

**RAPPORT FRÅN LANDSTINGSKANSLIETS EPIDEMIOLOGISKA  
UTREDNINGSGARBETE, NR 153, SEPTEMBER 2008**

**ALLMÄNLÄKARES ERFARENHETER  
AV ATT ARBETA MED EN VÄNTRUMS-  
ENKÄT SOM ARBETSINSTRUMENT**

**av Mats Granvik**

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<u>Sid</u>
<b>FÖRORD (INLEDNING)</b>	3
<b>SAMMANSTÄLLNING AV SVAR PÅ FRÅGOR OM VÄNTRUMSENKÄTEN</b>	5
<b>KOMMENTARER TILL SAMMANSTÄLLNINGEN AV LÄKARNAS SVAR PÅ FRÅGOR OM VÄNTRUMSENKÄTEN</b>	9
<b>CHECKLISTOR, SCREENINGINSTRUMENT OCH VÄNTRUMSENKÄTER INGENTING FÖR SVENSKA ALLMÄNLÄKARE?</b>	14
<b>UTREDNINGSRAPPORTERNA</b>	15
<b>REFERENSER</b>	16
<b>BILAGOR (Bilaga 1)</b>	17
<b>RAPPORTFÖRTECKNINGAR</b>	19

## FÖRORD (INLEDNING)

Under februari månad 2008 genomfördes ett "test" med en väntrumsenkät (bilaga 1) vid fyra vårdcentraler i Dalarna. Aktiviteten hade sin upprinnelse i önskemål om att prova ett arbetsredskap som skulle kunna underlätta för behandlande allmänläkare att systematiskt samla in uppgifter om patienten som underlag för dialog med patienten, framför allt för att lätt kunna uppmärksamma levnadsvanor och livssituationer som kan vara av betydelse för insatser av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande slag. (Syftet med väntrumsenkäten framgår delvis också av frågorna i den "uppföljningsenkät" som utarbetats i avsikt att fånga upp läkarnas erfarenheter av att ha arbetat med en sådan enkät och som redovisas i denna utredningsrapport.)

Den utformning av väntrumsenkäten som gjordes kom i hög grad att präglas av den norske allmänläkaren Kirsti Malteruds fyra nyckelfrågor för ett patientcentrerat förhållningssätt. Utgångspunkten i detta förhållningssätt är *patientens problembeskrivning* eller kontaktorsak(er) och vad patienten själv tror att det aktuella hälso-problemet *beror på* och vad han/hon *själv kan göra i hälsofrämjande syfte*.

Att arbeta med en väntrumsenkät innehållande frågor om levnadsvanor och livssituationer sågs i planeringsskedet av aktiviteten som *ett sätt att uppmuntra/intensifiera det "förebyggande" arbetet* och möjliggöra diskussioner och överväganden kring hur "optimalt" läkare arbetar med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inslag i konsultationerna. Den tilltänkta aktiviteten bedömdes därmed kunna ha *ett viktigt utvecklings- eller utbildningssyfte*.

Aktiviteten med väntrumsenkäten hade också en upprinnelse i ett önskemål om att få tillgång till en bild över *kontaktorsakspanoramata* vad gäller besök på allmänläkarmottagningar. Med utgångspunkt från de kontaktorsaker patienterna presenterat förväntades överväganden kunna göras kring hur "naturligt" eller motiverat det kan anses vara för allmänläkare att ta upp, framför allt, tobaks- och alkoholfrågan. Resultatet av sådana överväganden antogs sedan kunna relateras till uppgifter från Landstinget Dalarnas så kallade befolkningsenkäter, *bland annat* till uppgifter om i vilken utsträckning man som patient säger sig ha resonerat om sina alkohol- och tobaksvanor med läkare på vårdcentral eller fått hälsoråd i dessa avseenden.

Runt 45 ordinarie allmänläkare, hyrläkare och AT-/ST-läkare på Britsarvets vårdcentral, Gagnefs vårdcentral, Mora vårdcentral och Rättviks vårdcentral kom att i praktisk verksamhet "testa" den väntrumsenkät som utarbetats. På det lokala planet torde syftet med engagemanget enbart ha handlat om att just "testa" om ett arbetsinstrument av ifrågavarande slag kan underlätta eller uppmuntra de "förebyggande" inslagen i läkarkonsultationerna. (För några av de medverkande läkarna kan syftet dock tänkas ha framstått som något oklart.)

Vad patienterna rapporterat i väntrumsenkäten inför mötena med läkarna och vad läkarna rapporterat från konsultationerna har redovisats i en separat och rätt omfattande utredningsrapport (1). I den rapport som nu tagits fram redovisas de i "testet" av väntrumsenkäten medverkande läkarnas erfarenheter och synpunkter på eventuell framtida användning med inslag av resultat framkomna från det bedrivna utredningsarbetet. De bägge rapporterna är närmast tänkta att ge de inblandade *ett empiriskt underlag för självreflektion, diskussioner, internutbildning och verksamhetsutveckling.*

Undertecknad riktar ett stort TACK till **alla** som på olika sätt bidragit till att det via ett praktiskt "test" av en väntrumsenkät under en februarimånad samlats in information om konsultationer som kommit till stånd på allmänläkarmottagningarna vid Britsarvets, Gagnefs, Mora och Rättviks vårdcentral. Ett särskilt stort TACK till allmänläkarna Lars Jerdén och Hans Hallberg, båda verksamma vid Jakobsgårdarnas vårdcentral i Borlänge, och till närsjukvårdsledningens Anders Paperin som, närmast i egenskap av "utomstående betraktare", genom synpunkter, förslag och diskussioner kring ett första utkast till rapporten alla bidragit till utformningen och färdigställandet av slutprodukten. Det skall framhållas att Lars, Hans och Anders, liksom de i aktiviteten med väntrumsenkäten vid vårdcentralerna i Rättvik, Mora och Gagnef och vid Britsarvets vårdcentral berörda verksamhetsansvariga, går helt fria från de eventuella brister i själva rapportskrivandet som dokumentationen kan komma att uppvisa. Ett särskilt stort TACK också till sekreterare Britt-Marie Sandberg, verksam vid huvudkontorets utvecklingsenhet i Falun, som svarat för att information från patienter och deras allmänläkare på 2 237 väntrumsenkäter gjorts tillgänglig i elektronisk form och därmed möjliggjort statistiska bearbetningar och analyser som kommit till användning i den rapport som nu färdigställts.

Falun i september 2008

Mats Granvik  
Utredare

## SAMMANSTÄLLNING AV SVAR PÅ FRÅGOR OM VÄNTRUMSENKÄTEN

I syfte att kunna diskutera och utvärdera väntrumsenkätens användbarhet som arbetsredskap ombads alla i "testet" ("februaritestet") medverkande läkare på vårdcentralerna i Gagnef, Mora och Rättvik samt på Britsarvets vårdcentral besvara ett par frågor. **Frågorna avsåg patienter som var 20 år eller äldre.**

Av de 40-talet läkare som medverkade i den praktiska hanteringen av själva väntrumsenkäten (bilaga 1) på de fyra aktuella vårdcentralerna besvarade 36 den enkät med sex frågor och två följdfrågor som utarbetats i syfte att fånga upp erfarenheterna och förbättringsförslag inför eventuell fortsatt användning av arbetsredskapet. Hur de 36 läkarna svarat redovisas i den efterföljande texten fråga för fråga i den ordning de kom på enkäten.

**1 Anser Du att Du med väntrumsenkäten som arbetsredskap oftare kunnat göra patienterna *uppmärksamma* på levnadsvanornas och livssituationens betydelse för de hälsoproblem man söker för?**

Nej 11 (31%)                       Tveksam 15 (42%)                       Ja 10 (28%)

**2 Anser Du att Du med väntrumsenkäten som arbetsredskap oftare kunnat göra patienterna *uppmärksamma* på sina egna möjligheter till en hälsofrämjande livsföring?**

Nej 9 (25%)                       Tveksam 20 (56%)                       Ja 7 (19%)

**3 Har väntrumsenkäten tydliggjort något eller några *hinder* som inneburit att Du inte kunnat hantera patienternas hälsoproblem på det sätt som Du helst önskat?** Tex avsaknad av kringresurser i form av tobaksavvänjare, egna kunskapsbrister eller otillräckligt metodkunnande mm.

Nej 16 (44%)                       Tveksam 12 (33%)                       Ja 7 (19%)                      Blank=1

**Om "Ja", vilka hinder?**

*En möjlighet till mer aktiv rökavvänjning via ssk på vc. Otydligt i enkäten mängd alkohol.*

*Tex man söker akut för akut infektionssjukdom, tex influensa, och svarar att man vill ändra på sina alkoholvanor..... Pat har en annan husläkare..... tiden är för kort att ta upp det också.... o.s.v.*

*Att vi saknar rökavvänjningshjälp på vc Gagnef.*

*Ex rökavvänjning, tidsbrist ta i de saker de själva uppmärksammat.*

*Hälsocoach, rökavvänjning, KRINGRESURSER.*

*Tar mycket tid.... Inte för alla besvär behöver man veta om livsstil.*

*Egna kunskapsbrister på motiverande hälsosamtal.*

*För få instanser att hänvisa till.*

*Saknas dietister, kö till samtalsmott, oklart ang alkohol.*

*Kände redan till dom hinder som finns sedan förut.*

*Vet sedan tidigare att ont om rökavvänjning och viktgrupp. Nu Skönvik startat. Svårt att det ligger långt bort för en del patienter.*

*Avsaknad tobaksavvänjare, ovan använda FYSS, tidsbrist.*

*Brist på tid för tobaksavvänjning.*

#### **4 Anser Du att frågorna i väntrumsenkäten bör ändras/kompletteras i något/några avseenden? Hur? Finns det frågor eller svarsalternativ som Du haft svårt att hantera på ett meningsfullt sätt?**

*Dom är för "trubbiga" för att bli användbara.*

*Läkarfrågorna svåra att förstå tex "Annat".*

*Kryssruta direkt om patientens besök ej gäller livsstil.*

*Jag är lite oklar över syftet – var bara med 1 vecka. Om det inte bara gäller livsstil borde man utöka så att allergier och aktuella mediciner alltid finns med. Ändra: Om man fyller i att frågorna ej är relevanta för aktuell diagnos så kanske man inte behöver svara på alla extra frågor?*

*Att osorterat ge enkäten till alla som söker tycker jag är fel.*

*Frågorna var bra.*

*I förhållande till besöksorsaken vanligen helt irrelevanta frågor.*

*Den är i sin helhet helt meningslös.*

*Svårt att hinna med.*

*Exakt vad menas med flera av frågorna? Är pat avslutad om fortsatta kontroller är nödvändiga? Ingen ruta för remiss till annan klinik?*

*Merparten av patienterna som söker är pga andra orsaker än sjukskrivning eller livsstilsorienterade problem – i dessa fall tror jag att enkäten inte tillför något.*

*Om de ska vara en hjälp att diskutera livsstil vid besöken behöver de formuleras om.*

*Ja. Vet ej. Nej.*

*Borde mer tydligt framgå att < 20 år och > 75 år inte behöver besvara alla frågorna på sid 1. Det var många som inte fick den informationen och tyckte det var lite underliga frågor att ställa till barn.*

*Orsaken till sjukdomen är oftare virus, ärftlighet, okänd etc.*

*Många pat sökte för åkommor där frågorna om livsstil inte kändes så relevanta, tex infektioner. En del blev förvirrade eller irriterade på svarsalternativen, hittade inget som passade dem.*

Pat ifrågasatte o förstod inte frågorna, visste inte hur de skulle svara. Tog lång tid.

Fråga 3 sid 1: "orsak" är för starkt. Bör stå "bidragit till" eller liknande. Sidan 2: Kändes väldigt dåligt passande för de flesta kontakterna. Vet inte riktigt för vem den är konstruerad? Är det som checklista räcker det nog med första sidan. Är det för uppföljning/forskning måste man jobba mycket mer med frågorna.

Nej.

## **5 Vilket är ditt huvudintryck av väntrumsenkäten som arbetsredskap?**

Fördelar och nackdelar?

*Inte tillräckligt med tid för vårdsökande att fylla i.*

*För lång för pat. De flesta hade bara fyllt i första delen av enkäten..... Några fall var det intressant att se vad pat trodde de skulle behöva/kunna förändra i livet.*

*Fördelar: Att man alltid tar upp viktiga saker som rökning, alkohol, motion. Nackdel: Känns inte nödvändigt på alla pat som söker för annat om man har ont om tid.*

*Bra arbetsredskap. Kopplas till journalen, administration runt denna, INTERNET?*

*Bra att pat får fundera själva på orsak.*

*Jag tycker inte att den hjälper mig i arbetet.*

*+ Tankeställare. Det var lätt att fylla på med råd på vägen. – Inga nackdelar även om det vore bra med lite mer tid för ändamålet.*

*Fördel: Slapp fråga om rökning. Nackdel: För många av pat var det irrelevanta frågor. De visste inte vad de skulle fylla i.*

*Ej användbar.*

*Inga fördelar.*

*Bör göras kortare max 1 sida.*

*Krånglig och överarbetad.*

*Jag för själv in livsstilsförändringar i samtalet oavsett enkät.*

*De patienter som söker för livsstilsrelaterade problem exv diabetes, högt blodtryck – med dessa brukar jag alltid diskutera kost-motions-rökvanor. Jag upplevde inte att enkäten i sig underlättade den diskussionen.*

*Inte alls bra som arbetsredskap för mig att lyfta livsstilsfrågor.*

*Varken jag eller patienten hann med.*

*Det är lättare att diskutera tobak, alkohol och motionsvanor när pat ändå fyllt i det på enkäten. Nackdelen är att det tar lite mer tid.*

*Vi har många sjuka patienter där det inte är befogat att ställa dessa frågor. En del är för sjuka – tex anorexi.*

Bra sätt att få livsstilsfrågor på tal, men för tidskrävande och icke relevant i för många fall.

- Tog för lång tid av besöket att förklara o hjälpa pat, svårt hinna övrigt på 15 min tider. + Bra info att diskutera.

1:a sidan OK (obs ändra fråga 3). 2:a sidan onödig.

Fördelar: Pat får själv definiera/informera om problemet och det blev en naturlig, enkel utgångspunkt. Det blev tydligt att pat rel ofta söker för annat än vad som står i tidboken.

Bra på utvalda patienter. Ibland vill pat diskutera enkäten mer än tiden tillåter för orsaken till besöket. Pat önskar hjälp att fylla i då de kommer in till doktorn. Bra som "väckarklocka" att det går att göra något själv.

## **6 Är dina erfarenheter av väntrumsenkäten så goda att Du redan idag kan tänka dig att använda en sådan (eventuellt efter modifiering) som arbetsredskap även framöver?**

Nej 14 (39%)                       Tveksam 10 (28%)                       Ja 5 (14%)                      Blanka=7

**Om "Ja" på fråga 6 – Vilka anser Du vara de viktigaste skälen till en framtida användning? Hur ofta kan Du tänka dig att framöver använda en väntrumsenkät?**

*Viktigt – missar ej rökning & alkohol. I stort sett på alla pat.*

*JA, men utveckling över hantering etc.*

*Jag tror att frågorna i sig kan väcka och starta en process, även om man inte lägger ner så mycket arbete på det under konsultationen. Personligen tyckte jag att det krävdes en del energiuttag och det var en lättnad mär 1/3 infann sig.*

*Om pat fyller i rökning+motion och lämnar till receptionen för sekreteraren att fylla i labmodulen så underlättar det. Läkaren för upp frågorna i de fall det är aktuellt för besöksorsaken.*

*I en förkortad version med fokus på några frågor.*

*Modifierad version dock ev bra till utvalda grupper, men då kanske bättre med redan utvärderade instrument typ AUDIT?*

*Visa på hur viktiga dessa faktorer är för hälsan. Ca 1 mån varje år.*

*Om enkät skickas hem före o då kompletteras med ärlighet, ? mer användbart.*

*Har inget behov av väntrumsenkät. Tycker tyvärr att den inte fyller någon funktion. Vi är sedan många år tillbaka uppmärksammade på att de efterfrågade parametrarna är viktiga.*

## KOMMENTARER TILL SAMMANSTÄLLNINGEN AV LÄKARNAS SVAR PÅ FRÅGOR OM VÄNTRUMSENKÄTEN

Det skall i sammanhanget omnämnas att det från den redan färdigställda redovisningen (1) av vad patienterna rapporterat i väntrumsenkäten inför mötena med läkarna och vad läkarna rapporterat från konsultationerna framgått att undersökningsbortfallet blev runt 41%, ett bortfall som till sin storlek rimmar riktigt illa med en förhoppning om "ett bortfall nära 0". Bortfallet har av inblandade setts i ljuset av "bristande motivation att fylla i enkäter bland patienter med tämligen okomplicerade hälsoproblem" och "glömska hos personal i receptionen". Uppmaningen till verksamhetscheferna att medverkande läkare bör ha ett antal oifyllda enkäter nära till hands för att på framsidan fylla i åtminstone patientens kön, ålder och kontaktorsak(er) visade sig uppenbarligen inte ha fått något nämnvärt genomslag. Från redovisningen framgick det också att "okomplicerade hälsoproblem", framför allt tillhörande diagnosgruppen andningsorganens sjukdomar och symtomdiagnoserna, torde med stor säkerhet kunna påstås ha blivit underrepresenterade. Följden av detta bev att ***varken kontaktorsaksmönstret eller diagnospanoramats kunskapsområde beskrivas på ett helt rättvisande sätt utifrån det insamlade enkätmaterial.***

Från den tidigare redovisningen kan det även framhållas att det **finns belägg för att påstå att medverkande läkare, oavsett läkarkategori, i allmänhet sannolikt hanterat ifyllandet av väntrumsenkätens baksida på ett så adekvat sätt som möjligt:** "..... Det kan tolkas som att väntrumsenkäten så gott som alltid fångat upp det som den avsågs fånga upp i form av ageranden från läkarens sida i läkarpatientmötet. Om "Expektans utan åtgärd" inte markerats, så har istället, som sig bör, "Resonemang/rådgivning", "Hänvisning/ordination", "Sjukskrivning" och/eller "Läkemedelsbehandling" istället markerats."

Då ett av syftena med enkäten var att möjliggöra en beskrivning av kontaktorsakspanoramats på allmänläkarmottagningarna fick undertecknad acceptans från berörda verksamhetschefer för att mottagningspersonalen skulle dela ut väntrumsenkäten till *samtliga* patienter. Vad gäller "barn och bebisar" och "skröpliga äldre" var uppmaningen till mottagningspersonalen att be dessa eller medföljande att på enkätens framsida enbart uppge kön, ålder och kontaktorsak (och att mottagningspersonalen fick avgöra detta från fall till fall). Denna del av det praktiska hanterandet kan – "i en hektisk vardag" – sannolikt ha fungerat *mindre väl*: "Borde mer tydligt framgå att < 20 år och > 75 år inte behöver besvara alla frågorna på sid 1. Det var många som inte fick den informationen och tyckte det var lite underliga frågor att ställa till barn". I en reviderad version av enkäten bör, för att så långt det är möjligt undvika irritation och andra negativa reaktioner bland patienter, medföljande och läkare, informationen framgå av själva enkäten, förslagsvis efter frågan om kontaktorsak(er).

Om frågornas (enkätens) användbarhet råder delade meningar. De uppenbarligen påfallande många besöken där patienten söker för vanligtvis "okomplicerade hälsoproblem" som hosta och förkylning gör att frågorna många gånger kan framstå som irrelevanta för både patienter och läkare: "I förhållande till besöksorsaken vanligen helt irrelevanta frågor"..... "Merparten av patienterna som söker är pga andra orsaker än sjukskrivning eller livsstilsorienterade problem – i dessa fall tror

*jag att enkäten inte tillför något”.....”Många pat sökte för åkommor där frågorna om livsstil inte kändes så relevanta, tex infektioner. En del blev förvirrade eller irriterade på svarsalternativen, hittade inget som passade dem”.*

Synpunkten *”Orsaken till sjukdomen är oftare virus, ärftlighet, okänd etc.”* kan kommenteras med att svarsalternativet *”Annat”* på frågan om orsakerna till de besvär man sökt för kan användas för den typen av orsaker, vilket en hel del av patienterna gjort. (*”Virus/smitta/infektion”* är för övrigt en av de vanligaste orsakerna till uppkomna hälsoproblem enligt patienternas bedömningar och rapporteringar.) Dock: I en reviderad enkätversion bör frågan om orsaker kompletteras med svarsalternativet *”Vet ej”*. Detsamma gäller frågan *Vad skulle Du själv kunna ändra på för att må bättre?*. Vidare angående *”orsaker”*: *”Bra att pat får fundera själva på orsak”*.

**Svaren (eller synpunkterna) från de 36 läkarna pekar närmast på att väntrumsenkäten för de flesta ”inte varit till någon direkt hjälp i arbetet”.** En av de viktigaste orsakerna till detta, apropå orsaker, torde ha framkommit av en synpunkt från en av alla de allmänläkare inom Dalarnas primärvård som har många års erfarenhet av allmänläkaryrket: ***”Har inget behov av väntrumsenkät. Tycker tyvärr att den inte fyller någon funktion. Vi är sedan många år tillbaka uppmärksammade på att de efterfrågade parametrarna är viktiga.”*** (Skall den ståndpunkten tolkas som att *”livsstilsintervention”* för närvarande – under rådande förutsättningar för primärvårdsarbete – bedrivs på ett nära nog optimalt sätt?)

Enligt rapporteringarna i såväl landstingets befolkningsenkäter som nu i väntrumsenkäten kommer rökvanor bland patienter med diabetes och högt blodtryck oftare *”på tal”* än bland patienter med andra hälsoproblem. Ett citat rörande iakttagelser från befolkningsenkäterna: *”Analyserna av uppgifterna i landstingets befolkningsenkät visade också att det i stort sett är dubbelt så vanligt att på vårdcentralerna ge hälsoråd angående rökvanorna till dagligrökande patienter med hjärtbesvär, behandlingskrävande högt blodtryck och/eller behandlingskrävande diabetes än vad det är till dagligrökare i allmänhet. Det torde kunna bero på den nära kopplingen mellan de hälsoproblem man söker för och rökningens allmänt accepterade skadliga inverkan för just de hälsoproblemen, vilket (sedan länge) uttryckts i vårdprogram eller andra riktlinjer för behandling av sjukdomar.”* Iakttagelsen kan ses i ljuset av en synpunkt från en av de medverkande läkarna i aktiviteten med väntrumsenkäten: *”De patienter som söker för livsstilsrelaterade problem exv diabetes, högt blodtryck – med dessa brukar jag alltid diskutera kost-motions-rökvanor. Jag upplevde inte att enkäten i sig underlättade den diskussionen.”*

**Även om väntrumsenkäten ”inte varit till någon direkt hjälp i arbetet” för de flesta så har vissa förtjänster framkommit:** *”Bra att pat får fundera själva på orsak”.....”Bra som ”väckarklocka” att det går att göra något själv”.....”Visa hur viktiga dessa faktorer är för hälsan.....”..... ”Jag tror att frågorna i sig kan väcka och starta en process.....”..... ”Viktigt – missar ej rökning & alkohol”..... ”Fördelar: Pat får själv definiera/informera om problemet och det blev en naturlig, enkel utgångspunkt. Det blev tydligt att pat rel ofta söker för annat än vad som står i tidboken”.....”Det är lättare att diskutera tobak, alkohol och motionsvanor när pat ändå fyllt i det på enkäten.....”.*

En för väntrumssenkäten positiv synpunkt från en av de medverkande läkarna rimmar väl med ett för väntrumssenkäten positivt utfall från den statistiska sammanställningen och analysen. Synpunkten lyder som följer: ”+ *Tankeställare. Det var lätt att fylla på med råd på vägen. – (Inga nackdelar även om det vore bra med lite mer tid för ändamålet)*”. Och det till synpunkten välrimmande ”statistiska utfallet” lyder som följer: **”Rapporteringen i väntrumssenkäten tyder på att ett tidigt annonserande till läkaren om en positiv inställning till förändringar av kost-, motions-, rök- och alkoholvanorna i hälsofrämjande syfte och, framför allt, att de hälsoproblem man sökt för orsakats av ”dåliga” vanor av de slagen skulle kunna ha inneburit ett ökat engagemang i frågan från läkarens sida....”** Från den statistiska sammanställningen och analysen framgick det dock: *”För grovt sett varannan patient som i hälsofrämjande syfte uttryckt en positiv inställning till förändringar av kost-, motions-, rök- och alkoholvanorna har läkarna inte markerat något resonemang eller någon (uppmuntrande) rådgivning.”*

Att för allmänläkares alkoholintervention ta utgångspunkten i patientens hälsoproblem – vilket föreslagits av Svensk Förening för Allmänmedicin – synes enligt rapporteringen i väntrumssenkäten vara en inte alltför lättframkomlig väg. Jämförelser mellan utfallen i väntrumssenkäten och befolkningsenkäten tyder nämligen på att både män och kvinnor inte sällan underskattar (”mörkar”?) sitt bruk av alkoholhaltiga drycker när det gäller information till läkaren. (Däremot verkar man vara fullt uppriktiga när det gäller information om sina rökvanor, medan man ofta överskattar (överdriver?) sitt fritidsmotionerande.) Att *regelmässigt* ta fasta på en patients inför mötet med läkaren deklarerade positiva inställning till att vilja förändra sina alkoholvanor och sedan som läkare göra sitt allra bästa för att stödja ett realiserande av en förändring kan därför ha fog för sig.

Det ”statistiska utfallet” av väntrumssenkäten tyder också på att alkoholintervention med utgångspunkt från själva hälsoproblemet ”inte är en alltför lättframkomlig väg”. Av 136 kvinnliga besökare som (enligt en lätt reviderad checklista från Västerbottens läns landsting) fått en diagnos som kan motivera fördjupad alkoholanamnes eller alkoholintervention anser endast 1 att man skulle kunna ändra på sina alkoholvanor i hälsofrämjande syfte och av 118 manliga besökare med en sådan diagnos anser också endast 1 att man skulle kunna ändra på sina alkoholvanor i hälsofrämjande syfte.

I sammanhanget bör en slutsats från den omnämnda tidigare utredningsrapporten vara befogad att åter lyftas fram: *”Jämförelser mellan befolkningens rapportering i landstingets befolkningsenkäter och läkarnas rapportering i väntrumssenkäten avseende engagemanget i patienters rök- och alkoholvanor tyder närmast på att engagemanget i såväl rök- som alkoholvanorna oftare varit aktiva inslag i konsultationerna enligt läkarnas rapportering. **Enligt såväl befolkningsenkäterna som väntrumssenkäten föreligger dock ett betydande ”glapp” mellan ambitionerna i utfärdade riktlinjer för distriktsläkares och distriktssköterskors tobaks- och alkoholintervention och tillämpningen i praktiken, inte bara då det gäller patienternas rökvanor utan sannolikt också då det gäller patienternas alkoholvanor. En trolig underrapportering av alkoholbruket från patienternas sida gör att de verkliga konsumtionsnivåerna (med de risker för hälsan som kan följa) kan vara mycket svåra för läkaren att få ordentlig kläm på.”***

Från det kring rapporteringarna i väntrumsenkäten gjorda utredningsarbetet bör det även lyftas fram att **levnadsvanor och social situation hos vuxna patienter aktualiserats av allmänläkare genom "resonemang" eller "rådgivning" så ofta som i ungefär vartannat besök bland dem som besvarat enkätfrågorna.** (Oftast har det handlat om motionsvanorna.) Det tyder närmast på ett ur behandlingssynpunkt **omfattande engagemang i patienternas vardagsliv från allmänläkares sida då patienterna visat sig vara kommunicerbara i frågor om levnadsvanor och social situation** och beaktat alla besök som görs för vanligtvis helt okomplicerade hälsoproblem som öronvärk, halsont och snuva, hälsoproblem som såväl patienterna som allmänläkarna i allmänhet uppenbarligen inte finner det motiverat att koppla till omständigheter i vardagslivet.

Andelen besök av vuxna där det för såväl läkarna som patienterna kan te sig långsökt eller helt omotiverat att ta upp levnadsvanor eller social situation *mot bakgrund av det aktuella hälsoproblemet* kan röra sig om åtminstone 30%. Det betyder att allmänläkare aktualiserat levnadsvanor och social situation hos vuxna patienter genom "resonemang" eller "rådgivning" i, uppskattningsvis, ungefär *var tredje besök* sett till samtliga besök som man haft.

Ur ett *patientperspektiv* borde någon form av hjälp (stöd, uppmuntran, råd, ordination, hänvisning.....) från allmänläkares sida kring levnadsvanor och social situation vara naturlig eller motiverad i bortåt *nästan* hälften av de besök som 20-74-åringar gör – med hänsyn till lätt identifierbara, och långt framskridna, tankar på hälsofrämjande förändringar i vardagen. Ur såväl ett patientperspektiv som ett läkarperspektiv kan det handla om *drygt* hälften (56%) av besöken.

**Trots "ett ur behandlingssynpunkt omfattande engagemang i patienternas vardagsliv från allmänläkares sida" så "missar" allmänläkare sannolikt en möjlighet till motiverad och naturlig livsstilsintervention (råd, recept på motion, "uppmuntran på vägen" med mera) i upp till ungefär var femte besök – sett till de långt framskridna och lätt identifierbara tankar på hälsofrämjande förändringar i vardagen som patienterna går och bär på.**

Det har på senare år från olika håll allt oftare hörts att fysisk aktivitet på recept kan fungera som ett komplement till traditionell läkemedelsbehandling eller utgöra enda behandlingsinsats, men det har också hörts att recept på fysisk aktivitet hittills varit *en marginell företeelse* inom hälso- och sjukvården. Att, som nu framkommit av rapporteringen i väntrumsenkäten, "endast" 27 ordinationer av fysisk aktivitet utfärdats vid 1 880 läkarbesök (gjorda av 20-åringar och äldre) – medan läkemedel ordinerats i över 1 000 av besöken – tyder på detta. Från forskning som bedrivits vid Linköpings universitet (2) har det hävdats att "*var tredje patient är en potentiell receptkund för motion*" utifrån ett patientperspektiv. Detta rimmar *väl* med vad som kunnat klarläggas från patienternas rapportering i februari månads väntrumsenkät.

Av i utredningsarbetet gjorda kalkyler framgår det att 25 utfärdade recept på fysisk aktivitet bland patienter i åldrarna 20-74 år kan ses i ljuset av 977 potentiella receptkunder. Det innebär att högst 3% av de "potentiella receptkunderna" fått ett recept. Tar allmänläkare regelmässigt fasta på den positiva inställning till förbättrade motionsvanor som patienterna kan förmås uttrycka, så bör det finnas goda möjligheter för allmänläkare att kunna öka ordinationerna av fysisk aktivitet och

därigenom bättre kunna uppmuntra och hjälpa patienterna att gå från tanke till handling. (Rådgivning till patienter i klinisk vardagsmiljö leder till att de ökar sin fysiska aktivitet med 12-50% under minst sex månader efter rådgivningstillfället. Upprepade kontakter under flera månader medför en ytterligare ökad aktivitetsnivå. Kompletteras rådgivningen med recept på fysisk aktivitet ökas den fysiska aktivitetsnivån med ytterligare 15-50%.)

## CHECKLISTOR, SCREENINGINSTRUMENT OCH VÄNTRUMSENKÄTER INGENTING FÖR SVENSKA ALLMÄNLÄKARE?

Den väntrumsenkät som prövats som arbetsredskap kan ses både som en checklista och som ett screeningsinstrument.

I en artikel i Läkartidningen för några år sedan kunde läsaren från en intervju med en företrädare, dåvarande ordföranden, för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) läsa att "checklistor är ingenting för svenska läkare" (3). Att ta upp ohälsosamma levnadsvanor i samband med den åkomma som ligger till grund för läkarbesöket sågs som det mest effektiva sättet att få en patient att ändra livsstil.

I en annan artikel i Läkartidningen (4) kunde läsaren notera att "checklistor och screening är ett hot mot konsultationen".

Finner man som behandlande allmänläkare att, exempelvis, det inte är "lätt att fylla på med råd på vägen" om det på en väntrumsenkät signalerats långt gångna tankar på hälsofrämjande förändringar och att det inte "är lättare att diskutera tobak, alkohol och motionsvanor när pat ändå fyllt i det på enkäten" eller om man inte finner enkäten "bra som väckarklocka att det går att göra något själv", så kan det säkert vara svårt att se en väntrumsenkät som ett användbart arbetsredskap.

De flesta allmänläkare är säkert mycket medvetna om vikten av att vid besök diskutera en persons levnadsvanor. I Dalarna har många lång yrkeserfarenhet. Enligt utfallet av 2002 års "allmänläkarenkät" hade "hela" 72% av de manliga allmänläkarna arbetat som läkare i *minst* 20 år och 50% av de kvinnliga (5). 98% hade arbetat som läkare i *minst* 10 år. En *majoritet* av de idag verksamma allmänläkarna torde därför kunna instämma i följande kommentar: "Har inget behov av väntrumsenkät. Tycker tyvärr att den inte fyller någon funktion. Vi är sedan många år tillbaka uppmärksammade på att de efterfrågade parametrarna är viktiga". För en minoritet av allmänläkarna – cirka 15% av allmänläkarkåren – torde dock ett arbetsredskap i form av en väntrumsenkät kunna göra arbetet lättare och bättre: "+ Tankeställare. Det var lätt att fylla på med råd på vägen. – Inga nackdelar även om det vore bra med lite mer tid för ändamålet", "Det är lättare att diskutera tobak, alkohol och motionsvanor när pat ändå fyllt i det på enkäten", "Fördelar: Pat får själv definiera/informera om problemet och det blev en naturlig, enkel utgångspunkt.....", "Bra som "väckarklocka" att det går att göra något själv", "Bra att pat får fundera själva på orsak".....

## UTREDNINGSRAPPORTERNA

Denna rapport är framtagen inom ramen för det epidemiologiska utredningsarbete som bedrivs vid Landstinget Dalarnas huvudkontor. **Epidemiologiskt utredningsarbete** innebär studier av ohälsans utbredning och orsaker i en bestämd befolkning. En bred definition av det epidemiologiska arbetsområdet innefattar även studier av annat än sjukdomar och hälsobesvär, exempelvis riskbeteende (som rökning), livssituationer (som arbetslöshet), förebyggande och hälsofrämjande insatser (som alkoholintervention) och utnyttjande av hälso- och sjukvård.

Det epidemiologiska utredningsarbetet vid landstingets huvudkontor (landstingsstyrelsens kansli) har under åren haft två huvudinriktningar, dels en som kan karakteriseras som **folkhälsouppföljning**, dels en som kan karakteriseras som **verksamhetsuppföljning**. Tyngdpunkten i utredningsarbetet ligger numera på verksamhetsuppföljningar, innebärande klarlägganden av sjukvårdens, i synnerhet primärvårdens, sätt att möta befolkningens behov av hälso- och sjukvård med utgångspunkt från landstingets sjukvårdspolitiska målsättningar kring tillgänglighet, bemötande, förtroende och hälsorådgivning. Resultaten av utredningsarbetena har dokumenterats i en serie rapporter (Se rapportförteckning längst bak i rapporten!). Dessa kan göras tillgängliga via internet (Se länkar nedan!).

Verksamhetsuppföljningar:

[http://www.ltdalarna.se/templates/Base\\_\\_\\_\\_\\_912.aspx](http://www.ltdalarna.se/templates/Base_____912.aspx)

Folkhälsouppföljningar:

[http://www.ltdalarna.se/templates/Base\\_\\_\\_\\_\\_3082.aspx](http://www.ltdalarna.se/templates/Base_____3082.aspx)

## REFERENSER

- 1 Granvik, M. *2 237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna*, Utredningsrapport (nr 152). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli (Huvudkontoret). Falun september 2008.
- 2 Landstingsvärlden (Intervju med Matti Leijon). *Nätverk nödvändigt för motion på recept*. Nr 15/2002 (s 17).
- 3 Läkartidningen (Intervju med Meta Wiborgh). *Checklista inget för svenska läkare*. Vol 97, Nr 38 (s 4167), 2000.
- 4 Sigurdsson J, Getz L, Hetlevik I. *Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen*. Läkartidningen. Vol 101, Nr 15-16 (s 1412-5), 2004.
- 5 Granvik M, Hallberg H. *Hinner inte? Orkar inte?* Utredningsrapport (nr 122). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli (Huvudkontoret). Falun augusti 2002.

## BILAGA 1: BESÖKSFORMULÄR FÖR LÄKARBESÖK VID X VÅRD-CENTRAL

Var vänlig uppge .....

Kön:  Kvinna  Man

Ålder:  Under 20 år  20-44 år  45-64 år  65-74 år  Över 74 år

1 Vad vill Du ha hjälp med idag? Ange besöksorsak(er): .....

.....

2 Har Du tidigare besökt läkarmottagningen för det som Du *nu* kommer för?

Ja, en gång  Ja, några/flera gånger  Nej (aldrig tidigare)

3 Vad tror Du har *orsakat* de hälsoproblem Du söker för? (Markera med X i lämpliga rutor!)

Arbetsmiljön  Arbetslöshet  Familjeproblem/ensamhet etc  Dåliga motionsvanor

Dåliga kostvanor  Övervikt/fetma  Rökvanorna  Alkoholvanorna

Dålig privatekonomi  Annat: .....

4 Röker Du?  Ja, (så gott som) dagligen  Ja, ibland  Nej

5 Hur *ofta* dricker Du starköl, vin och/eller starksprit?

(Så gott som) dagligen  3 - 5 dagar i veckan  1 eller 2 dagar i veckan

Högst någon dag per månad  (Så gott som) aldrig

6 Hur *många dagar* i veckan brukar Du motionera i minst 30 minuter (t ex cykla, promenera i rask takt ....)? (Markera med X i lämplig ruta!)

Ingen dag  1 - 2 dagar  3 - 5 dagar  6 - 7 dagar

7 Vad skulle Du själv kunna ändra på för att må bättre? (Markera med X i lämpliga rutor!)

Kostvanorna  Motionsvanorna  Rökvanorna  Alkoholvanorna  Familjeförhållandena

Arbetsförhållandena  Fritiden  Annat: .....

**VAR VÄNLIG LÄMNA DET IFYLLDA FORMULÄRET TILL LÄKAREN DIREKT NÄR DU KOMMER IN!**

## IFYLLES AV LÄKAREN

Diagnos: 1 ..... 2 ..... 3 .....  
(huvuddiagnos)

### ÅTGÄRDER:

Expektans utan åtgärd

#### 1 Resonemang/rådgivning:

- Kostvanorna       Motionsvanorna       Rökvanorna       Alkoholvanorna  
 Arbetsförhållandena       Familjeförhållandena  
 Annat: .....

#### 2 Hänvisning/ordination:

- Psykolog/kurator       Dietist/kostrådgivare       Ordination FYSS/Fysisk aktivitet på recept  
 Rökavvänjning       Alkoholintervention  
 Annat: .....

Gäller följande åtgärd *framöver* för patienten?..... **OBS: Avser *enbart* det som patienten nu söker för!**

3 Sjukskrivning:       Nej       Ja, heltid       Ja, deltid

4 Läkemedelsbehandling:       Nej       Ja

5 Fallet avslutat:       Ja       Nej

AT/ST-läkare

Läkare:  Ordinarie       Hyrläkare     

X

Underskrift: .....

## RAPPORTER FRÅN LANDSTINGSKANSLIETS EPIDEMIOLOGISKA UTREDNINGSBETE

- Nr 1 Granvik, M, Den epidemiologiska strategin, juli 1981
- Nr 4 Granvik, M, Kommundiagnoser i Kopparbergs län, april 1982
- Nr 9 Granvik, M, Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi (Förslag till slutrapport), september 1982
- Nr 34 Granvik, M, Vad kan vi rikta uppmärksamheten på i folkhälsoarbetet?, september 1986
- Nr 88 Granvik, M, Precisera beställarkraven! - information i landstingsstyrelsen, september 1995
- Nr 90 Granvik, M och Sandberg, B-M, Demografi, socioekonomiska förhållanden, vårdutnyttjande, sjuklighet och dödlighet - Vad kännetecknar länets sjukvårdsområden?, december 1995
- Nr 92 Granvik, M, Blev grund- och gymnasieskolorna rök- och snusfria?, februari 1996
- Nr 99 Fritzell, P och Granvik, M, 1996 års befolkningsenkät - resultatredovisning: Personer med värk i länd- och korsryggen, april 1997
- Nr 112 Granvik, M, Hur gick det? – En uppföljning av landstinget Dalarnas hälsopolitiska målsättningar för år 2000, december 2000.
- Nr 117 Granvik, M, Befolkningsenkäten vårvintern 2000: Kompletterande resultatredovisning med fokus på "frånvaro från arbetet på grund av egen sjukdom" och "långtidssjukskrivna (minst 90 dagar)", juli 2001.
- Nr 120 Granvik, M, Befolkningsenkäten vårvintern 2000: Kompletterande resultatredovisning avseende dalfolkets rapportering av "utbrändhet", december 2001.
- Nr 122 Granvik, M och Hallberg, H, Hinner inte? Orkar inte?" – Allmänläkares uppfattningar om "förebyggande" och psykosocial problematik, augusti 2002.
- Nr 124 Granvik, M, Hälsa och levnadsvanor bland niondeklassare i Dalarna höstterminen 2002, mars 2003.
- Nr 128 Granvik, M, Kommer levnadsvanor och social situation upp till diskussion då befolkningen besöker hälso- och sjukvården för att få hjälp med sina hälsoproblem?, januari 2005.
- Nr 132 Granvik, M, Ungdomsenkäten höstterminen 2004, april 2005
- Nr 134 Granvik, M, Patientenkäter och befolkningsenkäter som instrument för att mäta primärvårdens sätt att fungera, augusti 2005
- Nr 136 Granvik, M, Vårdbarometern – Resultat för åren 2003- 2005, december 2005

- Nr 137 Granvik, M, Nationella befolkningsenkäten – Resultat för åren 2004-2005, januari 2006
- Nr 138 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Beskrivning av metod och material och resultatredovisning med fokus på befolkningens uppfattningar om väntetiderna inom Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård och tillgodoseendet av de upplevda vårdbehoven, oktober 2006
- Nr 139 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på sjukvårdsrådgivning per telefon och vårdcentralernas telefon-tillgänglighet, november 2006.
- Nr 140 Granvik, M och Sandberg, B-M, 2006 års postenkätundersökning – Serviceprofiler för Landstinget Dalarnas vårdcentraler mm., november 2006.
- Nr 141 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på bemötandet vid vårdcentralerna och förtroendet för hälso- och sjukvården, januari 2007.
- Nr 142 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på hälsotillstånd och levnadsvanor, februari 2007.
- Nr 143 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Kompletterande resultatredovisning med fokus befolkningens levnadsvanor ur hälsofrämjande och förebyggande perspektiv, april 2007.
- Nr 144 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på personer som på "sin" vårdcentral nekats sjukskrivning eller remiss till specialist och på personer som avstått från att kontakta "sin" vårdcentral trots ett upplevt kontaktbehov, juli 2007.
- Nr 145 Granvik, M, 2007 års äldreenkät, september 2007.
- Nr 146 Granvik, M, Paperin, A. Öppna jämförelser till gagn för alla och som avstamp för framtiden?, oktober 2007.
- Nr 147 Granvik, M, Föredragning i landstingsstyrelsen 5 november 2007 – Overheadbilder, november 2007.
- Nr 148 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Kompletterande resultatredovisning med fokus på 20-64-åringars läkemedelsanvändning, november 2007.
- Nr 149 Granvik, M, Paperin, A. Öppna jämförelser -avstamp till ett platt fall!, november 2007.
- Nr 151 Granvik, M. Hälsosamt och ohälsosamt levnadssätt och "hälsosammanbrott", januari 2008.
- Nr 152 Granvik, M, 2 237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna, september 2008.

## **FÖRTECKNING ÖVER ARTIKLAR, PROJEKTPLANER, VERKSAMHETS- BESKRIVNINGAR MM FRÅN LANDSTINGSKANSLIETS EPIDEMIOLOGISKA UTREDNINGSBETE**

Granvik, M och Lindbom, G, Utveckling av hälsopolitisk verksamhet i  
Kopparbergs läns landsting, Sjukhuset, nr 2, s 68-70, 1982

Bolin, H och Granvik, M, Att utreda och förebygga sjukdomar och skador -  
erfarenheter från Kopparberg, SFAM-Nytt, nr 6, s 206-210, 1982

Bolin, H och Granvik, M, Dödlighet i cerebrovasculära sjukdomar hos kvinnor i  
Älvdalens kommun, Allmänmedicin, nr 3, s 125-130, 1984

Granvik, M och Hallberg, H, För-tidigt-döda-män i Borlänge kommun,  
Allmänmedicin, nr 4, s 181-186. 1985

Granvik, M, Lundström, N och Nordbäck, B, Besök på en distriktsläkarmottag-  
ning i Dalarnas glesbygd, Allmänmedicin, nr 1, s 30-33, 1986

Granvik, M, Kommunprofiler - till vad nytta?, Allmänmedicin, nr 2, s 59-61, 1986

Granvik, M, Jerdén, L, Hjort, H, Näs-Persson, C och Öyen, B, Hälsoundersök-  
ning av medelålders män i Falun, Allmänmedicin, nr 5, s 229-231, 1986

Granvik, M, Karakterisering av patienter med många läkarkonsultationer  
("storkonsumenterna") vid en vårdcentral i glesbygd med hjälp av AID-analys,  
Utkast till artikel, augusti 1986

Granvik, M, Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat eller att kunna men  
inte vilja?, Socialmedicinsk tidskrift, nr 5-6, s 234-242, 1990

Granvik, M, Sandberg, B-M, Friberg, L, Lind, B, Nilsson, B, Låga halter av bly  
och kadmium i blod hos skolbarn i såväl tätbygds- som glesbygdsområden i  
Dalarna, Läkartidningen, Vol 85, nr 5, s 320-322, 1988

Granvik, M, Rökning bland skolbarn visar sig i förhöjda tungmetallhalter i blodet,  
Vårt landsting, Kopparbergs läns landsting, nr 1, s 11, 1988

Granvik, M, Jäverfalk, T och Wahlberg, S-E, Särskild hälsoundersökning av  
personer bosatta i vissa försurningsdrabbade områden i Dalarna, Projektplan,  
1988-07-06

Granvik, M och Nilsson, L, Rökruta bara på två av grundskolorna, Debattartikel,  
Dala-Demokraten, 1993-02-17

Granvik, M, Länets äldre nöjda med sjukvården, men ....., Debattartikel, Nya  
Ludvika Tidning, 1993-11-17

Granvik, M och v Schultz, M, Effekten av kostinformation för bättre blodfett-  
värden minskade på sikt, AllmänMedicin, nr 1, s 33-34, 1995

- Granvik, M, Felaktig uppfattning om Dalarnas sjukvård, Debattartikel, Falu-Kuriren, 1995-01-14
- Granvik, M, "Läkares råd om rökstopp" – en potential i folkhälsoarbetet?, AllmänMedicin, nr 2, s 109-111, 1996
- Granvik, M, För dyrt att söka sjukvård?; Läkartidningen, Vol 95, nr 5, s 364-365, 1998
- Granvik, M, "För dyrt att söka sjukvård!" – inte alltid enbart en fråga om brist på pengar, AllmänMedicin, nr 1, s 17-19, 1998
- Granvik, M, Sysselsättning, ekonomiska svårigheter och ohälsa i Dalarna, Socialmedicinsk tidskrift, nr 6, s 273-279, 1998
- Granvik, M och Nilsson, L, 15-åringars rökvanor i Dalarna, Hälsa & Miljö i Skolan, nr 3/Läsåret 1998-99, s 18-19, Förlagshuset Gothia, Göteborg 1998.
- Granvik, M och Melander, A, Utreds alkohol- och motionsvanor vid oro, ångest och sömnsvårigheter? Medikament, nr 3, s 83-85, 1999.
- Granvik, M, Har "det förebyggande" fått vad det förtjänar?, AllmänMedicin, nr 3, s 176-180, 2002.
- Granvik, M, Hallberg, H, När tiden inte räcker till, AllmänMedicin, nr 6, s 332-9, 2002.
- Granvik, M och Hallberg, H. Marianne, 40 år, en fiktiv patient med symtom på utbrändhet - Allmänläkarna sjukskrev, men kom inte dialogen med patienten i skymundan?, Läkartidningen, Vol 100, nr 12, s 1036-41, 2003.
- Granvik, M, Få psykologiska effekter i Dalarna av Irakkriget, Medikament, nr 3, s 50-51, 2004.
- Granvik, M, Paperin, A. Hälso- och sjukvården är på rätt väg i Dalarna. Dalarnas Tidningar (Falu-Kuriren m fl). 2006-11-14.
- Granvik, M, Paperin, A. Måste lokalpressen alltid ha "svarta rubriker" om Landstinget Dalarna? [www.ltdalarna.se/upload/5951/debattartikel.pdf](http://www.ltdalarna.se/upload/5951/debattartikel.pdf).
- Granvik, M, Paperin, A. Orättvis rangordning i Öppna jämförelser. Dagens Medicin, nr 45/2007 (s 35).
- Granvik, M, Paperin, A. Platt fall för SKL:s Öppna jämförelser. Dagens Medicin, nr 48/2007 (s 43).