19	20	40	2	19
Distriktssköterska	13	21	50	4	11
Undersköterska	19	17	35	3	26
Kur/psyk/terap	42	32	22	0	2
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	33	31	30	3	3
Man	26	32	31	5	6

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 14

7h) ... bidra med kunskap om och stöd till egenvård

	Redan utvecklat	Utveckling pågår	Borde utvecklas	Ej relevant att utveckla	Kan ej ta ställning
	%	%	%	%	%
Total	25	32	36	1	6
<b>Chiefsbefattning</b>	<b>31</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Huvudman					
Landsting	21	55	21	0	2
Privat	36	32	28	1	1
Yrke					
Allmänläkare	34	41	21	1	2
Distriktssköterska	23	40	33	0	0
<b>Medarbetare</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
Huvudman					
Landsting	22	33	37	1	6
Privat	26	30	37	1	6
Yrke ***					
Leg läkare	28	28	38	1	4
Allmänläkare	30	31	31	2	6
Leg sjuksköterska	23	25	45	0	7
Distriktssköterska	18	34	44	0,4	2
Undersköterska	26	26	27	2	19
Kur/Psyk/Ter	20	38	28	1	14
Kön <sup>1</sup>					
Kvinnor	31	30	32	1	5
Män	29	29	33	3	6

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 15

7i) ... delta i befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete som bedrivs lokalt av kommunen eller andra aktörer

	Redan utvecklat %	Utveckling pågår %	Borde utvecklas %	Ej relevant att utveckla %	Kan ej ta ställning %
Total	6	17	46	8	22
Chefsbefattning	10	22	41	12	13
Huvudman					
Landsting	12	24	43	10	12
Privat	9	21	40	13	14
Yrke					
Allmänläkare	9	24	35	16	16
Distriktssköterska	10	23	53	0	10
Medarbetare	6	17	46	8	23
Huvudman					
Landsting	6	17	46	7	23
Privat	6	17	46	9	23
Yrke ***					
Leg läkare	8	18	44	10	21
Allmänläkare	5	19	37	18	21
Leg sjuksköterska	5	14	49	4	29
Distriktssköterska	5	17	58	3	18
Undersköterska	16	15	26	1	43
Kur/Psyk/Ter	7	11	46	7	28
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	6	19	41	14	21
Man	6	19	37	18	20

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 16

Påstående 8a) "Hälsosamtal för 75-åringar är ett meningsfullt uppdrag för husläkarverksamheten".

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	35	33	12	6	10
Chefsbefattning	25	45	19	6	12
Huvudman					
Landsting	32	44	17	0	7
Privat	22	46	13	16	4
Yrke *					
Allmänläkare	18	46	15	15	6
Distriktssköterska	43	43	13	0	0
Medarbetare	36	32	12	5	10
Huvudman ***					
Landsting	42	32	11	4	11
Privat	34	36	14	6	10
Yrke ***					
Leg läkare	37	31	13	3	16
Allmänläkare	28	38	16	9	9
Leg sjuksköterska	36	40	6	6	13
Distriktssköterska	43	36	12	5	3
Undersköterska	47	22	10	4	17
Kur/psyk/terap	40	22	3	1	34
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	30	34	16	7	13
Man	32	39	15	6	9

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \* p<0.05, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 17

Påstående 8b) "Hälsosamtal upplevs positivt av 75-åringarna".

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	25	33	10	3	24
Chefsbefattning	18	45	19	6	12
Huvudman					
Landstings	22	54	15	2	7
Privat	16	40	22	8	14
Yrke *					
Allmänläkare	12	43	23	8	13
Distriktssköterska	30	53	13	0	3
Medarbetare	26	32	9	3	25
Huvudman**					
Landsting	31	31	7	2	29
Privat	24	36	12	4	24
Yrke ***					
Leg läkare	28	20	3	2	46
Allmänläkare	20	34	12	7	28
Leg sjuksköterska	24	29	9	3	34
Distriktssköterska	34	44	11	2	8
Undersköt	28	28	9	4	30
Kur/psyk/terap	14	16	1	0	68
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	23	26	8	5	38
Man	21	34	11	6	28

<sup>1</sup> Leg läkare+ allmänläkare, \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 18

Påstående 8c) "Om jag fick bestämma skulle jag hellre lägga resurser på någonting annat än hälsosamtal för 75-åringar".

	Instämmer helt %	Instämmer delvis %	Tar delvis avstånd %	Tar helt avstånd %	Ingen uppfattning %
Total	22	28	15	16	14
Chefsbefattning	34	36	19	7	2
Huvudman					
Landsting	29	37	20	12	2
Privat	37	36	19	5	3
Yrke **					
Allmänläkare	43	35	14	5	4
Distriktssköterska	10	43	30	17	0
Medarbetare	21	27	14	17	15
Huvudman					
Landsting	20	26	16	20	18
Privat	24	30	15	16	14
Yrke ***					
Leg läkare	21	23	16	16	25
Allmänläkare	27	33	17	10	13
Leg sjuksköterska	18	26	15	14	27
Distriktssköterska	23	31	15	26	6
Undersköterska	15	27	10	17	31
Kur/psyk/ter	8	18	14	18	42
Kön <sup>1</sup>					
Kvinna	26	29	14	11	19
Man	24	29	21	13	14

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001



## Bilaga 19

Fråga 9) I vilken utsträckning anser du att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande är en del av dina arbetsuppgifter?

	Inte alls				Mycket hög utsträckning	4+5
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	
Total	3	10	21	28	37	65
<b>Chefsbefattning</b>	1	7	21	32	39	71
Huvudman						
Landsting	0	2	33	29	36	65
Privat	1	9	14	35	41	76
<b>Yrke **</b>						
Allmänläkare	1	5	13	38	43	81
Distriktssköterska	0	7	43	17	33	50
<b>Medarbetare</b>	3	10	21	28	37	65
Huvudman						
Landsting	2	13	19	29	37	66
Privat	3	8	23	26	38	64
<b>Yrke ***</b>						
Leg läkare	1	4	19	32	44	76
Allmänläkare	1	7	21	35	37	72
Leg sjuksköterska	2	13	30	23	32	55
Distriktssköterska	3	14	20	24	39	63
Undersköterska	16	25	26	20	12	32
Kur/psyk/ter	2	1	15	26	55	81
<b>Kön<sup>1</sup>*</b>						
Kvinnor	1	4	17	33	45	78
Män	1	8	24	35	32	67

<sup>1</sup> Leg läkare + allmänläkare, \* p<0.05, \*\*p <0.01, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 20

Fråga 10) Arbetar du hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande i den utsträckning som du själv önskar?

	Ja	Nej, vill arbeta mer	Nej, vill arbeta mindre
	%	%	%
Total	34	62	2
Chefsbefattning	46	49	2
Huvudman			
Landsting	43	52	5
Privat	49	49	1
Yrke **			
Allmänläkare	55	41	4
Distriktssköterska	27	73	0
Medarbetare	33	63	2
Huvudman			
Landsting	32	65	2
Privat	35	64	1
Yrke ***			
Leg läkare	35	63	2
Allmänläkare	48	50	1
Leg sjuksköterska	28	69	2
Distriktssköterska	18	81	1
Undersköterska	40	56	3
Kur/psyk/ter	54	45	1
Kön <sup>1</sup>			
Kvinna	41	58	1
Man	48	50	2

<sup>1</sup> Leg läk + allmänläkare, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

## Bilaga 21 Fråga 11) Varför arbetar du inte hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i den utsträckning som du själv önskar?.

	Min kompet. är begräns.	Min arbets-situation är pressad	Inget stöd hos närmsta chef	Inget stöd hos medarbetare	Min kompet. tas ej tillvara	Otydliga mål	Saknas riktlinjer	Låg prioritet från ledning	Ej adekvat ekonom. ersättn.	Brist. samarb. på mottagn.	Brist samarb. med andra enheter	Uppdrag motsvar. ej patient behov	Uppdrag inklud. ej befolkn. inriktade insatser	Ingår ej i mitt uppdrag	Bristfäll. datastöd	Patient är omotiver	Annat
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Total</b>	14	86	17	7	24	27	30	24	46	10	14	10	5	5	6	9	10
<b>Chefsbef.</b>	5	85	7	14	15	30	27	14	73	8	12	19	19	3	8	5	5
<b>Huvudman</b>																	
Landsting	4	82	0	9	14	23	27	9	68	4	18	18	14	0	4	4	9
Privat	5	86	10	16	16	35	27	16	76	11	8	19	22	5	11	5	3
<b>Yrke</b>					**						**						
Allmänläk	3	88	3	15	6	36	18	6	79	6	3	18	21	6	9	6	6
Distr.sköt	4	82	14	14	32	23	36	23	68	14	27	18	14	0	4	4	4
<b>Medarbet.</b>	15	86	18	6	25	27	31	25	44	10	14	10	4	5	5	9	10
<b>Huvudman</b>			**	*			**	*									
Landsting	15	88	14	4	24	26	26	22	43	10	12	10	5	6	4	8	12
Privat	15	85	22	8	25	28	35	27	44	10	16	9	4	5	6	11	8
<b>Yrke</b>	***	***	***		***		**	***	***		*			***			*
Leg läk	24	82	12	8	8	32	43	26	50	11	20	8	4	3	9	11	11
Allmänläk	6	93	8	3	9	27	29	16	63	6	20	12	8	3	9	14	16
Leg sjuksk	34	81	16	7	27	19	21	20	35	12	15	12	6	14	4	10	8
Distr.sköt	8	90	26	7	35	28	32	34	39	11	10	10	4	2	4	7	50
Undersköt	50	68	22	10	26	16	18	6	12	6	10	4	2	26	4	6	2
Kur/psy/ter	6	66	6	6	37	34	28	12	37	11	14	6	0	3	3	6	10
<b>Kön<sup>1</sup></b>	**					*											
Kvinna	19	89	8	6	6	23	33	23	57	8	21	8	8	2	9	11	9
Man	5	89	11	4	12	36	36	15	60	8	18	13	5	4	8	15	7

<sup>1</sup> Leg läkare +allmänläkare, \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.00



**Folkhälsa och klinisk medicin/Epidemiologi och global hälsa**

901 85 Umeå

090-785 27 69

[www.phmed.umu.se/enheter/epidemiologi/](http://www.phmed.umu.se/enheter/epidemiologi/)