

RAPPORT FRÅN LANDSTINGETS EPIDEMIOLOGISKA UTREDNINGSARBETE, NR 178, MARS 2010

2009 ÅRS POSTENKÄT- UNDERSÖKNING

**RESULTATREDOVISNING
med fokus på tillgång till
förebyggande hälsovård
och hälsofrämjande insatser
vid vårdcentralerna**

av Mats Granvik

FÖRORD

Vårvintern 2009 besvarade drygt 7 000 20-64-åringar Landstinget Dalarnas återkommande så kallade befolkningsenkät. Befolkningsenkäten är en postenkät som sätter fokus på dalfolkets hälsa, levnadsvanor, sociala situation och erfarenheter av hälso- och sjukvårdens (med fokus på *vårdcentralernas*) sätt att fungera. (Särskilda undersökningar riktade till ungdomar och till äldre genomförs också.)

Från 2009 års undersökning har de avsnitt i postenkäten som behandlar 20-64-åringars kontakter med hälso- och sjukvården redan redovisats i sex fristående utredningsrapporter (1-6). I en av dessa (1) har undersökningens uppläggning och genomförande kortfattat beskrivits. Utöver de sex rapporterna har ytterligare två färdigställts kring de avsnitt i postenkäten som handlar om levnadsvanorna och hälsotillståndet (7,8). Av de åtta utredningsrapporter som hittills färdigställts går det att skönja ett allt tydligare samband mellan läkarbemanningen på vårdcentralerna, folkhälsoutvecklingen och rådande uppfattningar om vårdcentralernas sätt att fungera. Man kan å ena sidan finna att en allt negativare syn på vårdcentralernas sätt att fungera under 1990-talet gått hand i hand med ökade bemanningsproblem på läkarsidan och en allt mera utbredd psykisk/psykosocial problematik och smärtproblematik. Å andra sidan kan man under 2000-talets första decennium finna att en tydlig stabilisering i den tidigare så negativa folkhälsoutvecklingen och vissa förbättringar i denna gått hand i hand med minskade bemanningsproblem till följd av anlitanade av hyrläkare ("stafettläkare") och en mindre negativ syn på vårdcentralernas sätt att fungera. En positiv syn på vårdcentralernas sätt att fungera förefaller i hög grad vara knutet till om alla (eller så *gott som* alla) läkartjänster som budgeterats kan uppbäras av ordinarie läkare och att intresse, kunnande och tidsutrymme finns bland personalen för att hjälpa personer med smärtproblematik och psykisk/psykosocial problematik.

I den föreliggande rapporten riktas uppmärksamheten på i vilken utsträckning dalfolk i 20-64-årsåldern förändrat sina levnadsvanor i hälsofrämjande syfte. Uppmärksamhet riktas också på varifrån man fått den bästa inspirationen till att förbättra sina levnadsvanor, på vad man anser att man främst borde ändra eller förbättra för att *framöver* kunna må bättre och på huruvida levnadsvanorna "kommit på tal" i mötena med hälso- och sjukvården. I linje med det senare kommer uppmärksamhet dessutom att riktas på om man anser sig ha tillgång till förebyggande hälsovård på den vårdcentral som man brukar vända sig till.

Ett stort TACK till min arbetskamrat Britt-Marie Sandberg för information om landstingets utvecklingsarbeten kring företeelserna "motiverande samtal" och "motion på recept" och för stimulerande resonemang kring detta.

Falun i mars 2010

Mats Granvik
Utredare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	<u>Sid</u>
(FÖRORD)	2
1 RESULTATREDOVISNING	4
1.1 Vad man <i>ändrat</i> i sina levnadsvanor för att må bättre	4
1.2 Bästa inspirationen till förbättrade levnadsvanor	6
1.3 Vad man anser sig <i>framöver</i> behöva göra i hälsofrämjande syfte	9
1.4 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna och hälsoråd från sjukvårdspersonal	11
1.4.1 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna	11
1.4.2 Hälsoråd från sjukvårdspersonal	13
1.4.3 Sjukvårdspersonals resonemang och/eller hälsoråd rörande befolkningens levnadsvanor	19
1.4.3.1 Distriktsläkares och distriktssköterskors tobaksintervention	20
1.4.3.2 Distriktsläkares och distriktssköterskors alkoholintervention	21
1.5 Tillgång till förebyggande hälsovård på vårdcentralerna	23
1.6 Utrymme för ett intensifierat hälsofrämjande och förebyggande arbete	31
1.6.1 Utrymme för "ökad fysisk aktivitet"	31
1.6.1.1 Ordination av fysisk aktivitet	31
1.6.1.2 Om ett projekt som berört ordination av fysisk aktivitet	31
1.6.1.3 Om utrymmet för "ökad fysisk aktivitet"	33
1.6.2 Utrymme för "ökad tobaksintervention"	34
1.6.3 Utrymme för "ökad alkoholintervention"	35
2 SAMMANFATTNING	37
3 AVSLUTANDE KOMMENTARER	41
REFERENSER	42
BILAGOR	44
RAPPORTFÖRTECKNINGAR	55
UTREDNINGSRAPPORTERNA PÅ NÄTET	59

1 RESULTATREDOVISNING

Eftersom det i resultatredovisningen genomgående rör sig om *stickprovsdata*, data från en urvalsundersökning, så är alla redovisade skattningar av okända parametrar (proportionstal) som beskriver befolkningen i olika avseenden behäftade med *slumpfel*. Slumpfelets storlek är delvis beroende på hur vanligt (eller ovanligt) det studerade fenomenet är och är alltid störst då den skattade förekomsten ligger kring 50 procent och minskar ju närmare 0 procent och 100 procent man kommer.

Ett så kallat *konfidensintervall* brukar användas för att beskriva det slumpfel eller den osäkerhetsmarginal som en skattning är behäftad med. Felmarginalernas storlek kan *på länsnivå* betraktas som tämligen blygsamma. De kommer därför inte alltid att beaktas i texten, eftersom många av de bilder av dalfolkets rapportering som kommer att redovisas inte bedömts kräva fullständig exakthet. Då *jämförelser* görs mellan olika grupper i befolkningen (etcetera), krävs konfidensintervall (eller chi-två-test) för att avgöra om det existerar statistiskt säkerställda skillnader.

Om ett konfidensintervall som räknats fram från stickprovsdata kan det sägas att det beräknats med en procedur där man hade en viss på förhand vald (till exempel 95 procents) chans att träffa rätt, det vill säga att *intervallet innehåller det sanna (men okända) värdet (proportionstalet)*. Detta kan uttryckas som att man har 95 procents konfidens för det aktuella intervallet. Att observera är att när ett specifikt konfidensintervall beräknats är ingenting variabelt längre. Antingen innehåller intervallet det sanna värdet eller så gör det det inte. En formulering som "sannolikheten är 95 procent att det sanna värdet ligger mellan intervallets lägsta och högsta värde" blir därmed inte principiellt korrekt. (10)

1.1 Vad man *ändrat* i sina levnadsvanor för att må bättre

I runda tal fyra av tio män och varannan kvinna hade, enligt tabell 1 (på nästa sida), under den senaste tolv månadersperioden fram till vårvintern 2009 gjort någon eller några förändringar i sina levnadsvanor för att uppnå en bättre hälsa. Såväl män som kvinnor hade (ur ett befolkningsperspektiv) främst ändrat på sina kost- och motionsvanor samt börjat ta större hänsyn till det egna välbefinnandet. Rapporteringen vårvintern 2003 (9) gav precis samma utfall. Den enda statistiskt säkerställda förändringen av levnadsvanorna under tidsperioden är att en högre andel män än tidigare ändrat på sina snusvanor, vilket rimmar med att andelen män som snusar dagligen minskat (8).

Tabell 1 Levnadsvanor som 20-64-åringar under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2009 förändrat med tanke på att förbättra sin hälsa och kunna må bättre. (Skattningar med 95-procentiga konfidensintervall.)

	Kvinnor	Män
Andel (%) som svarat <i>Ja</i> på frågan <i>Har Du förändrat Dina levnadsvanor under de senaste 12 månaderna med tanke på att förbättra Din hälsa och kunna må bättre?</i> (Internbortfallet har exkluderats)	51 [49,52]	42 [41,44]
Andel (%) som förändrat: (Avser samtliga som besvarat enkäten)		
<i>Motionsvanorna</i>	33 [32,34]	26 [25,28]
<i>Rökvanorna</i>	6 [5,6]	4 [4,5]
<i>Snusvanorna</i>	1 [0,1]	5 [4,5]
<i>Kostvanorna</i>	27 [26,28]	21 [20,22]
<i>Alkoholvanorna</i> (öl, vin och sprit)	3 [3,4]	6 [5,7]
<i>Börjat ta större hänsyn till det egna välbefinnandet</i> (inklusive "slutat jäkta", "lärt mig säga nej" etc på <i>Andra levnadsvanor</i>)	23 [22,25]	16 [14,17]
<i>Andra levnadsvanor</i>	3 [3,4]	2 [1,2]

Hälsoproblem bland 20-64-åringar tillskrivs (av de drabbade) i första hand arbetsmiljön, men uppskattningsvis ungefär 20 000 rapporterade vårvintern 2009 hälsoproblem till följd av övervikt/fetma, ungefär 38 000 till följd av dåliga motionsvanor och ungefär 22 000 till följd av dåliga kostvanor. Dessutom rapporterade uppskattningsvis mellan 4 000 och 5 000 av dagligrökarna hälsoproblem till följd av sina tobaksvanor och i runda tal 3 000 hälsoproblem till följd av sina alkoholvanor. (7)

Av dem som rapporterat hälsoproblem till följd av övervikt/fetma uppgav cirka 56 procent att man inte ändrat på sina motionsvanor under den senaste tolv månadersperioden i hälsofrämjande syfte och cirka 60 procent att man inte heller ändrat på sina kostvanor. Av 20-64-åringars rapportering framgår det också att i runda tal 2 av 3 av dem som rapporterat hälsoproblem till följd av dåliga motionsvanor inte ändrat på sina motionsvanor i hälsofrämjande syfte, att lika många (2 av 3) av dem som rapporterat hälsoproblem till följd av dåliga kostvanor inte ändrat på sina kostvanor och att ungefär lika många av dem som rapporterat hälsoproblem till följd av sina alkoholvanor inte ändrat på alkoholvanorna samt att "hela" 80 procent av de dagligrökare som rapporterat hälsoproblem till följd av sina tobaksvanor inte ändrat på tobaksvanorna. Rapporteringen signalerar en stor potential för motiverade förebyggande och hälsofrämjande arbetsinsatser från hälso- och sjukvårdens sida.

1.2 Bästa inspirationen till förbättrade levnadsvanor

Tabell 2 visar hur 20-64-åringar besvarade frågan *Varifrån tycker Du att Du fått den bästa inspirationen till att förbättra Dina levnadsvanor (sluta röka, motionera mera etc)?* i 2009 års postenkätundersökning. Vad som i frågan åsyftas med "inspiration" har varit upp till var och en av undersökningsdeltagarna att avgöra. För folk i allmänhet torde "inspiration till" vara på det stora hela taget synonymt med ordalydelser som "givit impuls till", "påverkat dig till", "givit dig kraft till" och "lockat till" samt kanske också andra ordalydelser eller uttryck som "lett till" och "framkallat att Du ...".

Det kan framhållas att utfallen från 2006 års rapportering och 2009 års är anmärkningsvärt lika i det fokuserade avseendet. Inga skillnader har kunnat avläsas.

Hur vanliga (eller ovanliga) de i tabell 2 fokuserade inspirationskällorna visar sig vara hänger naturligt samman med *möjlig exponering*. Sålunda kan *sluta-röka-linjen* rimligtvis aldrig ha varit aktuell som inspirationskälla för alla de personer som i hela sitt liv avstått från att befatta sig med tobak. När det gäller, den av Landstinget Dalarna delvis finansierade, skriften *Min bok om hälsa* så har den tryckts i en upplagestorlek som innebär att långt ifrån alla i befolkningen kunnat ta ställning till den som inspirationskälla, i synnerhet vid en jämförelse med inspirationskällan "anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater" som sannolikt praktiskt taget alla undersökningsdeltagare skulle kunnat ha inspirerats av.

Enligt en kalkyl som gjordes på uppgifter aktuella 2003 tydde ett hänsynstagande till möjlig exponering på att skriften *Min bok om hälsa* utgjort bästa inspirationskälla för mellan 2 procent och 4 procent av de 20-64-åringar som kunnat inspireras av den. Trots en fördubblad spridning fram till 2006, så pekade rapporteringen vårvintern 2006 på att "boken" utgjort bästa inspiration för inte fler än i runda tal 2 procent av rapportörerna. Endast 3 av rapportörerna i såväl 2003 års postenkätundersökning som 2006 års meddelade att man inspirerats av *Min bok om hälsa* i sin internetversion. När 2003 års undersökning genomfördes i sin datainsamlingsfas hade den funnits tillgänglig under åtminstone 15-16 månader. (11)

"Inspiration" och "bästa inspiration" kan tänkas vara något av en "färskvara". Om så är fallet torde uppföljningar av "bästa inspiration" aldrig kunna bli så mycket annat än korttidsuppföljningar. Att spridningen av "bokvarianten" fördubblats och att antalet "inspirerade" undersökningsdeltagare legat kvar på i stort sett samma nivå som tidigare kan tyda på att det rörande "bästa inspiration" alltid är något av "färskvarueffekter" som fångas upp.

Under senare delen av 2006 projektanställdes en distriktssköterska "för att hjälpa sina kollegor vid intresserade vårdcentraler" att använda en ny version av skriften *Min bok om hälsa*. (Den nya versionen presenterades senhösten 2006 på de årligen återkommande allmänläkardagarna i Dalarna .) (11)

9 kvinnor och 4 män uppgav i undersökningen vårvintern 2006 (8 kvinnor och 4 män 2003) att den tryckta varianten ("bokvarianten") av *Min bok om hälsa* utgjort "bästa inspirationskälla" till förändrade levnadsvanor. Enligt rapporteringen vårvintern 2009 blev antalen 11 kvinnor och 3 män för den tryckta "boken" som bästa

inspirationskälla och 2 kvinnor och 4 män för internetversionen. Antalet rapportörer var dock något färre denna gång, men *betydelsen* eller genomslaget ("färskvaru-effekten"?) kan ändå anses vara ungefär densamma som tidigare. De gjorda beräkningarna kring "boken" som inspirationskälla visar att *betydelsen*, då hänsyn tas till den begränsade spridningen, är större än vad som framkommer av tabell 2.

Tabell 2 Bästa inspirationskällan till att förbättra levnadsvanorna (sluta röka, motionera mera etcetera). Deltagarna ombads markera ett eller *högst tre* svarsalternativ. Avser 20-64-åringars rapportering vårvintrarna 2006 och 2009. Slumpmarginalerna i skattningarna är försumbara. (Se bilaga 1 för frågans exakta lydelse!)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som ansåg att man <u>ej</u> behövt ifrågavarande inspiration</i>	21-22	32-35
<i>Andel (%) som ansåg att man fått bäst inspiration av:</i>		
Radio-/TV-program/Video	14-15	9
Föreläsningar/kurser/studiecirklar	7	2
Sluta-röka-linjen (Tfn 020 – 84 00 00)	0	0
Dagstidningar (<u>ej</u> hemsidor på Internet)	5	4
Veckotidningar, hälsotidningar (<i>Hälsa, Må bra</i> m fl), broschyrer, facklitteratur, böcker	21-23	4
Skriften <i>Min bok om hälsa</i> (Landstinget Dalarna)	0	0
Internetversionen av <i>Min bok om hälsa</i>	0	0
Hälsoinformation på Internet, <u>annat</u> än internetversionen av <i>Min bok om hälsa</i> , t ex dagstidningarnas hemsidor, Info-medica.se, Pion.net, NetDoktor.se	3-4	1-2
Apoteket (apotekspersonalen, kundtidningen, www.apoteket.se , broschyrer.....)	2-3	1
Läkare verksamma på vårdcentraler	2-3	3
Läkare verksamma på sjukhus/lasarett	2	2
Sköterskor verksamma på vårdcentraler	2	2
Sköterskor verksamma på sjukhus/lasarett	1	1
Arbetsgivaren ("friskvårdsaktiviteter på jobbet"....)/företagshälsovården	10-12	10-11
Anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater	30-33	26-27
Annat håll (<i>inklusive</i> "Eget initiativ/mig själv")	11-12	8-9
"Eget initiativ/mig själv"	7-8	6
Jag har ingen uppfattning om saken	13-15	17-18

Grovt sett var tionde 20-64-åring i länet uppgav vårvintern 2009 (tabell 3) att man under den senaste tolv månadersperioden i förebyggande syfte ändrat sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll och att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till detta.

Tabell 3 20-64-åringar som *under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2009 i förebyggande syfte ändrat sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll beroende på kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal. (Befolknings- och patientperspektivet.)*

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som <u>ej</u> haft kontakter/ samtal/diskussioner av ifrågavarande slag (Befolkningsperspektivet)</i>	69 [67,70]	65 [63,67]
<i>Andel (%) som ansåg att kontakter/ samtal/diskussioner med sjukvårdspersonal <u>bidragit</u> till hälsosammare levnadsvanor (Befolkningsperspektivet)</i>	9 [8,10]	9 [8,10]
<i>Svar på frågan <u>Har Dina kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att Du under de senaste 12 månaderna i förebyggande syfte ändrat Dina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (minskat rökandet eller slutat helt, börjat äta sundare, börjat motionera mera etc)?</u> (Personer som <u>ej</u> haft kontakter/samtal/diskussioner av ifrågavarande slag exkluderade, liksom personer som inte besvarat frågan.):</i>		
<i>Andel (%) som ansåg att kontakter/ samtal/diskussioner av ifrågavarande slag <u>bidragit</u> till hälsosammare levnadsvanor (Patientperspektivet)</i>	29 [27,32]	26 [24,29]
<i>Andel (%) som ansåg att kontakter/ samtal/diskussioner av ifrågavarande slag <u>ej</u> bidragit till hälsosammare levnadsvanor (Patientperspektivet)</i>	59 [56,62]	63 [60,66]
<i>Andel (%) som ställde sig <u>tveksamma</u> till att kontakter/ samtal/diskussioner av ifrågavarande slag bidragit till hälsosammare levnadsvanor (eller saknade uppfattning om saken) (Patientperspektivet)</i>	13 [10,13]	11 [9,12]

1.3 Vad man anser sig framöver behöva göra i hälsofrämjande syfte

Grovt sett åtta av tio 20-64-åringar (runt 120 000 av 156 000) brukar, ända sedan rapporteringarna började på 1990-talet, bära på tankar att *framöver* göra en eller flera förändringar i sina levnadsvanor eller i sin livssituation för att kunna må bättre. *Motionsvanorna* är, ur ett befolkningsperspektiv, det som både män och kvinnor oftast tycker sig behöva ändra på i hälsofrämjande syfte. 2009 års rapportering ger inga andra signaler.

Utfallen från 2006 års rapportering och 2009 års är anmärkningsvärt lika också i detta avseende. Inga (statistiskt säkerställda) skillnader har kunnat avläsas.

Tabell 4 Vad 20-64-åringar vårvintrarna 2006 och 2009 ansåg att man främst borde ändra/förbättra för att må bättre. Slumpmarginalerna i skattningarna är försumbara. (Se bilaga 1 för frågans exakta utformning!)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som svarade "Ingenting, jag är nöjd"</i>	21-22	25-26
<i>Andel (%) som borde ändra/förbättra:</i>		
Kostvanorna	29-30	28-29
Motionsvanorna	46-47	46-47
Tobaksvanorna	10-11	10-11
Tobaksvanorna, dagligrökare	57	53-54
Alkoholvanorna	2	4-5
Alkoholvanorna, kvinnor minst 120 g alko/v	19-20	-
Alkoholvanorna, män minst 150 g alko/v	-	16-21
Arbetsförhållandena/arbetsmiljön, förvärvsarbetande	16-18	16-18
Arbetslöshetssituationen	6	5
Arbetslöshetssituationen, arbetslösa ej deltidsarbete	58-60	43-47
Familjelivet	8-10	7-9
Umgänget med släkt, vänner, grannar, arbetskamrater osv	12-13	8-9
Privatekonomin	13	11
Fritiden	11-12	11
Annat	5	3-4

Förutsättningarna för sjukvårdspersonal att få ett positivt gehör från patienterna om deras motionsvanor förs på tal kan betraktas som gynnsamma. Då en majoritet av dagligrökarna vill ändra på sina tobaksvanor för att må bättre, så kan förutsättningarna för att föra dagligrökares rökvanor på tal också betraktas som gynnsamma.

Drygt hälften av de som brukar uppge att man "under den senaste tolv månadersperioden" ändrat sina motionsvanor för att må bättre brukar samtidigt uppge att man även *framöver* borde ändra sina motionsvanor för att må bättre. "Ju mera motion, desto bättre" förefaller vara en vanlig inställning.

Tabell 5 Vad 20-64-åringar vårvintern 2009 ansåg att man främst borde ändra/förbättra för att må bättre – uppskattat *ungefärligt* antal individer.

	Kvinnor	Män
Uppskattat <i>antal</i> 20-64-åringar som ansåg att man inte behöver göra några förändringar alls	17 000	21 000
Uppskattat <i>antal</i> 20-64-åringar som ansåg att man behöver göra åtminstone någon förändring	59 000	59 000
Uppskattat <i>antal</i> 20-64-åringar som ansåg att man behöver ändra/förbättra:		
Motionsvanorna	36 000	37 000
Kostvanorna	23 000	22 000
Arbetsförhållandena/ arbetsmiljön	10 000	10 000
Privatekonomin	10 000	9 000
Fritiden	8 000	8 500
Tobaksvanorna	8 000	8 000
Umgänget med släkt, vänner, grannar, arbets- kamrater osv	10 000	7 000
Familjelivet	6 000	6 000
Arbetslöshetssituationen	4 000	4 000
"Annat"	3 500	3 000
Alkoholvanorna	1 200	4 000

1.4 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna och hälsoråd från sjukvårdspersonal

1.4.1 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna

Hur 20-64-åringar besvarat frågorna *Har Du under de senaste 12 månaderna resonerat om Dina levnadsvanor med sjukvårdspersonal?* och *Om "Ja", med vem (eller vilka) har Du fört resonemang om Dina levnadsvanor?* framgår ur tabell 6 och tabell 7. (Proportionstalen (procenttalen) är baserade på samtliga undersökningsdeltagare, alltså även på deltagare som inte varit i kontakt med sjukvårdspersonal "under den senaste tolv månadersperioden". Tabellerna ger därmed ett *befolkningsspektiv* på det som studerats.)

Frågan *Har Du under de senaste 12 månaderna resonerat om Dina levnadsvanor med sjukvårdspersonal?* har under 00-talet besvarats på i stort sett samma sätt i undersökning efter undersökning. Andelen 20-64-åringar, med kontroll för könsfaktorn, som "under den senaste tolv månadersperioden" resonerat med sjukvårdspersonal om sina motionsvanor, rökvanor, snusvanor, kostvanor, alkoholvanor och andra levnadsvanor kan i alla avseenden sägas ha legat på en stabil nivå om slumpmarginalerna i skattningarna beaktas. Anmärkningsvärda förändringar över tid lyser helt med sin frånvaro, även om det i något enstaka avseende skulle kunna röra sig om en tendens till en förändring.

2006 års rapportering (11) visade att cirka 12 procent [95% KI: 10-13 procent] av de 20-64-åriga kvinnor i länet som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral under perioden *resonerat om sina levnadsvanor med en läkare på "sin" vårdcentral*. För män kunde procenttalet beräknas till cirka 11 procent [95% KI: 9-13 procent]. Då hänsyn togs till om resonemang även förts med distriktssköterskor blev procenttalen cirka 14 procent [95% KI: 13-16 procent] för kvinnliga besökare och cirka 13 procent [95% KI: 11-15 procent] för manliga. Enligt *2009 års rapportering* hade 12 procent [95% KI: 11-14 procent] av de 20-64-åriga kvinnor i länet som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral under perioden *resonerat om sina levnadsvanor med en läkare på "sin" vårdcentral*. För kvinnornas del handlar det alltså om samma andel som tre år tidigare. Det gör det även för männens del, då, som sig bör vid urvalsundersökningar, slumpmarginalerna beaktas. 2009 blev andelen för männens del 14 procent [95% KI: 12-17 procent]. Om hänsyn även tas till resonemang med distriktssköterskor, så blir andelen för kvinnliga patienter 15 procent [95% KI: 13-17 procent] och för manliga 17 procent [95% KI: 15-19 procent]. För manliga patienter kan det röra sig om en liten ökning sedan 2006.

20-64-åringars rapportering tyder på att levnadsvanorna oftare kommer på tal inom företagshälsovården än inom primärvården. Ungefär 32 procent [95% KI: 25-40 procent] av de kvinnor och ungefär 35 procent [95% KI: 28-42 procent] av de män som "under den senaste tolv månadersperioden" besökt företagsläkare hade under samma period resonerat om levnadsvanorna med företagsläkare eller företags-sköterska. Samma iakttagelse gjordes i 2006 års undersökning (11).

Tabell 6 Levnadsvanor som 20-64-åringar under tolv månadersperioden fram till vårvintrarna 2006 och 2009 resonerat med sjukvårdspersonal om. Slumpmarginalerna i skattningarna är försumbara. (Befolkningsspektivet.)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som ej resonerat med sjukvårdspersonal om sina levnadsvanor</i>	84-86	85-87
<i>Andel (%) som resonerat med sjukvårdspersonal om:</i>		
Motionsvanorna	8	8-9
Rökvanorna	3	2
Snusvanorna	0-1	1-2
Kostvanorna	7	7
Alkoholvanorna (öl, vin och sprit)	1	2-3
Andra levnadsvanor	4	2

Tabell 7 Sjukvårdspersonal med vilka 20-64-åringar under tolv månadersperioden fram till vårvintrarna 2006 och 2009 fört resonemang om sina levnadsvanor. Slumpmarginalerna i skattningarna är försumbara. (Befolkningsspektivet.)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som resonerat om sina levnadsvanor med:</i>		
Läkare på vårdcentral (distriktsläkare/"husläkare")	6	4-6
Sjuksköterskor på vårdcentral (distriktsköterska, mottagningsköterska)	3	2
Läkare på sjukhusmottagning/lasarett	2	2-3
Sjuksköterskor på sjukhusmottagning/lasarett	1	1
Företagsläkare/företagssköterska	3-4	4-5
Annan sjukvårdspersonal	4-5	3

1.4.2 Hälsoråd från sjukvårdspersonal

Från utredningsarbetet kring 20-64-åringars rapportering har det kunnat konstateras att frågan *Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna fått hälsoråd av sjukvårdspersonal, t ex rådet att sluta röka, gå ner i vikt, motionera, ändra kostvanor, alkoholvanor eller liknande?* och frågan om man (under den senaste tolv-månadersperioden) fått hälsoråd angående rökvanor, alkoholvanor, fysisk aktivitet/motionsvanor och kostvanor från läkare och/eller sköterskor verksamma på en vårdcentral besvarats på i stort sett exakt samma sätt i de tre senaste postenkätundersökningarna. Av tabell 8 framgår hur man, med kontroll för könsfaktorn, brukar svara. Proportionstalen (procenttalen) i tabellen är baserade på samtliga undersökningsdeltagare. De visar alltså läget ur ett befolkningsperspektiv.

Det kan framhållas att andelen 20-64-åringar involverade i såväl "resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna" som "hälsoråd från sjukvårdspersonal" legat på en *ur ett befolkningsperspektiv* stabil nivå under åtminstone de senaste sex åren, dels generellt sett, dels avgränsat till såväl rökvanor, alkoholvanor, fysisk aktivitet/motionsvanor som kostvanor. 2009 års rapportering ger dock en *svag* indikation på att andelen som fått hälsoråd av läkare på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor *skulle kunna* ha ökat under de senaste tre åren med 1 procentenhet bland både kvinnor och män. Så små förändringar kan dock inte fastställas med sedvanliga krav på statistisk säkerhet, trots att det handlar om rapporter från sammanlagt över 7 000 kvinnor och män. *Patientperspektivet* (tabell 9) pekar åt samma håll, men även ur detta perspektiv är "förändringen" från 2006 inte statistiskt säkerställd och kan därmed inte anses vara någon förändring. De "svaga indikationerna" borde egentligen inte omnämnas. Att så ändå blev fallet bottnar i ett intresse av att fånga upp tecken på effekter – avtryck – av de senare årens försök från landstings- och närsjukvårdsledningen att få primärvården att ordinera fysisk aktivitet lika naturligt som läkemedel. 20-64-åringars rapportering pekar i vart fall inte på *tydligt* ökade avtryck i form av hälsoråd rörande fysisk aktivitet och motion, vilket är värt att notera.

Ur tabell 9 framgår det i vilken utsträckning personer som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral uppfattat sig ha fått hälsoråd på "sin" vårdcentral angående såväl fysisk aktivitet/motionsvanor som rökvanor, alkoholvanor och kostvanor. Vid en jämförelse med 2006 års rapportering framträder inga statistiskt säkerställda förändringar i något av de studerade avseendena.

Hälsoråd angående rökvanor och alkoholvanor blir måhända riktigt intressanta först då de relateras till patienternas rök- och alkoholvanor. Hur distriktsläkare (läkare på vårdcentral) och distriktssköterskor verksamma i Dalarna skall förhålla sig till patienternas rök- och alkoholvanor har tydligt markerats i riktlinjer som landstingsledningen utfärdat – Dalasjukvårdens allmänna råd nr 3/98 (12). För att följa riktlinjerna måste distriktsläkare och distriktssköterskor ge muntlig och skriftlig information till tobaksanvändare med *råd om rökslut*. Distriktsläkare och distriktssköterskor måste också ge muntlig information om risker med högkonsumtion av alkohol och *ge en rekommendation om en minskning av konsumtionen*. Man kan säga att det handlar om att distriktsläkare och distriktssköterskor måste ge *hälsoråd* till patienter som är dagligrökare eller högkonsumenter (riskbrukare) av alkohol. Riktlinjerna kan tolkas som att distriktsläkare och distriktssköterskor *alltid*

måste ge sådana råd åt ifrågavarande patientgrupper och – dessutom – ständigt hålla frågan aktuell vid kommande besök. (På det lokala planet har varje verksamhetschef, vårdcentralschef, till uppgift att tillse att riktlinjerna efterlevs.)

Tabell 10 visar rökvanorna bland personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem enligt rapporteringen vårvintern 2009. En granskning av 2006 års rapportering visade att rökvanorna bland dessa var *ungefär* desamma som i befolkningen i stort. Det konstaterandet torde alltså äga giltighet.

Tabell 8 20-64-åringar som under tolv månadersperioden fram till vårvintrarna 2006 och 2009 fått hälsoråd av sjukvårdspersonal. Slumpmarginalerna i skattningarna är försumbara. (Befolkningsperspektivet.)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som fått hälsoråd av sjukvårdspersonal (Internbortfallet exkluderat)</i>	11	11-12
<i>Andel (%) som fått hälsoråd av:</i>		
Läkare på vårdcentral angående rökvanor	2-3	1-2
Läkare på vårdcentral angående alkoholvanor	0	1
Läkare på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	3-4	4-5
Läkare på vårdcentral angående kostvanor	3	3-4
Sköterska på vårdcentral angående rökvanor	1	1
Sköterska på vårdcentral angående alkoholvanor	0	0
Sköterska på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	2	3
Sköterska på vårdcentral angående kostvanor	2	3

Tabell 9 20-64-åringar som under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2009 fått hälsoråd av sjukvårdspersonal. Avser personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälso-problem. (Patientperspektivet.)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som fått hälsoråd av:</i>		
Läkare på vårdcentral angående rökvanor	4 [3,5]	3 [2,4]
Läkare på vårdcentral angående alkoholvanor	0 [0,1]	2 [1,3]
Läkare på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	7 [6,8]	11 [9,12]
Läkare på vårdcentral angående kostvanor	5 [4,6]	8 [6,9]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående rökvanor	5 [4,6]	4 [3,5]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående alkoholvanor	0 [0,1]	2 [2,3]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	9 [8,11]	14 [12,16]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående kostvanor	8 [7,10]	11 [9,13]

Tabell 10 Rökvanor (%; 95% konfidensintervall (KI)) bland 20-64-åringar folkbokförda och bosatta i Dalarna vårvintern 2009 efter kön. Avser personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem. (Internbortfallet har exkluderats i beräkningarna.)

Kön:	Kvinnor	Män
<i>Svarsfördelning (%):</i>		
"Jag har <u>aldrig</u> rökt"	46 [43,48]	48 [45,51]
"Jag röker <u>inte numera</u> , men har tidigare varit rökare"	31 [29,33]	32 [30,35]
"Jag röker (<u>så gott som</u>) <u>dagligen</u> "	16 [14,17]	10 [9,12]
"Jag röker, men bara <u>då och då</u> (<u>t ex "feströker"</u>)"	8 [6,9]	9 [8,11]

Bland de som *"aldrig rökt"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har, som man kan förvänta sig, ingen uppfattat att man under samma tidsperiod fått hälsoråd av läkare på vårdcentral angående rökvanorna och heller ingen av läkare *eller* sköterska på vårdcentral.

Bland de personer som *"tidigare varit rökare"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 2 procent [95% KI: 1-4 procent] av de kvinnliga före detta rökarna och 3 procent [95% KI: 1-4 procent] av de manliga uppfattat att man under samma tidsperiod fått hälsoråd av läkare på vårdcentral angående rökvanorna och ungefär lika många av läkare eller sköterska. Resultatet blev detsamma i 2006 års undersökning.

21 personer uppgav att man *"tidigare varit rökare"* och att man "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem samt uppfattat att man under samma tidsperiod fått hälsoråd av läkare på vårdcentral angående rökvanorna. Huruvida dessa slutat med sitt rökande just till följd av läkares tobaksintervention (hälsoråd) framgår inte av de tillgängliga enkätuppgifterna. Det man från de uppgifter som lämnats kan säga är att 18 av de 21 svarat *Ja* på frågan *Har Dina kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att Du under de senaste 12 månaderna i förebyggande syfte ändrat Dina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (minskat rökandet eller slutat helt, börjat äta sundare, börjat motionera mera etc)?*. 2006 års undersökning uppgav ungefär samma utfall också i detta avseende.

Bland kvinnor som *"röker dagligen"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 18 procent [95% KI: 13-23 procent] uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna och 22 procent [95% KI: 17-26 procent] av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral. Motsvarande procenttal för män som *"röker dagligen"* har kunnat beräknas till 21 procent [95% KI: 14-29 procent] och 26 procent [95% KI: 17-34 procent]. Således: ***I stort sett tre av fyra dagligrökare som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem – och som fortfarande var dagligrökare vid undersökningstillfället – hade inte uppfattat att man under samma tidsperiod fått hälsoråd angående rökvanorna av läkare (eller sköterska) på vårdcentral. Enligt landstingets riktlinjer för tobaksintervention i primärvården borde dessa ha uppfattat sig ha fått sådana råd.*** Rapporteringen 2006 gav samma resultat.

Bland kvinnor som vid undersökningstillfället uppgav att man röker – *"men bara då och då"* – och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem uppgav sig 4 procent [95% KI: 0-8 procent] under samma tidsperiod ha fått hälsoråd angående rökvanorna av läkare på vårdcentral och 5 procent [95% KI: 1-8 procent] av läkare eller sköterska på vårdcentral. För män med samma omfattning på rökandet har procenttalen kunnat

beräknas till 4 procent [95% KI: 0-8 procent] och 4 procent [95% KI: 0-8 procent]. Utfallet avviker inte från 2006 års rapportering.

Enligt rapporteringen vårvintern 2009 hade 9 personer uppgivit att man "röker, men bara då och då" och att man "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem samt uppfattat att man under samma tidsperiod fått hälsoråd angående rökvanorna av läkare på vårdcentral. 8 av de 9 svarade *Ja* på frågan *Har Dina kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att Du under de senaste 12 månaderna i förebyggande syfte ändrat Dina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (minskat rökandet eller slutat helt, börjat äta sundare, börjat motionera mera etc)?*.

Av rapporteringen vårvintern 2009 kan man sluta sig till att *maximalt* 102 personer varit dagligrökare "under den senaste tolv månadersperioden" och uppfattat sig ha blivit föremål för *distriktsläkares* tobaksintervention i form av *hälsoråd* angående rökvanorna. Man kan också sluta sig till att *maximalt* 26 av de 102 "intervenerade" upphört med sitt dagliga rökande (fimpat för gott eller övergått till ett mera sporadiskt rökande) och att distriktsläkares hälsoråd rörande rökvanorna bidragit till förändringen. **Maximalt 25 procent av de "intervenerade" kan alltså ha upphört med ett dagligt rökande till följd av distriktsläkares hälsoråd angående rökvanorna.** En alternativ slutsats är att *minst* 75 procent av läkares råd till dagligrökare angående rökvanorna blev utan effekt på det dagliga rökandet. Utredningsresultatet blev praktiskt taget detsamma då 2006 års rapportering granskades.

Den *verkliga* effekten av hälsoråden rörande rökandet torde vara lägre än den maximala ("25 procent"), men har inte gått att beräkna. Man skall i sammanhanget betänka att en del personer kan ha ändrat sina rökvanor – sitt dagliga rökande – utan att ha fått ett tydligt hälsoråd ("råd om rökslut"). Det kan ha räckt med att ha fört ett *resonemang* om saken.

Tidigare utredningsarbeten (11) har pekat på 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*. 2009 års rapportering ger stöd för att detta alltjämt gäller. Att det är på det sättet torde 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.

Distriktsläkare och distriktssköterskor som är verksamma i Dalarna skall mot bakgrund av fastställda riktlinjer regelmässigt ge hälsoråd inte bara om rökvanor utan också om alkoholvanor.

Bland riskbrukande män (minst 150 gram ren alkohol i veckan) som "under den senaste tolv månadersperioden" (vårvintern 2009) varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 8 procent [95% KI: 4-12 procent] uppfattat att man under samma tidsperiod fått hälsoråd av läkare på vårdcentral angående alkoholvanorna och samma andel av läkare eller sköterska. 2 procent [95% KI: 1-4 procent] är de motsvarande procenttalen för riskbrukande kvinnor (minst 110 gram ren alkohol i veckan). Jämförelser mellan 2009 års rapportering och 2006 års visar

att signifikant fler riskbrukande män uppfattat sig ha fått hälsoråd 2009. För riskbrukande kvinnor kan däremot ingen säkerställd förändring noteras. **Det mest intressanta, sett mot bakgrund av de riktlinjer på alkoholområdet som landstinget utfärdat för 10-talet år sedan, är nog ändå att de allra flesta (grovt sett 9 av 10) riskbrukare fortfarande inte upplevt sig ha fått hälsoråd angående sina alkoholvanor när man besökt läkare på vårdcentralerna.**

Hälsoråd angående motionsvanorna torde välkomnas av många med tanke på att motionsvanorna är det som man oftast anser att man borde ändra på i sina levnadsvanor för att må bättre (Tabell 5). Andelen som fått sådana råd vid besök senaste året hos läkare på "sin" vårdcentral bland personer som uppgivit att man borde ändra på i sina motionsvanor för att må bättre uppgick enligt 2009 års rapportering till 12 procent [95% KI: 11-14 procent]. Det kan jämföras med att 12 procent [95% KI: 10-14 procent] fått hälsoråd angående kostvanorna bland personer som uppgivit att man i hälsofrämjande syfte borde ändra på dessa och med att 22 procent [95% KI: 17-27 procent] fått hälsoråd angående rökvanorna bland personer som anser att man borde ändra på dessa. Andelen som fått hälsoråd angående alkoholvanorna vid besök senaste året hos läkare på "sin" vårdcentral bland personer som uppgivit att man borde ändra på i sina alkoholvanor för att må bättre uppgick enligt 2009 års rapportering till 14 procent [95% KI: 7-20 procent]. Om hänsyn tas även till hälsoråd från sköterskor, så ökar andelarna med cirka 5-6 procentenheter, med undantag för hälsoråd angående alkoholvanorna. Utredningsresultatet visar att möjligheterna till befogad och potentiellt framgångsrik livsstilsintervention ofta "missas".

I bilaga 3 inryms några diagram som på *vårdcentralsnivå* visar i vilken utsträckning personer som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral rapporterat att man *fått hälsoråd* av läkare eller sköterska angående motionsvanorna (diagram 1a), rökvanorna (diagram 1b), alkoholvanorna (diagram 1c) och kostvanorna (diagram 1d). Beräkningarna bygger på de rapporteringar som gjordes 2003, 2006 och 2009. Då diagrammen betraktas skall man beakta att det i beräkningarna inte tagits hänsyn till hur många av rapportörerna som inte är i behov av hälsorådgivning på de aktuella områdena, därför att man, exempelvis, inte är rökare eller att man redan har goda motionsvanor. (Diagram 1b visar andelen *daglig*rökare bland de rapportörer som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden" efter vårdcentralsområde. Den genomsnittliga andelen (för 2003, 2006 och 2009) är 16 procent. Fyra vårdcentralsområden uppvisar en signifikant högre andel än den genomsnittliga (Kvarnsvedens vårdcentral, vårdcentralen på Ludvika lasarett, Sunnansjö vårdcentral och Smedjebackens vårdcentral) och tre-fyra en signifikant lägre andel (Leksands vårdcentral, Mora vårdcentral och "på håret" även Solsidans vårdcentral och Rättviks vårdcentral). Den typen av skillnader kan påverka utfallet i diagram 1b *något*. Man kan notera att den (vid en jämförelse med genomsnittet) relativt låga andelen "rökråd" bland personer som vänder sig till Leksands vårdcentral rimmar väl med en lägre andel dagligrökare.)

En granskning av de fyra diagrammen i bilaga 3 visar att vårdcentralsområdena rätt sällan avviker signifikant från genomsnittsvärdena. De senare är 10 procent för motionsvanorna, 5 procent för rökvanorna, 1.5 procent för alkoholvanorna och 9 procent för kostvanorna. Jämförelser mot dessa genomsnittsvärden visar vid 124 möjliga jämförelser på vårdcentralsnivå ett 10-tal signifikanta avvikelser. (Det kan i

sammanhanget omnämns att män (signifikant) oftare än kvinnor rapporterat att man fått hälsoråd när det gäller alkoholvanorna, motionsvanorna och kostvanorna, medan kvinnor oftare rapporterat att man fått hälsoråd när det gäller rökvanorna. En del av förklaringen till detta är säkert det att män konsumerar mer av alkoholhaltiga drycker än kvinnor och att kvinnor oftare än män är rökare.)

1.4.3 Sjukvårdspersonals resonemang och/eller hälsoråd rörande befolkningens levnadsvanor

Hur 20-64-åringar vårvintern 2009 besvarade frågan *Har Du under de senaste 12 månaderna resonerat om Dina levnadsvanor med sjukvårdspersonal?* har nyss redovisats, likaså besvarandet av frågan *Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna fått hälsoråd av sjukvårdspersonal, t ex rådet att sluta röka, gå ner i vikt, motionera, ändra kostvanor, alkoholvanor eller liknande?* Andelen som svarat *Ja* på åtminstone någon av de bägge frågorna har i de återkommande utredningsarbetena använts som en indikator på hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande framtoning.

Vårvintern 2009 uppgick andelen kvinnor, sett ur ett befolkningsperspektiv, som svarat *Ja* på åtminstone någon av de båda frågorna till 20 procent [95% KI: 19-21 procent] och andelen män till 17 procent [95% KI: 15-18 procent]. Räknas andelarna istället fram enbart med utgångspunkt från *personer som varit på läkarbesök* ("under den senaste tolv månadersperioden"), alltså ur ett patientperspektiv, kommer andelarna istället att uppgå till 29 procent [95% KI: 27-31 procent] respektive 27 procent [95% KI: 25-29 procent]. Andelarna innebär ingen statistisk säkerställd förändring vid jämförelser med såväl 2006 års utfall som 2003 års.

Ungefär *var tredje* av de som "under den senaste tolv månadersperioden" resonerat med sjukvårdspersonal om sina levnadsvanor och/eller fått hälsoråd angående sina levnadsvanor uppgav att man ändrat på sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll och att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till detta. *Sjukvårdspersonals resonemang och hälsorådgivning rörande patienternas levnadsvanor har uppenbarligen en betydande hälsofrämjande effekt!*

Av de kvinnor som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 17 procent [95% KI: 15-18 procent] under samma tidsperiod resonerat om sina levnadsvanor med läkare på ("sin") vårdcentral och/eller fått hälsoråd angående sina alkohol-, tobaks-, kost- eller motionsvanor. För män rör det sig om 20 procent [95% KI: 18-23 procent]. Om "resonemang" och "hälsoråd" vidgas till att gälla läkare eller sköterskor, så rör det sig istället om 21 procent [95% KI: 19-23 procent] respektive 25 procent [95% KI: 23-28 procent]. Enligt 2006 års rapportering blev utfallet 22 procent [95% KI: 20-24 procent] respektive 21 procent [95% KI: 18-23 procent], vilket innebär att man med fog skulle kunna tala om en viss ökning för män mellan 2006 och 2009, sannolikt i huvudsak till följd av en något ökad fokusering på mäns motionsvanor.

1.4.3.1 Distriktsläkares och distriktssköterskors tobaksintervention

Enligt riktlinjer som landstinget utfärdat (DAR nr 3/98) skall, som tidigare nämnts, distriktsläkare och distriktssköterskor ge patienter som är rökare muntliga och skriftliga råd om rökslut. Riktlinjerna borde varit kända för alla länets distriktsläkare och distriktssköterskor under 1999, men så lär inte ha varit fallet. Fyra år efter det att riktlinjerna trätt ikraft visade en enkätundersökning (13) riktad till de ordinarie distriktsläkarna att knappt hälften kände till sin arbetsgivares riktlinjer. De som inte kände till dem fick således kännedom om dem först i och med enkätundersökningen. Alltnog: Under (vårvintern) 2002 borde i alla fall merparten (om inte rentav nästan alla) av de då verksamma ordinarie distriktsläkarna ha fått vetskap om arbetsgivarens riktlinjer på tobaks- och alkoholområdet.

Vårvintern 2003 genomförde Landstinget Dalarna den postenkätundersökning som riktar sig till personer i yrkesverksam ålder (20-64-åringar). Vid den tidpunkten kan det hållas för sannolikt att merparten (om inte rentav nästan alla) av de på vårdcentralerna verksamma ordinarie distriktsläkarna på ett eller annat sätt hade fått kännedom sin arbetsgivares riktlinjer på tobaks- och alkoholområdet.

Bland kvinnor och män som vid undersökningstillfället *vårvintern 2003* uppgivit att man *"röker dagligen"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem rapporterade *högst 22* procent [95% KI: 18-26 procent] av de förra och *högst 24* procent [95% KI: 18-30 procent] av de senare att man under samma tidsperiod **resonerat** om rökvanorna med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral och/eller **fått hälsoråd** av någon eller bägge av dessa angående rökvanorna.

Bland kvinnor och män som vid undersökningstillfället *vårvintern 2009* uppgivit att man *"röker dagligen"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem rapporterade *högst 25* procent [95% KI: 19-30 procent] av de förra och *högst 29* procent [95% KI: 21-38 procent] av de senare att man under samma tidsperiod **resonerat** om rökvanorna med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral och/eller **fått hälsoråd** av någon eller bägge av dessa angående rökvanorna. Jämförelser med 2003 års utfall visar inga statistiskt säkerställda förändringar. När dagligrökare kommer på läkarbesök på "sin" vårdcentral så "missas" resonemang och/eller hälsoråd således fortfarande för uppåt tre av fyra och då har möjligheterna via distriktssköterskor också beaktats. Väger man in - vilket den redovisade kalkylen på sidan 17 pekade på - att *maximalt 25* procent av de "tobaksintervenerade" kan ha upphört med ett dagligt rökande till följd av distriktsläkares hälsoråd angående rökvanorna, så skulle andelen "missade" resonemang med och hälsoråd till dagligrökare kunna röra sig om *mellan två av tre och tre av fyra*, det vill säga någonstans mellan 66 procent och 75 procent. **Slutsats: Grovt sett "missas" resonemang och/eller hälsoråd med 7 av 10 dagligrökare när de kommer på läkarbesök på "sin" vårdcentral och då har möjligheterna via distriktssköterskor också beaktats.** "Missarna" till resonemang och hälsoråd kan till viss del bero på att det från såväl vårdgivarens sida som patientens upplevts *onaturligt* att på ett *djupare* sätt beröra rökvanorna för just de problem man som dagligrökare sökt hjälp för, trots att dagligrökare ofta vill sluta med sitt rökande i hälsofrämjande syfte. Av en undersökning som baserade sig på information från en väntrumsenkät (14) framgick det att det – *sett till det patienten*

sökt läkarhjälp för – kunde betraktas som långsökt eller onaturligt att ta upp livsstilsfrågor i åtminstone 30 procent av besöken.

Motiverande samtal har lanserats som en metod för vårdpersonal att i behandlingsarbetet handskas med patienternas rök- och alkoholvanor. Det gäller då att som vårdgivare inte direkt att "ge råd", utan mera om att "*resonera*" och underlätta för patienten att själv komma fram till ett genomtänkt ställningstagande och handlande kring sina vanor och sin situation.

Vårvintern 2000, två år efter det att landstingets riktlinjer för distriktsläkares och distriktssköterskors tobaksintervention trätt i kraft, rapporterade *högst* 7 procent [95% KI: 4-9 procent] av de kvinnor som vid undersökningstillfället uppgivit att man "*röker dagligen*" och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem att man under samma tidsperiod **resonerat** om rökvanorna med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral. Motsvarande procenttal för dagligrökande män blev (högst) 14 procent [95% KI: 9-19 procent]. Tre år senare, då merparten (om inte rentav nästan alla) av de då verksamma ordinarie distriktsläkarna torde ha fått kännedom om sin arbetsgivares riktlinjer på tobaks- och alkoholområdet, blev procenttalen för kvinnor och män högst 12 procent [95% KI: 9-16 procent] respektive högst 11 procent [95% KI: 6-15 procent].

Vårvintern 2009, drygt tio år efter det att landstingets riktlinjer för distriktsläkares och distriktssköterskor trätt i kraft, rapporterade högst 16 procent [95% KI: 12-21 procent] av de kvinnor som vid undersökningstillfället uppgivit att man "*röker dagligen*" och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem att man under samma tidsperiod *resonerat* om rökvanorna med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral. Motsvarande procenttal för dagligrökande män blev (högst) 21 procent [95% KI: 14-29 procent]. En slutsats som ligger mycket nära till hands att dra från 2009 års rapportering är att **resonemang (motiverande samtal) "missas" för ungefär åtta av tio dagligrökare då dessa kommer på läkarbesök på "sin" vårdcentral och då har möjligheterna till resonemang med distriktssköterskor också beaktats. Den tobaksintervenerande effekten av resonemang om rökvanorna har då inte beaktas. Gör man det, så skulle det, sannolikt, kunna handla om ungefär sju av tio.**

Sedan 2000 synes en (statistiskt säkerställd) *förbättring* – beaktat landstingets riktlinjer – ha inträffat beträffande resonemang med dagligrökande kvinnor.

1.4.3.2 Distriktsläkares och distriktssköterskors alkoholintervention

Som tidigare framgått från resultatredovisningen hade omkring 8 procent av de män som vid undersökningstillfället vårvintern 2009 kunnat klassificeras som riskbrukare (minst 150 gram ren alkohol i veckan) och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem uppfattat att man under tidsperioden *fått hälsoråd* av läkare på vårdcentral angående alkoholvanorna och samma andel av läkare eller sköterska. Motsvaran-

de procenttal för riskbrukande kvinnor (minst 110 gram ren alkohol i veckan) blev 2 procent.

Då "motiverande samtal" förespråkats som en metod för såväl det tobaksintervenerande som alkoholintervenerande arbetet i primärvården, så blir det mot bakgrund av den förespråkade metoden och landstingets riktlinjer av intresse att granska inte bara i vilken utsträckning hälsoråd givits utan också i vilken utsträckning *resonemang* förts då riskbrukare kommer på besök.

Från 2009 års rapportering framgår det att av de kvinnor och män som *vid undersökningstillfället* kunnat klassificeras som riskbrukare och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem så har *högst* 3 procent [95% KI: 0-6 procent] av de förra och *högst* 10 procent [95% KI: 5-14 procent] av de senare rapporterat att man under samma tidsperiod **resonerat** om alkoholvanorna med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral och/eller **fått hälsoråd** angående alkoholvanorna.

Det kan från 2009 års rapportering framhållas att av 1 723 kvinnor som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden" så har *högst* 15 (1 procent) uppfattat att man under samma tidsperiod **resonerat** om alkoholvanorna med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral och/eller **fått hälsoråd** angående alkoholvanorna. 3 av dessa kunde klassificeras som riskbrukare vid undersökningstillfället. Det kan därmed *tänkas* att 12 av de 15 alkoholintervenerade minskat ett riskbruk till lägre konsumtionsnivåer och att distriktsläkares och distriktssköterskors alkoholintervention bidragit till detta. (Av de 12 har dock "endast" 3 *uppgivit* att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att man "under den senaste tolv månadersperioden" i förebyggande syfte ändrat sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll.)

Alkoholintervention till riskbrukande kvinnor i form av resonemang eller rådgivning tillhör uppenbarligen det lite mera försummade inom primärvården, i alla fall sett till "det önskvärda" enligt landstingets riktlinjer. 2009 års rapportering tyder nämligen på att alkoholintervention "missas" för *minst* 88 procent av de riskbrukande kvinnor som kommer på läkarbesök på "sin" vårdcentral. Samma typ av kalkyl tyder på att alkoholintervention "missas" för *minst* 79 procent av de riskbrukande männen. Så slutsatsen får bli: **När riskbrukare kommer på läkarbesök på "sin" vårdcentral så "missas" – då hänsyn tas till landstingets riktlinjer – alkoholintervention i form av resonemang och/eller rådgivning sannolikt för grovt sett 8 av 10 riskbrukande män och 9 av 10 riskbrukande kvinnor.** Och detta tio år efter det att arbetsgivaren uttryckt att alla patienter som är riskbrukare/högkonsumenter skall bli föremål för intervention i form av resonemang (motiverande samtal) och rådgivning.

(20 av de sammanlagt 37 (54 procent) av de alkoholintervenerade kvinnor och män som kan *tänkas* ha minskat ett riskbruk till lägre konsumtionsnivåer svarade *Ja* på frågan *Har Dina kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att Du under de senaste 12 månaderna i förebyggande syfte ändrat Dina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (minskat rökandet eller slutat helt, börjat äta sundare, börjat motionera mera etc)?*. Om det alltid är en följd av distriktsläkares och distriktssköterskors alkoholintervention går inte att fastställa.)

1.5 Tillgång till förebyggande hälsovård på vårdcentralerna

Gällande hälso- och sjukvårdslag har nu i snart 30 års tid givit ett grundläggande stöd för hälso- och sjukvårdspersonal att bedriva ett förebyggande arbete och inte enbart ett strikt sjukvårdande.

Frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* kan användas som ett mått på en vårdcentralens förebyggande framtoning såsom den uppfattats av befolkningen eller brukarna.

Inledningsvis framhölls det att det gått att skönja ett allt tydligare samband mellan läkarbemanningen på vårdcentralerna, folkhälsoutvecklingen och rådande uppfattningar om vårdcentralernas sätt att fungera. Å ena sidan kan man finna att en allt negativare syn på vårdcentralernas sätt att fungera under 1990-talet gått hand i hand med ökade bemanningsproblem på läkarsidan och en allt mera utbredd psykisk/psykosocial problematik och smärtproblematik. Å andra sidan kan man finna att en tydlig stabilisering i den tidigare så negativa folkhälsoutvecklingen och vissa förbättringar i denna under 2000-talets första decennium gått hand i hand med minskade bemanningsproblem till följd av anlitan av hyrläkare ("stafettläkare") och en mindre negativ syn på vårdcentralernas sätt att fungera. En positiv syn på vårdcentralernas sätt att fungera förefaller i hög grad vara knutet till om alla (eller *så gott som alla*) läkartjänster som budgeterats kan uppbäras av ordinarie läkare och att intresse, kunskaper och tidsutrymme finns bland personalen för att hjälpa personer med smärtproblematik och psykisk/psykosocial problematik. Diagram 1a och 1b visar att vårdcentralernas förebyggande framtoning faller väl in i detta mönster, såtillvida att den förebyggande framtoningen blir starkare i tider med relativt god läkarbemannning och svagare i tider med relativt dålig. I tider av det senare slaget lär helt enkelt patienternas akuta hälsoproblem med rent sjukvårdande insatser som följd behöva prioriteras för att kunna klara "trycket" på mottagningarna.

Diagram 2a-b och 3a-b möjliggör jämförelser mellan länets vårdcentraler. Statistiskt säkerställda skillnader mellan några av vårdcentralerna (ej överlappande konfidensintervall) går att urskilja. Man kan, inte minst, konstatera att Grycksbo vårdcentral, Långshyttans vårdcentral och Älvdalens vårdcentral haft en tydligare förebyggande framtoning än Jakobsgårdarnas vårdcentral och Leksands vårdcentral och detta såväl i ett långt som ett kort tidsperspektiv.

Diagram 4a och 4b visar andelen 20-64-åringar som "under den senaste tolv månadersperioden" fört resonemang angående sina levnadsvanor med läkare eller sköterska på vårdcentral och/eller fått hälsoråd av läkare eller sköterska på vårdcentral angående sina rök-, alkohol-, kost- och/eller motionsvanor efter vårdcentralens område. Diagram 4a ger ett befolkningsperspektiv på förekomsten och diagram 4b ett patientperspektiv. Endast Solsidans vårdcentral i Ludvika avviker *signifikant* från genomsnittet för samtliga vårdcentraler ur såväl befolkningsperspektivet som patientperspektivet. Distriktsläkares och distriktssköterskors "livsstilsintervention" kan därmed under 00-talet anses ha varit ungefär lika vanligt förekommande på i stort sett samtliga vårdcentraler. Trots detta har alltså vårdcentralernas förebyggande profil uppfattats som något olika då profilen fångats upp i termer av *tillgång till förebyggande hälsovård*.

Diagram 1a Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åringar som svarat Ja på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter undersökningsår och kön. Avser personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler eller distriktsläkarmottagningar på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?* och som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden". (Patientperspektivet.)

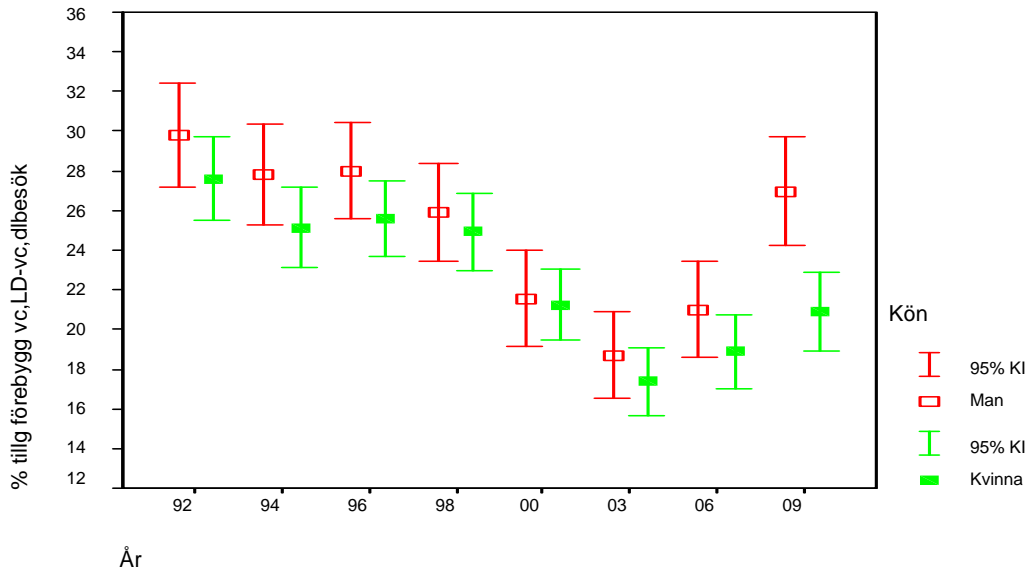


Diagram 1b Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åringar som svarat Nej på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter undersökningsår och kön. Avser personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler eller distriktsläkarmottagningar på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?* och som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden". (Patientperspektivet.)

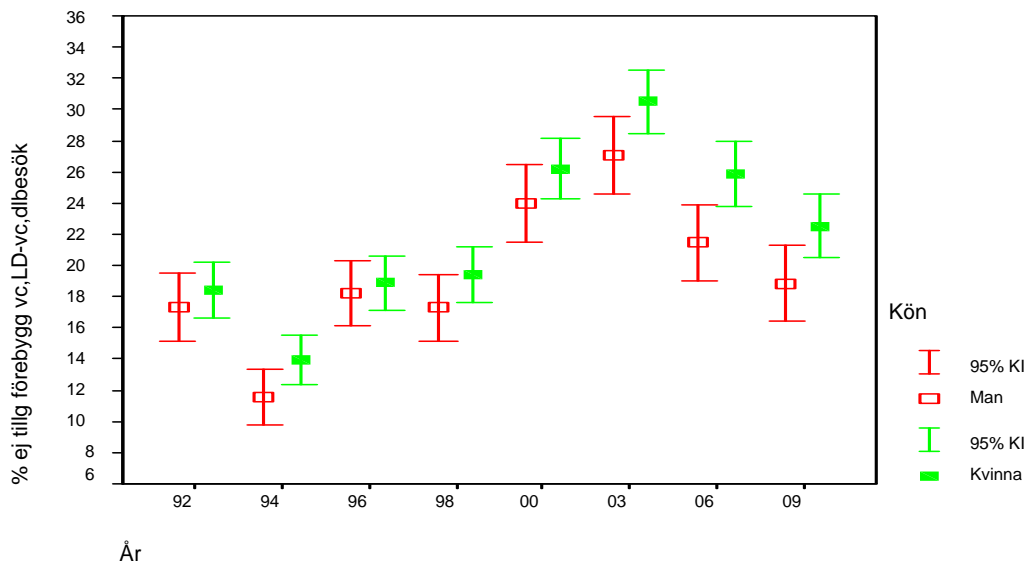


Diagram 2a Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralansområde (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2003, 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?.* (Befolkningsperspektivet.)

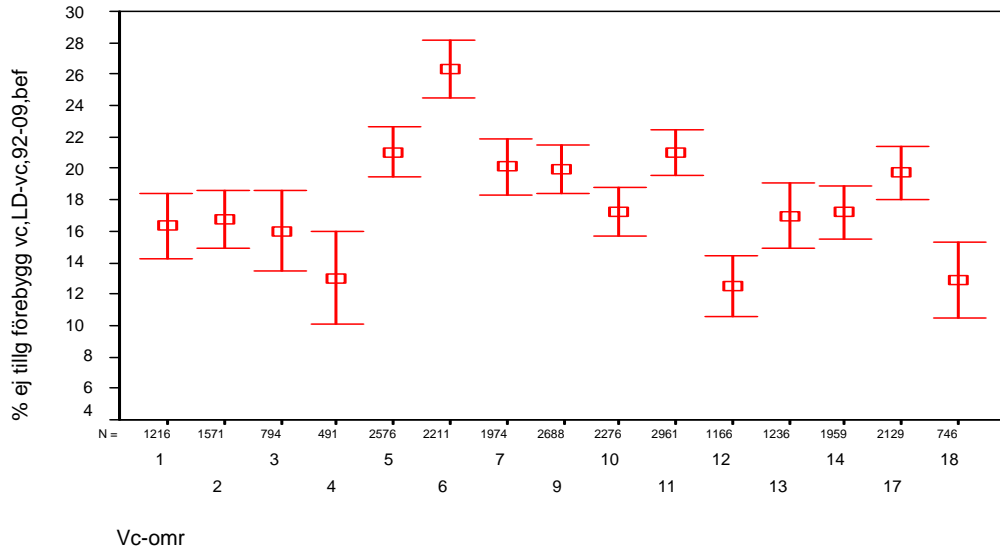


Diagram 2a forts. Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralansområde (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2003, 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?.* (Befolkningsperspektivet.)

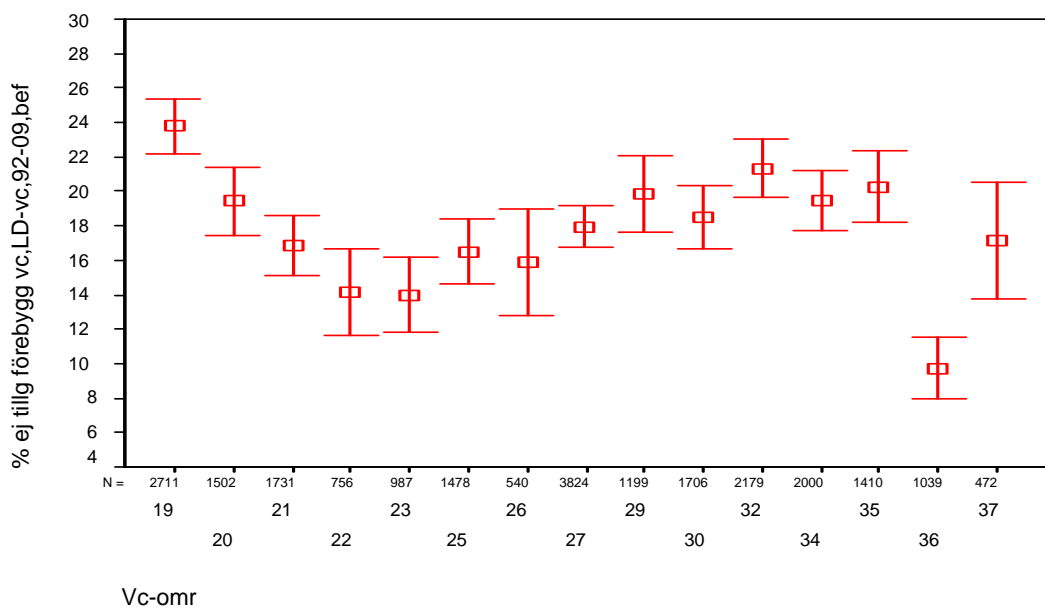


Diagram 2b Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralens område (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2003, 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?* och som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden". (Patientperspektivet.)

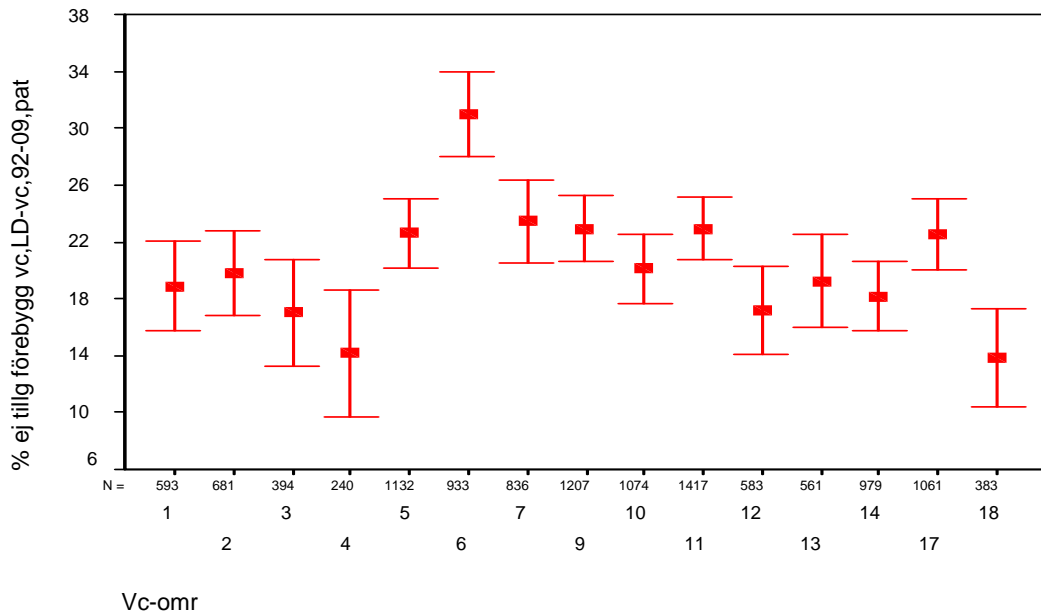


Diagram 2b forts. Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralens område (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2003, 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?* och som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden". (Patientperspektivet.)

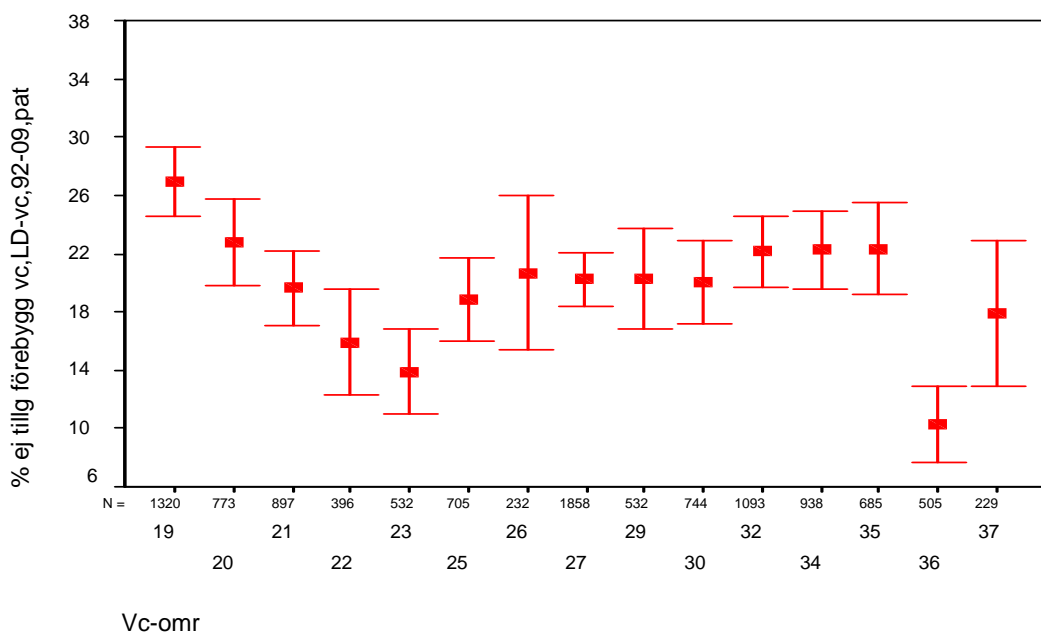


Diagram 3a Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralens område (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?.* (Befolkningsperspektivet.)

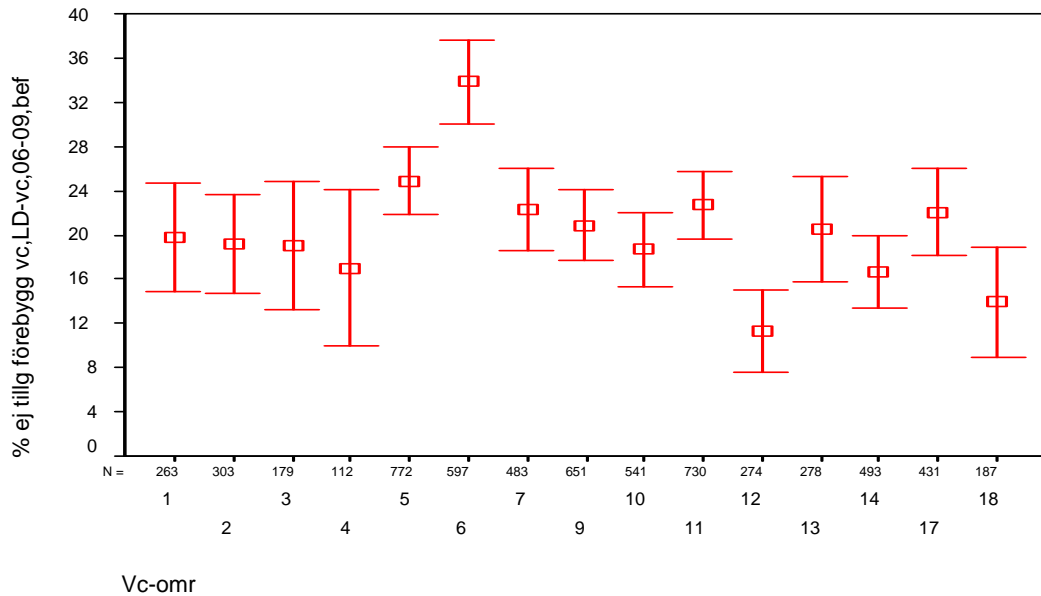


Diagram 3a forts. Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralens område (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?.* (Befolkningsperspektivet.)

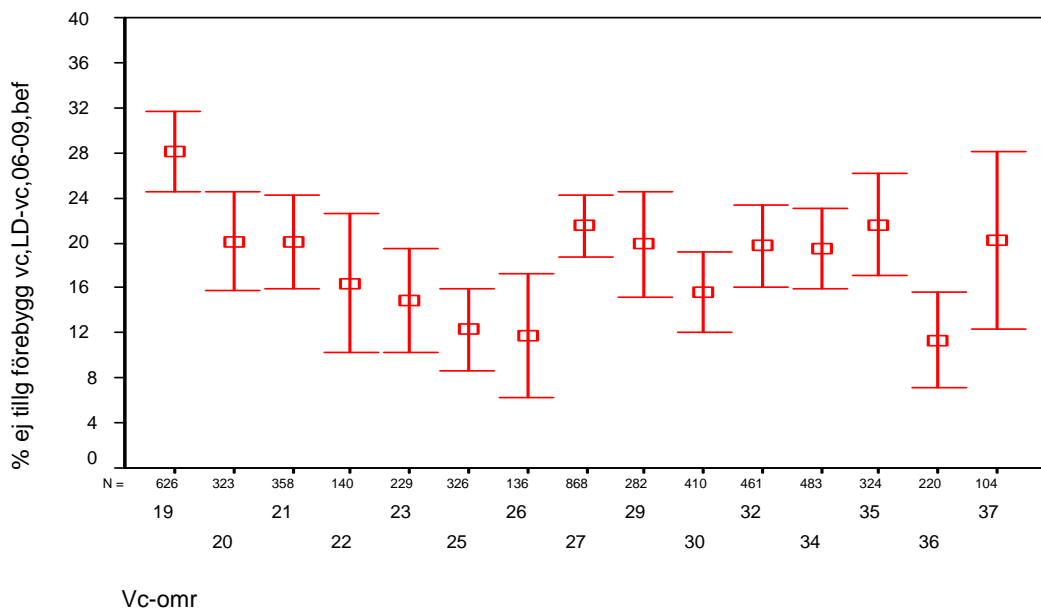


Diagram 3b Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralens område (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?* och som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden". (Patientperspektivet.)

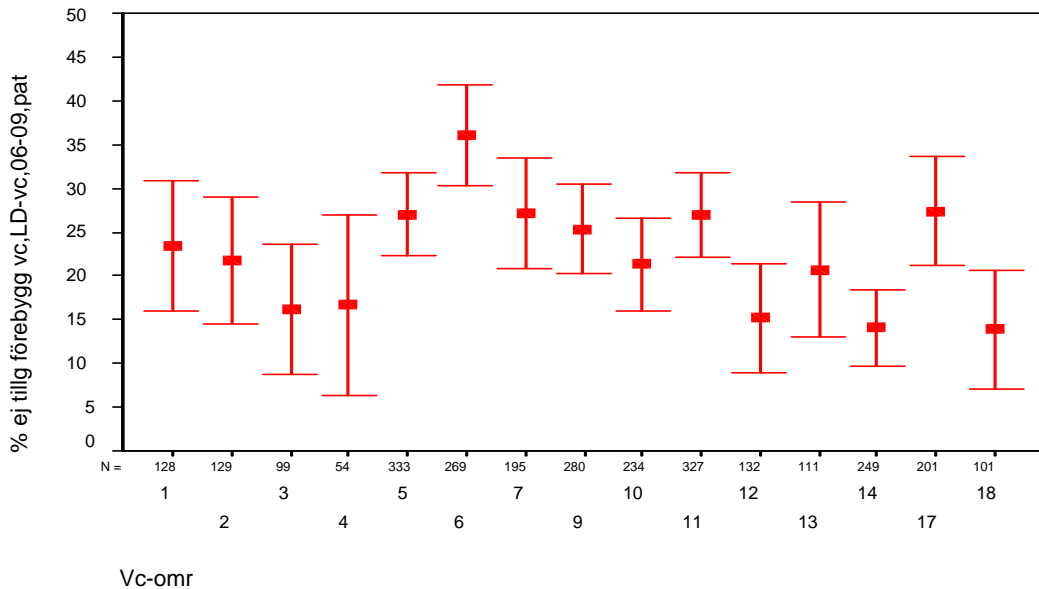


Diagram 3b forts. Andel (%) 20-64-åringar som svarat *Nej* på frågan *Anser Du att Du har tillgång även till förebyggande hälsovård på Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?* efter vårdcentralens område (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2006 och 2009 och personer som namngivit någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler på frågan *Har Du någon bestämd vårdcentral (distriktsläkarmottagning) som Du i första hand vänder Dig till när Du söker läkare ("husläkare") för Dina hälsoproblem?* och som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden". (Patientperspektivet.)

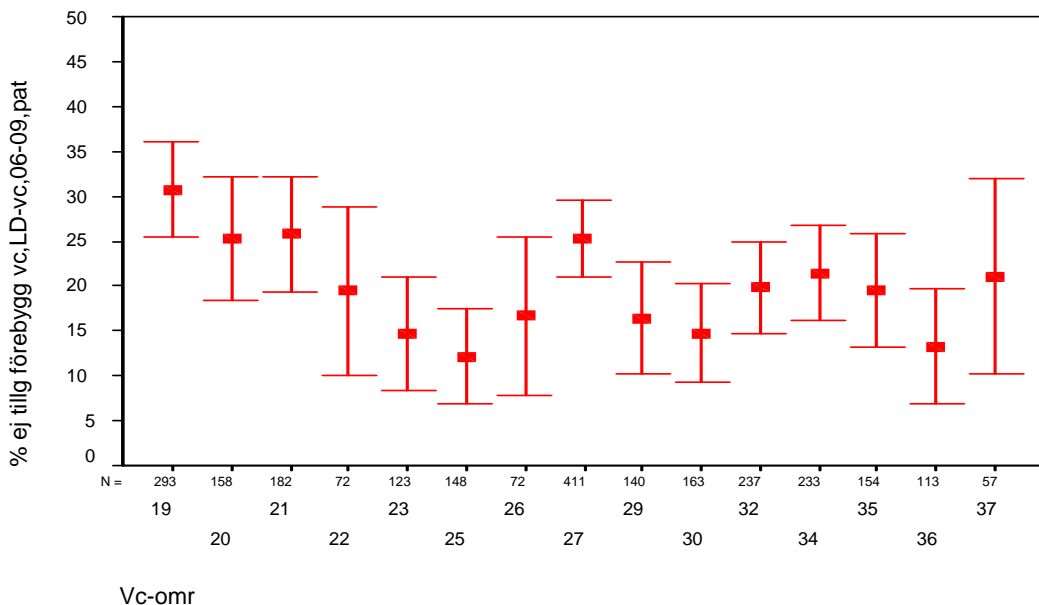


Diagram 4a Andel 20-64-åringar som "under den senaste tolv månaders perioden" fört resonemang angående sina levnadsvanor med läkare eller sköterska på vårdcentral och/eller fått hälsoråd av läkare eller sköterska på vårdcentral angående sina rök-, alkohol-, kost- och/eller motionsvanor efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). Avser vårvintrarna 2003, 2006 och 2009. (Befolkningsperspektivet.)

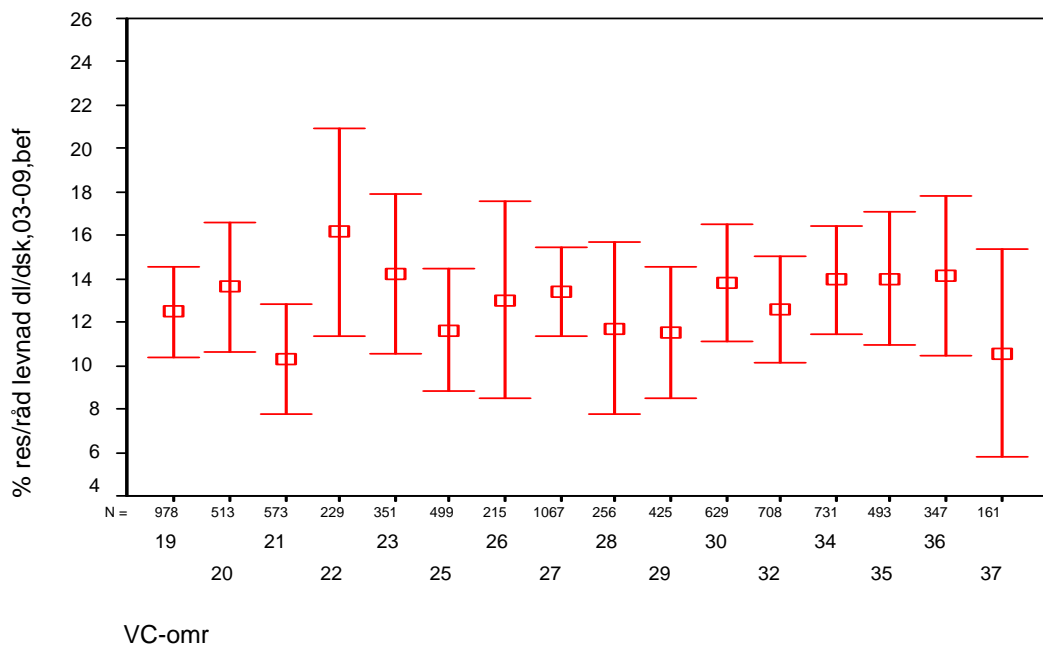
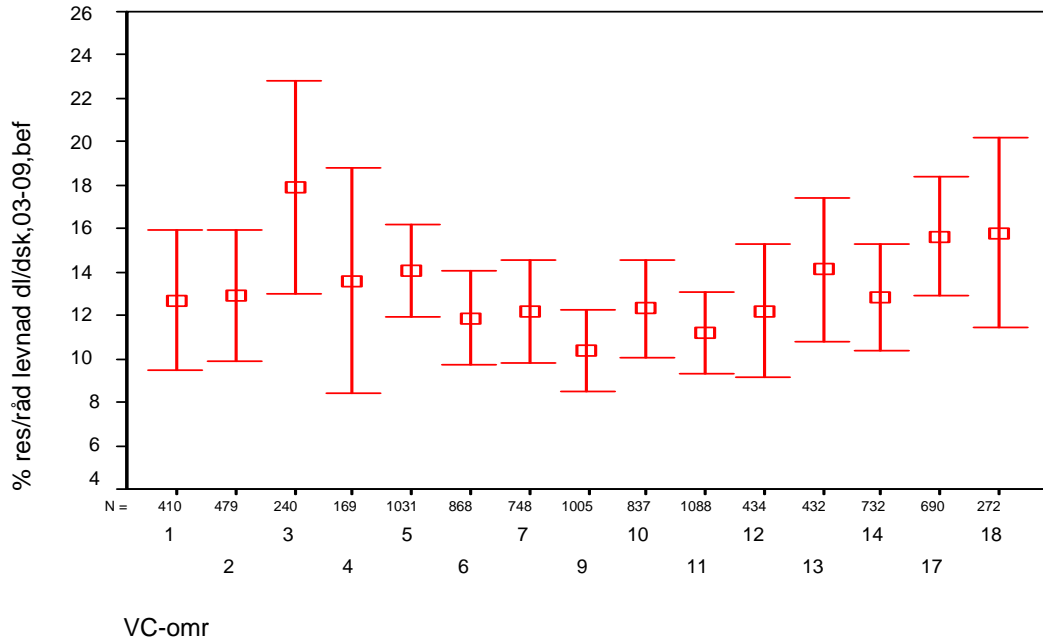
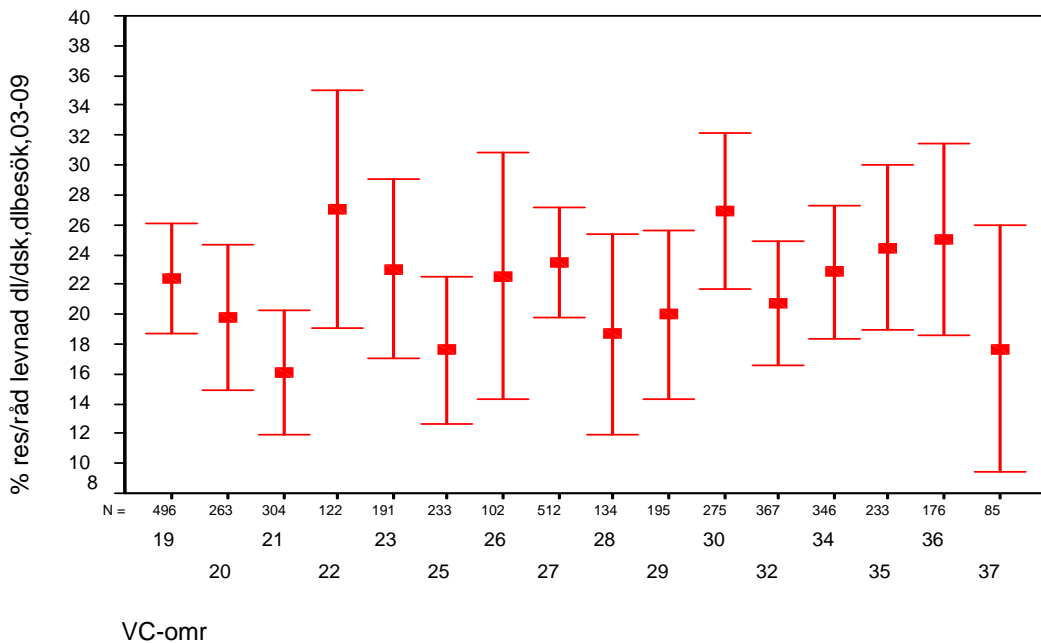
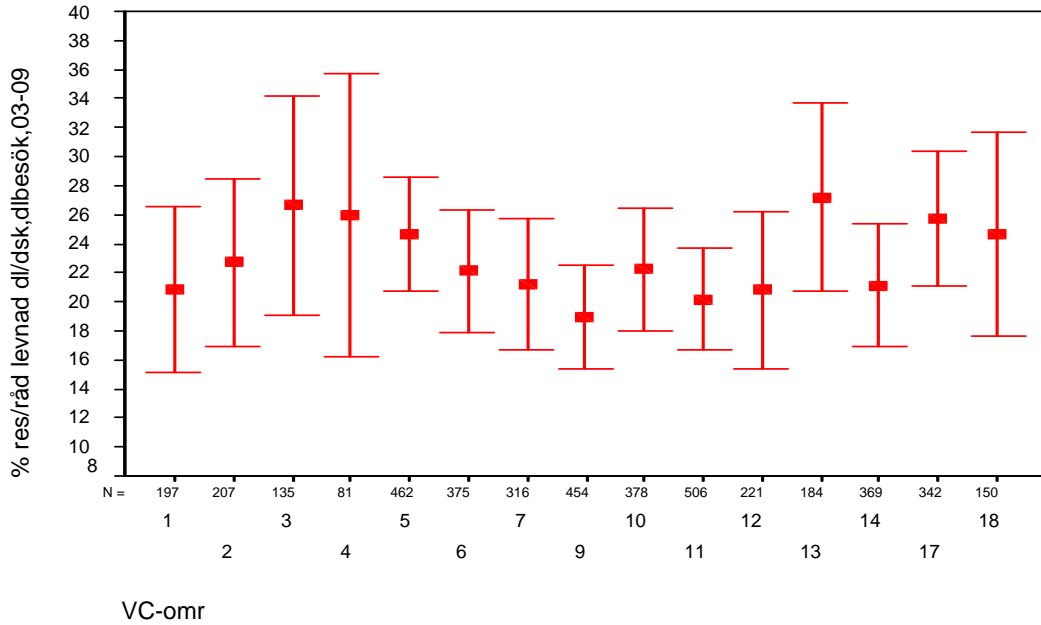


Diagram 4b Andel 20-64-åringar som "under den senaste tolv månaders perioden" fört resonemang angående sina levnadsvanor med läkare eller sköterska på vårdcentral och/eller fått hälsoråd av läkare eller sköterska på vårdcentral angående sina rök-, alkohol-, kost- och/eller motionsvanor efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). Avser vårvintrarna 2003, 2006 och 2009 och personer som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden". (Patientperspektivet.)



1.6 Utrymme för ett intensifierat hälsofrämjande och förebyggande arbete

1.6.1 Utrymme för "ökad fysisk aktivitet"

1.6.1.1 Ordination av fysisk aktivitet

På det hälsopolitiska området har ambitionen varit att få läkare att skriva ut recept på motionsaktiviteter som promenader, stavgång och simning lika naturligt som de ordinerar mediciner. Ett recept på motion kan vara såväl ett komplement till ett läkemedelsrecept (eller annan behandling) som ett alternativ.

Ett recept på motion kan skrivas ut på en för ändamålet särskild blankett och då kan såväl typ av aktivitet som dosering och förväntad effekt preciseras. Den blankett – ordinationsblankett – som utarbetats för användning inom Landstinget Dalarna finns åtkomlig på

http://www.ltdalarna.se/upload/vard_och_halsa/professionen/lakemedelskommitten/FYSS/OrdinationsblankettFYSS200901.doc.

Recept på motionsaktiviteter kan ordinerar av andra än läkare. Från primärvårdens journalsystem Profdoc har det kunnat konstateras att det gjordes uppåt 900 ordinationer under 2008 och hundratalet färre under 2009. Under 2008 svarade 5 av de 31 vårdcentralerna i länet för ungefär 60 procent av ordinationerna. Under 2009 sjönk andelen till närapå hälften, vilket blev följderna av att färre ordinationer gjordes och att en del av de övriga vårdcentralerna ökade antalet ordinationer något. På ungefär hälften av länets vårdcentraler uppgår antalet "motionsrecept" till ungefär 1 i månaden eller färre än så, på de flesta av de övriga omkring 1 i veckan, vilket kan synas vara mycket låga nivåer sett till att var tredje patient bedömts vara en potentiell receptkund för motion och att så många uppgivit sig vara *beredda att förändra sina motionsvanor*. Det kan dock vara på sin plats att peka på att bland (20-64-åriga) kvinnor och män som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden" så har ändå uppåt 12 procent [95% KI: 11-14 procent] och 19 procent [95% KI: 16-21 procent] rapporterat att man under tidsperioden *resonerat* om sina motionsvanor och/eller *fått hälsoråd* angående motionsvanorna och då har även möjligheterna via sköterskor beaktats. (Skillnaden mellan kvinnor och män är statistiskt säkerställd.)

1.6.1.2 Om ett projekt som berört ordination av fysisk aktivitet

På några vårdcentraler i länet har ett projekt som berört ordination av fysisk aktivitet på recept pågått. Projektledaren, distriktsläkare Johan Hallberg, Hedemora vårdcentral, har karakteriserat projektet enligt följande: *"Under 2007 skall ett informationsprojekt genomföras riktat till ett antal vårdcentraler i Dalarna. Syftet är att genom utbildning och information beskriva de samband som finns mellan hälsofrämjande hälso- och sjukvård och en hållbar utveckling av samhället utifrån FN:s definitioner. Denna studie skall undersöka effekter av informationsprojektet m.a.p. vårdpersonalens KASAM, attityder till hälsofrämjande och hållbarhetsfrågor, arbetstillfredsställelse samt aktivitet och effektivitet i genomförande av en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, i detta fall särskilt arbetet med ordination av fysisk aktivitet"* (15). Den tilltänkta studien var upplagd som en så kallad fall-

kontrollstudie. Vårdcentralerna i Rättvik, Malung, Leksand, Grycksbo och Hedemora utgör fall (vilka blir föremål för den särskilda informationsinsatsen) och vårdcentralerna i Avesta, Säter, Tisken (Falun), Mora, Norslund (Falun) och Svärdsjö kontroller.

Utifrån 20-64-åringars *rapportering 2006* har jämförelser gjorts mellan "fallen" och "kontrollerna" med avseende på *brukarnas* motionsvanor, förändring av motionsvanorna i hälsofrämjande syfte, besvärsupplevelser till följd av övervikt, besvärsupplevelser till följd av dåliga motionsvanor, läkemedelsanvändning för överviktsproblem, tillgång till förebyggande hälsovård på "sin" vårdcentral, läkarbesök på "sin" vårdcentral, resonemang om levnadsvanorna med läkare eller sköterskor på "sin" vårdcentral, att ha fått hälsoråd angående motionsvanorna från läkare eller sköterskor på "sin" vårdcentral, att i förebyggande syfte ändrat på sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (börjat motionera mera etc) och att från läkare eller sköterskor på "sin" vårdcentral ha fått den bästa inspirationen till att ha förbättrat sina levnadsvanor. Jämförelserna avslöjade inga anmärkningsvärda skillnader (chi-två-test). Det enda som måhända förtjänas att lyftas fram är att män som vänder sig till de vårdcentraler som ingått i kontrollgruppen motionerade något oftare än de män som vänder sig till de vårdcentraler som skulle få "informationsprojektets" huvudsakliga uppmärksamhet. Av intresse för ordinationer av fysisk aktivitet är att grovt sett varannan man och kvinna bland såväl "fallen" som "kontrollerna" önskade förbättra sina motionsvanor för att må bättre.

Från primärvårdens journalsystem Profdoc framkommer det att det vid de vårdcentraler som ingått i "fallen" – Hedemora vårdcentral undantagen – endast utförts ett fåtal (sammanlagt 17) ordinationer av fysisk aktivitet under 2007. Under 2008 ökade ordinationerna märkbart endast på Malungs vårdcentral, från 8 under 2007 till 203 under 2008. 203 ordinationer innebär omkring 4 under en vecka. På Rättviks vårdcentral, Leksands vårdcentral och Grycksbo vårdcentral rörde det sig under 2007 och 2008 om högst 1 ordination i månaden eller färre än så. Vid de åtta vårdcentraler som ingått i "kontrollerna" utfärdades inte fler än sammanlagt 67 ordinationer under hela 2007. Under 2008 steg antalet något, till sammanlagt 134.

Under 2009 utfärdades vid Malungs vårdcentral 69 ordinationer (enligt vad som registrerats i journalsystemet), alltså en minskning från 4 ordinationer i veckan året innan till grovt sett 1 ordination i veckan. Vid Hedemora vårdcentral minskade ordinationerna från 142 under 2007 till 119 under 2008 och 63 under 2009. Utvecklingen för dessa båda vårdcentraler skulle kunna tyda på att det för vårdcentraler av Hedemoras och Malungs storlek efter en första "kraftsamling" med runt 4 ordinationer i veckan under ett eller två år kan uppstå en viss mättnad på "marknaden" genom att de mest lämpade och motiverade patienterna successivt kan ha betats av. Då mättnadsfasen inträtt kan *måhända* 1 ordination i veckan vara den realistiska nivån. (I upptagningsområdet för Hedemora vårdcentral bor drygt 6 000 20-64-åringar och i upptagningsområdet för Malungs vårdcentral cirka 4 000. Totalt sett består upptagningsområdena av cirka 11 000 invånare respektive cirka 7 000.)

Då Malungs vårdcentral i en första "kraftsamling" kunnat nå upp till cirka 4 ordinationer i veckan, så skulle den nivån kunna vara fullt möjlig under något år även för

de flesta andra vårdcentralerna sett till att högst 1 ordination i månaden eller färre än så hittills varit gällande. Med "malungsmått" mätt – och *utan hänsyn tagen till kvaliteten i "motionsordinerandet"* – skulle antalet ordinationer ("motionsrecept") med en första "kraftsamling" från Rättviks vårdcentral kunna öka från blott en handfull under ett år till cirka 300 och från ungefär samma låga nivå för Leksands vårdcentral och Grycksbo vårdcentral till drygt 400 respektive cirka 150. Kalkylen bygger på ett kort framtidsperspektiv och att dagens förutsättningar i primärvården *i stort* kommer att gälla ytterligare några år framöver. Vad gäller kvaliteten i "motionsordinerandet" vid Malungs vårdcentral har det framkommit (24) att ordinationer under "kraftsamlingen" till stor del gjorts utan hänsyn tagen till såväl patienternas aktuella hälsotillstånd som till hur mycket patienterna redan motionerar. Erfarenheter av det sättet att ordinera har meddelats ha påverkat det fortsatta ordinerandet. (Distriktsläkares ordinationer av fysisk aktivitet har generellt sett visat sig sakna koppling till hur ofta eller sällan patienterna uppgivit sig motionera (14). "*Ju mera motion, desto bättre!*") verkar vara en vanlig uppfattning hos både läkare och andra.)

1.6.1.3 Om utrymmet för "ökad fysisk aktivitet"

Då "*Ju mera motion, desto bättre!*" verkar vara en tanke som gäller för många i Dalarna (och säkert också på många andra håll), så ter sig lätt utrymmet för "ökad fysisk aktivitet" närapå oändligt. "Ökad fysisk aktivitet" skulle dock måhända kunna vara *särskilt* angeläget och befogat för personer som inte motionerar regelbundet ett par gånger i veckan. Om motionsutövande på fritiden bör ske *minst 3 gånger i veckan*, så kan antalet "fysiskt inaktiva" personer i 20-64-årsåldern uppskattas till så många som runt 110 000 (!) av de sammanlagt cirka 156 000 kvinnor och män vi har i länet i dessa åldrar. (Personer med fysiskt ansträngande arbetsuppgifter kan tänkas få tillräckligt med "motion" enbart genom det vardagliga arbetsutövandet, även om motion på fritiden skulle innebära helt andra och välgörande rörelser för kroppen än de kanske ensidiga och olämpliga rörelser man tvingas utsätta sig för i arbetslivet.)

"Ökad fysisk aktivitet" ligger måhända allra närmast till hands för många av de personer som bär på tankar om att man borde ändra på sina motionsvanor för att må bättre. Tidigare i rapporten har det framgått att uppskattningsvis minst 70 000 20-64-åringar i länet bär på sådana tankar.

Av de 20-64-åringar som vill ändra på sina motionsvanor för att må bättre och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem – uppskattningsvis ungefär 30 000 personer – har under tidsperioden ungefär 9 av 10 inte fått *hälsoråd* angående motionsvanorna av läkare på "sin" vårdcentral och ungefär 7-8 av 10 inte *hälsoråd* av vare sig läkare eller sköterska eller under tidsperioden ens *resonerat* med sjukvårdspersonal om sina motionsvanor. Rapporteringen 2006 gav ungefär samma utfall. Utrymmet för ytterligare engagemang i patienternas motionsvanor förefaller därmed (alltjämt) vara betydande.

Utifrån resultat från forskning som bedrivits vid Linköpings universitet har det hävdats att "*var tredje patient är en potentiell receptkund för motion*" i och med att

så många uppgivit sig vara *beredda att förändra sina motionsvanor* (18). Det resultatet stämmer väl överens med vad som framkom från en analys av det som rapporterat i den väntrumsenkät (14) som använts vid fyra allmänläkarmottagningar i Dalarna. Resultatet bygger på att patienten inför mötet med allmänläkaren själv deklarerat att man borde ändra på sina motionsvanor i hälsofrämjande syfte.

I en artikel i Dagens Medicin för några år sedan som handlade om "motion på recept" kunde man läsa att *"ett recept var tredje dag är mycket lite"* (16). Artikeln kommenterades av allmänläkaren Ingrid Eckerman (17). Eckerman framhöll att det man talar med sin patient om måste utgå från patientens behov och önskemål vid det aktuella besöket. Annars blir man som "patientmötare" inte trovärdig. Vidare: *"Innan man som utomstående bedömer vid hur stor andel av patientbesöken fysisk aktivitet ska förskrivas på recept måste man räkna bort ett antal besök där patienten inte kan antas ingå i målgruppen: – Besök av dem som är för unga och av dem som är för gamla. – Besök av dem som är för sjuka. – Besök av dem som inte alls är motiverade att tala om fysisk aktivitet vid detta besök därför att besöket handlar om något helt annat. – Besök av dem som redan fått ett recept på fysisk aktivitet under de senaste åren. – Besök av dem som har ett mycket viktigare problem att ta itu med i första hand, till exempel alkohol, rökning, psykisk insufficiens, livskris. – Besök av dem som redan nu motionerar tillräckligt..... När dessa besök borträknats så har man kvar det antal besök där det kan antas vara rimligt att i vissa fall förskriva fysisk aktivitet på recept."*

Eckermans befogade invändningar till trots: Tar allmänläkare i större utsträckning regelmässigt fasta på den positiva inställning till förbättrade motionsvanor som patienterna lätt kan förmås uttrycka, så **bör** det finnas goda möjligheter att bättre kunna uppmuntra och hjälpa patienterna att gå från tanke till handling (20). 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% (19).

1.6.2 Utrymme för "ökad tobaksintervention"

Enligt 20-64-åringars rapportering vårvintern 2009 röker uppskattningsvis 8 000 män i länet *dagligen* och uppskattningsvis 11 000 kvinnor.

I undersökning efter undersökning brukar majoriteten av dagligrökarna (runt 55%) anse att man borde ändra på sina tobaksvanor i hälsofrämjande syfte. Det betyder att uppskattningsvis omkring 10 000 dagligrökare i 20-64-årsåldern hade tankar på att ändra på sina tobaksvanor i hälsofrämjande syfte under vårvintern 2009.

Av de dagligrökare som *vill ändra på sina tobaksvanor för att må bättre* och som "under den senaste tolv månaders perioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem – uppskattningsvis ungefär 4-5 000 personer – har under tidsperioden ungefär 7 av 10 inte fått *hälsoråd* angående rökvanorna av läkare på "sin" vårdcentral. Ungefär 6 av 10 har (under tidsperioden) inte fått hälsoråd

angående rökvanorna av vare sig läkare eller sköterska eller ens *resonerat* om rökvanorna med sjukvårdspersonal. Utfallet avviker inte från 2006 års.

Utrymmet för ett ökat engagemang av det tobaksintervenerande slaget från distriktsläkares (och distriktssköterskors) sida kan sägas vara *betydande*, inte minst mot bakgrund av vad dagligrökande patienter själva ofta vill åstadkomma i hälsofrämjande syfte och de riktlinjer för primärvårdsarbetet som landstinget förklarar skall gälla. För närvarande – och sedan – tidigare "missas", enligt dagligrökande 20-64-åringars rapportering, de uppenbart potentiellt framgångsrika interventionerna oftare än de tas tillvara. Det kan emellertid många gånger säkert ha sin förklaring i att det från patientens sida eller vårdgivarens eller bådaderas inte upplevts som riktigt naturligt att med utgångspunkt från det aktuella hälsoproblemet sätta fokus på just rökvanorna (14,23). Sett ur detta perspektiv skulle 3 eller 4 av 10 som fört resonemang eller fått hälsoråd måhända kunna betraktas som ett "gott" resultat – även om det rimmar illa med de höga ambitionerna i de utfärdade riktlinjerna.

Primärvården i Dalarna skall registrera i datajournalssystemet (Profdoc Journal III) om patienten tillfrågats om rökvanorna (*Röker Du?*). Det har gjort att vårdcentralerna fått allt bättre kläm på vilka patienter som röker och vilka som inte gör det (Se bilaga 4!). Journalssystemet lär dock ännu inte duga till att fastställa i vilken grad *aktualiserandet* av rökvanorna lett till *resonemang* eller *diskussioner* om saken eller ända till *rökslutarstöd* av något slag, exempelvis *rådgivning* eller *rökavvänjning* (16). I de här avseendena torde journalssystemet inrymma en utvecklingspotential.

1.6.3 Utrymme för "ökad alkoholintervention"

Grovt sett 2 av 3 män i länet i yrkesverksam ålder dricker vin, starksprit och/eller starköl regelbundet varje vecka. Bland kvinnor i samma åldrar rör det sig om grovt sett 4 av 10. Sammanlagt lär det röra sig om drygt 80 000 kvinnor och män. Antalet *riskbrukare* kan sannolikt vara allt från cirka 18 000 och upp till kanske nästan det dubbla antalet. Det är ungefär samma antal riskbrukare som tre år tidigare.

(Att observera: Som undre gräns för riskbruk hos kvinnor har i utredningsarbetet använts såväl 110 gram ren alkohol i veckan som 120. Fram tills för några år sedan användes gränserna 80-90 gram för kvinnor och 110-120 gram för män i Systembolagets så kallade *Testaren*. Gränser som alkoholforskare idag anser mer rimliga är 120 gram för kvinnor och 170 gram för män (17). De senare gränserna är de som Statens folkhälsoinstitut idag rekommenderar. Det finns emellertid inte någon *vetenskapligt* fastlagd gräns för vad som är en riskfylld konsumtion av alkohol. Vad som är riskbruk kan variera från person till person, eftersom bland annat hälsotillstånd, kroppsbyggnad (vikt) och kön har betydelse i sammanhanget.)

Av de riskbrukande män (minst 150 gram ren alkohol i veckan) som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har under tidsperioden 98% [95% KI: 95-100%] inte fått hälsoråd angående alkoholvanorna av läkare på "sin" vårdcentral. 86% [95% KI: 82-91%] har inte fått hälsoråd angående alkoholvanorna vare sig av läkare eller sköterska eller under tidsperioden ens *resonerat* med sjukvårdspersonal om sina alkoholvanor. För riskbrukande kvinnor (minst 120 gram ren alkohol i veckan) är de motsvarande andelarna 96% [95% KI: 92-100%] och 85% [95% KI: 78-92%].

Möjligheterna till resonemang och hälsorådgivning angående alkoholvanorna har hittills uppenbarligen ofta (eller *oftast*) inte tagits till vara i primärvårdsarbetet, inte ens när det varit synnerligen befogat utifrån landstingets hälsopolitiska ambitioner. Utrymmet för ett ökat engagemang från distriktsläkares (och distriktssköterskors) sida är ur folkhälsopolitisk synvinkel minst sagt *betydande* också på detta område. **Förutsättningarna för framgångsrik intervention på alkoholområdet synes emellertid vara sämre än vad som framkommit beträffande befolkningens dagligrökande och motionerande, eftersom grovt sett åtta av tio riskbrukare inte prioriterar en förändring av sina alkoholvanor då det gäller förändringar som man vill se komma till stånd för att må bättre.**

2 SAMMANFATTNING

Av rapporten har det framgått i vilken utsträckning dalfolk i 20-64-årsåldern förändrat sina levnadsvanor i hälsofrämjande syfte, varifrån man fått den bästa inspirationen till att förbättra sina levnadsvanor och vad man anser att man främst borde ändra eller förbättra för att *framöver* kunna må bättre. Det har också framgått i vilken utsträckning levnadsvanorna "kommit på tal" i mötena med hälso- och sjukvården och i vilken utsträckning man anser sig ha tillgång till förebyggande hälsovård på den vårdcentral som man brukar vända sig till. Utredningsresultaten kan i korthet sammanfattas enligt följande:

- * I runda tal fyra av tio män och varannan kvinna hade under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2009 gjort någon eller några förändringar i sina levnadsvanor för att uppnå en bättre hälsa. Såväl män som kvinnor hade (ur ett befolkningsperspektiv) främst ändrat på sina kost- och motionsvanor samt börjat ta större hänsyn till det egna välbefinnandet.
- * Grovt sett **var tionde** 20-64-åring uppgav vårvintern 2009 att man under den senaste tolv månadersperioden i förebyggande syfte ändrat sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll och att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till detta.

Från ett patientperspektiv framkommer det att ungefär **var tredje** av de som "under den senaste tolv månadersperioden" resonerat med sjukvårdspersonal om sina levnadsvanor och/eller fått hälsoråd angående sina levnadsvanor ändrat på sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll och att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till detta. ***Sjukvårdspersonals resonemang och hälsorådgivning rörande patienternas levnadsvanor har uppenbarligen en betydande hälsofrämjande effekt sett såväl ur ett patientperspektiv som ur ett befolkningsperspektiv!***

- * *Anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater* har varit den vanligaste "bästa inspirationskällan" till att ha förbättrat sin levnadsvanor bland både kvinnor och män. Bland kvinnor har även *Veckotidningar, hälsotidningar (Hälsa, Må bra m fl), broschyrer, facklitteratur, böcker* haft en framträdande roll.
- * Grovt sett åtta av tio 20-64-åringar (runt 120 000 av 156 000) brukar, ända sedan rapporteringarna började på 1990-talet, meddela att man har tankar på att *framöver* göra en eller flera förändringar i sina levnadsvanor eller i sin livssituation för att kunna må bättre. ***Motionsvanorna är, ur ett befolkningsperspektiv, det som både män och kvinnor oftast tycker sig behöva ändra på i hälsofrämjande syfte.***

Antalet 20-64-åringar som i hälsofrämjande syfte anser att man borde ändra på sina motionsvanor lär röra sig om drygt 70 000. När det gäller kostvanorna och tobaksvanorna kan det handla om cirka 45 000 respektive 16 000 individer. Utredningsresultaten signalerar därmed en stor potential för motiverade förebyggande och hälsofrämjande arbetsinsatser från hälso- och sjukvårdens sida.

Förhållandevis få 20-64-åringar i länet tycker att man borde förändra sina alkoholvanor för att må bättre. Det rör sig i åldersgruppen "bara" om mellan 4 000 och 5 000 individer, vilket kan ses i ljuset av att uppskattningsvis drygt 80 000 individer dricker vin, starksprit och/eller starköl regelbundet varje vecka och att antalet riskbrukare sannolikt kan vara allt från 18 000 och upp till kanske nästan det dubbla antalet.

- * Av 20-64-åringars rapportering vårvintern 2009 framgick det att i runda tal 2 av 3 av dem som rapporterat hälsoproblem till följd av dåliga motionsvanor inte ändrat på sina motionsvanor i hälsofrämjande syfte, att lika många (2 av 3) av dem som rapporterat hälsoproblem till följd av dåliga kostvanor inte ändrat på sina kostvanor och att ungefär lika många av dem som rapporterat hälsoproblem till följd av sina alkoholvanor inte ändrat på alkoholvanorna samt att "hela" 80 procent av de dagligrökare som rapporterat hälsoproblem till följd av sina tobaksvanor inte ändrat på tobaksvanorna. Även dessa utredningsresultat signalerar en stor potential för motiverade förebyggande och hälsofrämjande arbetsinsatser från hälso- och sjukvårdens sida.
- * Enligt 2009 års rapportering hade omkring 12 procent av de 20-64-åriga kvinnor i länet som "under den senaste tolv månaders perioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral under perioden *resonerat* om sina levnadsvanor med en läkare på "sin" vårdcentral. För män blev andelen omkring 14 procent.

20-64-åringars rapportering tyder på att levnadsvanorna oftare kommer på tal inom företagshälsovården än inom primärvården.

- * **För att följa Dalasjukvårdens allmänna råd nr 3/98 om alkohol- och tobaksintervention i primärvården måste distriktsläkare och distriktssköterskor ge muntlig och skriftlig information till tobaksanvändare med *råd om rökslut*. Riskbrukare/högkonsumenter av alkoholhaltiga drycker skall *uppmannas minska sin konsumtion*.**

Motiverande samtal har lanserats som en metod för vårdpersonal att i behandlingsarbetet handskas med patienternas rök- och alkoholvanor. Det gäller då att som vårdgivare inte direkt att "ge råd", utan mera om att "*resonera*" och underlätta för patienten att själv komma fram till ett genomtänkt ställningstagande och handlande kring sina vanor och sin situation.

När riskbrukare kommer på läkarbesök på "sin" vårdcentral så "missas" – då hänsyn tas till landstingets riktlinjer – alkoholintervention i form av *resonemang* och/eller *rådgivning* sannolikt för grovt sett 8 av 10 riskbrukande män och 9 av 10 riskbrukande kvinnor. Resonemang och/eller hälsoråd kring rökvanorna "missas" för grovt sett 7 av 10 dagligrökare och då har möjligheterna via distriktssköterskor också beaktats. Och detta tio år efter det att arbetsgivaren uttryckt att alla patienter som är dagligrökare och riskbrukare/ högkonsumenter av alkoholhaltiga drycker skall bli föremål för intervention i form av resonemang (motiverande samtal) och rådgivning. Det sedan tidigare kända – och uppenbart stora – *glappet* mellan det hälso- och sjukvårdspolitiskt "önskvärda" och "verkligheten" förefaller *i det närmaste* ha permanentats, även om alkoholintervention riktad till riskbrukande

de män kan ha ökat något under 00-talets senare del, liksom tobaksintervention (i form av resonemang) riktad till dagligrökande kvinnor.

”Missarna” till resonemang och hälsoråd kan till viss del bero på att det från såväl vårdgivarens sida som patientens upplevts *onaturligt* att på ett *djupare* sätt beröra rökvanorna för just de problem man sökt hjälp för, trots att dagligrökare ofta vill sluta med sitt rökande i hälsofrämjande syfte. Av en undersökning som baserade sig på information från en väntrumsenkät framgick det att det – *sett till det eller de hälsoproblem patienten sökt läkarhjälp för* – kunde **betraktas som långsökt eller onaturligt att ta upp livsstilsfrågor i åtminstone 30 procent av besöken.**

Det har visat sig vara ungefär 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 lär 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 ifrågavarande sjukdomar.

- * Hälsoråd angående motionsvanorna torde välkomnas av många med tanke på att motionsvanorna är det som man oftast anser att man borde ändra på i sina levnadsvanor för att må bättre. Andelen som fått sådana råd *vid besök senaste året hos läkare på ”sin” vårdcentral* bland personer som uppgivit att man borde ändra på i sina motionsvanor för att må bättre uppgick enligt 2009 års rapportering till ungefär 12 procent. Lika många uppgav att man (vid besök senaste året hos läkare på ”sin” vårdcentral) fått hälsoråd angående kostvanorna bland personer som uppgivit att man i hälsofrämjande syfte borde ändra på dessa. I runda tal 22 procent uppgav att man fått hälsoråd angående rökvanorna bland personer som anser att man borde ändra på dessa. Andelen som fått hälsoråd angående alkoholvanorna bland personer som uppgivit att man borde ändra på i sina alkoholvanor för att må bättre stannade vid cirka 14 procent. Om hänsyn tas även till hälsoråd från sköterskor, så ökar andelarna med cirka 5-6 procentenheter, med undantag för hälsoråd angående alkoholvanorna. Dessa utredningsresultatet visar också att möjligheterna till potentiellt framgångsrik livsstilsintervention ofta ”missas”.
- * På det hälsopolitiska området har ambitionen varit att få läkare att skriva ut recept på motionsaktiviteter som promenader, stavgång och simning lika naturligt som de ordinerar mediciner. Ett recept på motion kan vara såväl ett komplement till ett läkemedelsrecept (eller annan behandling) som ett alternativ.

Recept på motionsaktiviteter kan ordinerar av andra än läkare. Från primärvårdens journalsystem Profdoc har det kunnat konstateras att det gjordes uppåt 900 ordinationer under 2008 och hundratalet färre under 2009. Under 2008 svarade 5 av de 31 vårdcentralerna i länet för ungefär 60 procent av ordinationerna. Under 2009 sjönk andelen till närapå hälften, vilket blev följderna av att färre ordinationer gjordes och att en del av de övriga vårdcentralerna ökade sina ordinationer något. **På ungefär hälften av länets vårdcentraler uppgår antalet ”motionsrecept” till ungefär 1 i månaden eller färre än så, på de**

flesta av de övriga omkring 1 i veckan, vilket kan synas vara mycket låga nivåer sett till att var tredje patient bedömts vara en potentiell receptkund för motion och att så många uppgivit sig vara *beredda att förändra sina motionsvanor*.

- * **Distriktsläkares och distriktssköterskors "livsstilsintervention" i form av resonemang och rådgivning kan under 00-talet anses ha varit *ungefär lika vanligt förekommande på i stort sett samtliga vårdcentraler***. Trots detta har vårdcentralernas förebyggande profil uppfattats som något olika då profilen fångats upp i termer av "tillgång till förebyggande hälsovård".

HUVUDINTRYCKET från utredningsarbetet kring 20-64-åringars uppfattningar om tillgången till förebyggande hälsovård och hälsofrämjande insatser vid vårdcentralerna – sett till de *riktlinjer* som Landstinget Dalarna utfärdat – får bli:

Möjligheterna till resonemang och hälsorådgivning angående såväl patienternas motionsvanor som rök- och alkoholvanor har hittills ofta (eller *oftast*) inte tagits till vara i primärvårdsarbetet – även om mäns motionsvanor oftare förefaller ha "kommit på tal" under 00-talets senare del och att alkoholintervention riktad till riskbrukande män kan ha ökat något, liksom tobaksintervention (i form av *resonemang*) riktad till dagligrökande kvinnor. Utrymmet för ett ökat engagemang från distriktsläkares (och distriktssköterskors) sida är *ur folkhälsopolitisk synvinkel (fortfarande) betydande*. Det sedan tidigare kända och stora glappet mellan det hälso- och sjukvårdspolitiskt "önskvärda" och "verkligheten" förefaller *i det närmaste* ha permanentats. Dock sker interventioner (resonemang, rådgivning, uppmuntran.....) rörande patienternas levnadsvanor i en *långt ifrån* obetydlig utsträckning och, när det görs, vilket bör framhållas, med en hälsofrämjande effekt. (Var tredje av dem som "under den senaste tolv månadersperioden" resonerat med sjukvårdspersonal om sina levnadsvanor och/eller fått hälsoråd angående sina levnadsvanor har uppgivit att man ändrat på sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll och att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till detta.)

Glappet mellan det hälso- och sjukvårdspolitiskt "önskvärda" och "verkligheten" är sannolikt större än glappet mellan "verkligheten" och den ur effektivitetssynpunkt optimala omfattningen på distriktsläkares och distriktssköterskors "livsstilsintervention" baserad på den verktygslåda som för närvarande står till buds och rekommenderats. Ett skäl till detta är att det finns rekommenderade verktyg som innebär att livsstilsintervention blir aktuellt först då det kan misstänkas föreligga ett samband mellan livsstilen och de hälsoproblem patienten söker hjälp för, det gäller till exempel för alkoholintervention rörande riskbruk enligt den modell Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) rekommenderat. Ett annat skäl, av ett liknande slag, är att riskbrukare, rökare, personer med dåliga kost- och motionsvanor med flera många gånger söker hjälp för okomplicerade hälsoproblem då det kan upplevas som onaturligt från såväl vårdgivarens sida som patientens att föra livsstilsfrågor på tal. Att – exempelvis – skriva ut ett "motionsrecept" till en patient som söker hjälp för besvär med fotvårtor eller till en hostande och febrig patient med en rinnande näsa eller att med dessa föra ett djupare resonemang om

alkoholvanor kan ju alldeles uppenbart te sig minst sagt långsökt. Den undersökning som genomfördes med hjälp av en väntrumsenkät vid fyra vårdcentraler i länet tydde på att andelen läkarbesök med okomplicerade hälsoproblem – och då "livsstilsintervention" kan te sig minst sagt långsökt – kan röra sig om *minst* 30 procent (eller rentav kanske om "*merparten*" (23)). I ljuset av detta **kan distriktsläkares interventioner (resonemang, rådgivning, uppmuntran.....) rörande patienternas levnadsvanor måhända med fog bäst sägas ske i en betydande utsträckning**. Av samma undersökning framgick det emellertid att distriktsläkarna inte fört något resonemang med, eller förmedlat någon (uppmuntrande) rådgivning till, *grovt sett* varannan patient som inför konsultationen på väntrumsenkäten signalerat en positiv inställning till att i hälsofrämjande syfte förändra sina kost-, motions-, rök- och/eller alkoholvanorna. Långt framskridna och *lätt identifierbara tankar* på hälsofrämjande förändringar i vardagen tas således långt ifrån alltid tillvara. Detta var en av de viktigaste anledningarna till att **distriktsläkare kunde bedömas "missa" en möjlighet till motiverad och naturlig livsstilsintervention (resonemang, råd, recept på motion, "uppmuntran på vägen" med mera) i upp till ungefär vart femte besök**.

3 AVSLUTANDE KOMMENTARER

Vid jämförelser mellan närsjukvårdsområden, kommuner, åldersklasser, kön och socioekonomiska grupper har statistiskt signifikanta skillnader kunnat identifieras, men de är, på kommunnivå, inte av den arten att de av landstinget *ur hälsopolitisk synvinkel prioriterade* områdena kring dalfolkets tobaks-, alkohol- och motionsvanor inte kan anses relevanta på något håll i länet. Att i folkhälsoarbetet i hälsofrämjande och förebyggande anda göra sitt allra bästa på dessa områden kan göras med ett gott samvete på alla håll i länet. (8)

Det finns flera skäl till att levnadsvanor som rök-, alkohol- och motionsvanor behöver kommuniceras i mötet mellan befolkningen och hälso- och sjukvården. Ett skäl för personal inom hälso- och sjukvården är förstås att det behöver göras för att kunna leva upp till de hälsopolitiska ambitionerna. Ett annat skäl, måhända det starkaste, är att var och en efter det att man konsulterat hälso- och sjukvården skall ha fått *ett fullgott medicinskt underlag* för att kunna hantera sina hälsoproblem på ett sätt som blir det bästa *i det långa loppet*.

Vid hälsoproblem som har att göra med livsstilen blir, för en bästa lösning i det långa loppet, *"samtal, reflektion och, inte minst, resursmobilisering"* lika viktigt som den traditionella medicinens (skolmedicinens) *"observation och diagnosställande"*: *"Vid många sjukdomar så är läkaren expert och en hel del sjukdomar kan påvisas genom mätningar och undersökningar och boten eller lindringen kan därefter verkställas, naturligtvis med patientens godkännande, men det går då att som patient i högre grad så att säga "lämna in sig för reparation". Beträffande stressrelaterade (och livsstilsberoende) sjukdomar och även beträffande ångest och depression så kan ju dessa tillstånd också påvisas, men då medicin inte alltid räcker till så krävs i ännu högre grad patientens egen medverkan. I dessa situationer fungerar det inte att "lämna in sig". Det kan snarare ha motsatt inverkan..... Patienten behöver vid livsstilssjukdomar bli sin egen läkare eller terapeut eftersom han/hon har en stor del av lösningen i sin egen makt. Det innebär en annan roll för vårdens personal som behöver uppmärksammas eftersom det är viktigt att se skillnaden. (22)".*

REFERENSER

- 1 Granvik M. *2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på upplevda vårdbehov bland 20-64-åringar och hälso- och sjukvårdens sätt att möta dessa*. Utredningsrapport (nr 167). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun augusti 2009.
- 2 Granvik M. *2009 års befolkningsenkät – Synpunkter från deltagarna*. Utredningsrapport (nr 168). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun augusti 2009.
- 3 Granvik M. *2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på befolkningens uppfattningar om väntetiderna inom Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård, telefontillgängligheten hos vårdcentralerna och möjligheterna att boka passande besökstider*. Utredningsrapport (nr 169). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun september 2009.
- 4 Granvik M. *2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården och syn på bemötande och vård och behandling på vårdcentralerna*. Utredningsrapport (nr 171). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun oktober 2009.
- 5 Granvik M. *2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på sjukvårdsrådgivning per telefon, sjukskrivningar och specialistremisser*. Utredningsrapport (nr 172). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun oktober 2009.
- 6 Granvik M, Sandberg B-M. *Serviceprofiler för Landstinget Dalarnas vårdcentraler*. Utredningsrapport (nr 173). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun oktober 2009.
- 7 Granvik M. *2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på hälsotillståndet bland 20-64-åringar*. Utredningsrapport (nr 174). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun november 2009.
- 8 Granvik M. *2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på levnadsvanor bland 20-64-åringar*. Utredningsrapport (nr 175). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun januari 2010.
- 9 Granvik M. *Kommer levnadsvanor och social situation upp till diskussion då befolkningen besöker hälso- och sjukvården för att få hjälp med sina hälso-problem?*. Utredningsrapport (nr 128). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun januari 2005.
- 10 Taube A. *Varför alltid sätta P för signifikanta resultat?* Läkartidningen 1990; 87: 960-2.
- 11 Granvik M. *2006 års befolkningsenkät – Kompletterande resultatredovisning med fokus på befolkningens levnadsvanor ur hälsofrämjande och förebyggande perspektiv*. Utredningsrapport (nr 143). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun april 2007.

- 12 Landstinget Dalarna. *Riktlinjer för distriktsläkares och distriktssköterskors intervention gentemot dagligrökande patienter och patienter som är högkonsumenter av alkohol*. Dalasjukvårdens allmänna råd nr 3/98.
- 13 Granvik M, Hallberg H. *Hinner inte? Orkar inte?” – Allmänläkares uppfattningar om ”förebyggande” och psykosocial problematik*. Utredningsrapport (nr 122). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun augusti 2002.
- 14 Granvik M. *2 237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna*. Utredningsrapport (nr 152). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun september 2008.
- 15 Hallberg J (Hedemora vårdcentral). Personlig kommunikation. 2007-03-19.
- 16 Dagens Medicin. *Satsning på recept om motion trots trög start*. Nr 34/2003. (s 6).
- 17 Eckerman I. *Hur många patienter ska ha recept på motion?* Dagens Medicin. Nr 36/2003. (s 30).
- 18 Landstingsvärlden (Intervju med Matti Leijon). *Nätverk nödvändigt för motion på recept*. Nr 15/2002 (s 17).
- 19 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Metoder för att främja fysisk aktivitet – En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport 181 (Sammanfattning och slutsatser). 2006.
- 20 Kallings L. *Physical activity on prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk*. Akademisk avhandling. Karolinska Institutet. Stockholm 2008.
- 21 Börjesson U (Gagnefs vårdcentral). Personlig kommunikation. 2010-02-08.
- 22 Sundell K (Rättviks vårdcentral). Personlig kommunikation. 2007-01-08.
- 23 Granvik M. *Allmänläkares erfarenheter av att arbeta med en väntrumsenkät som arbetsinstrument*. Utredningsrapport (nr 153). Landstinget Dalarna. Huvudkontoret. Falun september 2008.
- 24 Dahlén B. Personlig kommunikation. 2010-02-24.

BILAGOR

Bilaga 1: Enkätfrågor (fråga 59 och 60)

Bilaga 2: Kodlistor

Bilaga 3: Rök-, alkohol- och motionsvanor efter kommun

**Bilaga 4: Andel personer (som besökt vc) som fått
frågan om de röker (ur Profdoc III)**

Bilaga 1: fråga 59

59 Varifrån tycker Du att Du fått den bästa *inspirationen* till att förbättra Dina levnadsvanor (sluta röka, motionera mera etc)?

(Markera **ett** eller **högst tre** svarsalternativ!)

- Jag behöver inte sådan inspiration
- Radio-/TV-program/Video
- Föreläsningar/kurser/studiecirklar
- Sluta-röka-linjen (Tfn 020 – 84 00 00)
- Dagstidningar (ej hemsidor på Internet)
- Veckotidningar, hälsotidningar (*Hälsa, Må bra* m fl), broschyrer, facklitteratur, böcker
- Skriften *Min bok om hälsa* (Landstinget Dalarna)
- Internetversionen av *Min bok om hälsa* (www.ltdalarna.se)
- Hälsoinformation på Internet, annat än internetversionen av *Min bok om hälsa*, t ex dagstidningarnas hemsidor, Infomedica.se, Pion.net, NetDoktor.se
- Apoteket (apotekspersonalen, kundtidningen, www.apoteket.se, broschyrer.....)
- Läkare verksamma på vårdcentraler
- Läkare verksamma på sjukhus/lasarett
- Sköterskor verksamma på vårdcentraler
- Sköterskor verksamma på sjukhus/lasarett
- Arbetsgivaren ("friskvårdsaktiviteter på jobbet".....)/företagshälsovården
- Anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater
- Annat håll, nämligen
- Jag har ingen uppfattning om saken

Bilaga 1: fråga 60

60 Vad tycker Du att **Du idag och framöver** främst borde **ändra/förbättra för att må bättre?** (Välj **ett** eller **högst tre** svarsalternativ som Du tycker är viktigast.)

Ingenting, jag är nöjd

Kostvanorna

Motionsvanorna

Tobaksvanorna

Alkoholvanorna

Arbetsförhållandena/ arbetsmiljön

Arbetslöshetsituationen

Familjelivet

Umgänget med släkt, vänner, grannar, arbetskamrater osv

Privatekonomin

Fritiden

Annat, nämligen

BILAGA 2 Förkortningar och koder

1(2)

(2.1 KOMMUNER)

AV = Avesta kommun
BO = Borlänge kommun
FA = Falun kommun
GA = Gagnefs kommun
HE = Hedemora kommun
LE = Leksands kommun
LU = Ludvika kommun
MA = Malungs kommun
MO = Mora kommun
OR = Orsa kommun
RÄ = Rättviks kommun
SM = Smedjebackens kommun
SÄ = Säters kommun
VA = Vansbro kommun
ÄL = Älvdalens kommun

2.2 VÅRDCENTRALSOMRÅDEN

"Vårdcentralsområde" X åsyftar de personer som uppgivit att man i första hand vänder sig till vårdcentralen (distriktsläkarmottagningen) X då man söker läkarhjälp ("husläkare") för sina hälsoproblem.

Använda koder för "vårdcentralsområdena":

1 = Avesta vårdcentral, 2 = Skogsbo, 3 = Krylbo, 4 = By, 5= Borlänge sjukhus,
6= Jakobsgårdarna, 7 = Kvarnsveden, 9 = Norslund, 10 = Britsarvet,
11 = Tisken, 12= Grycksbo, 13 =Svärdsjö, 14 = Gagnefs vårdcentral,
17 = Hedemora, 18 = Långshyttan, 19 = Leksand, 20 = Ludvika lasarett,
21 = Solsidan, 22 = Grängesberg, 23 = Grangärde(Sunnansjö)/Säfsnäs, 25 = Malung,
26 = Lima/Sälen, 27 = Mora vårdcentral, 29 = Orsa, 30 = Rättvik/Furudal,
32 = Smedjebacken/Söderbärke, 34 = Säters sjukhus, 35 = Vansbro,
36 = Älvdalen, 37 = Särna/Idre

Personer som vid behov av läkarhjälp vänder sig till vårdcentralen i Gagnef (belägen i Djurås) inkluderar numera personer som tidigare brukade vända sig till de nedlagda utbudsenheterna ("filialerna") i Mockfjärd och Björbo. Rättviks vårdcentral omfattar även mottagningen i Furudal, Grangärde vårdcentral (i Sunnansjö) mottagningen i Fredriksberg/Säfsnäs, Lima vårdcentral mottagningen i Sälen och Smedjebackens vårdcentral mottagningen i Söderbärke. (8 = Gylle vårdcentral är numera nedlagd.)

(2.3 NÄRSJUKVÅRDSOMRÅDEN)

Södra = Avesta kommun/Hedemora kommun, **Mellersta** = Borlänge kommun/Gagnefs kommun/Säters kommun, Västerberg (**Västerbergslagen**) = Ludvika kommun/Smedjebackens kommun, Falun (**Falu**)= Falu kommun, **Norra/Västra** = Leksands kommun/Malungs kommun/Mora kommun/Orsa kommun/Rättviks kommun/Vansbro kommun/Älvdalens kommun

(2.4 SOCIOEKONOMISK GRUPPTILLHÖRIGHET)

Socioekonomiska koder (jfr Statistiska Centralbyrån nedan!):

0 = socioekonomisk kod har ej kunnat påföras (yrkesuppgift ej lämnad)

EjFA = ej facklärd arbetare

FA = facklärd arbetare

LTjm = lägre tjänstemän

MTjm = tjänstemän på mellannivå

HTjm = tjänstemän på hög nivå

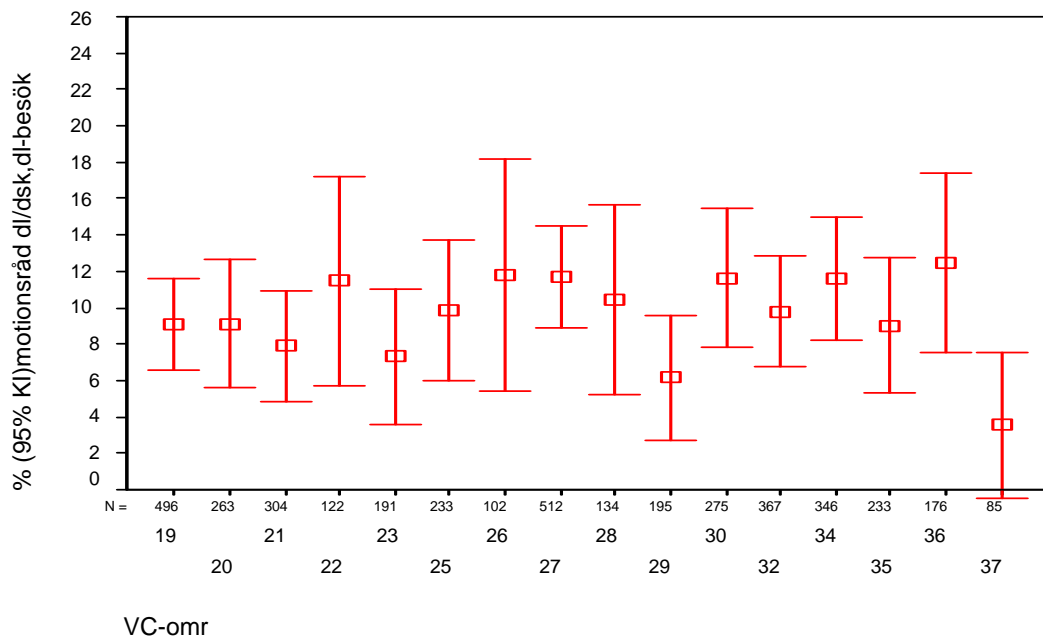
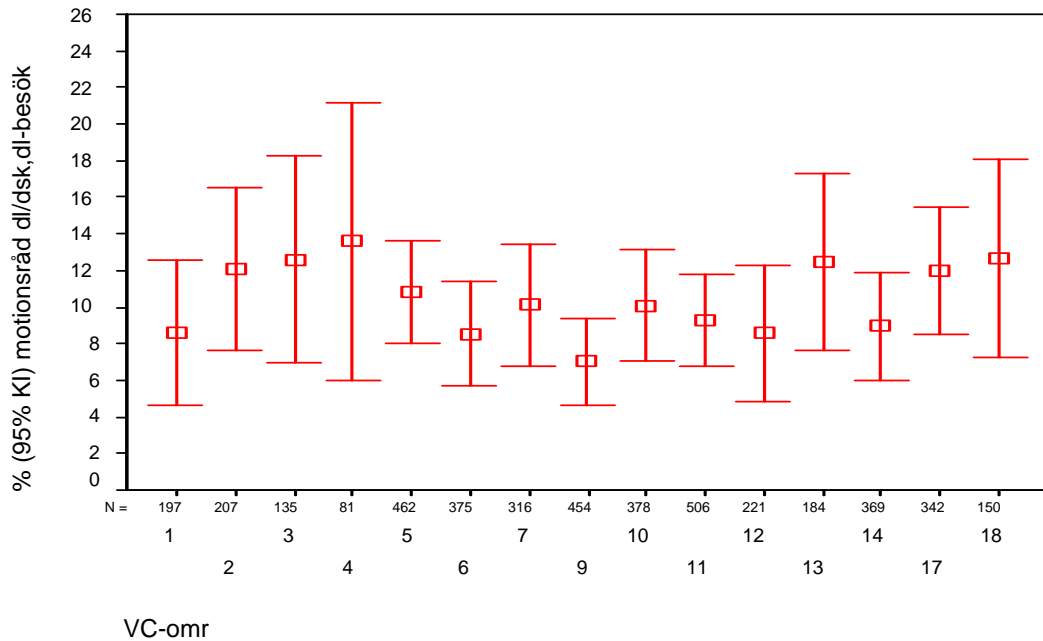
(MHTjm=tjänstemän på mellannivå eller hög nivå)

Föret=företagare/lantbrukare

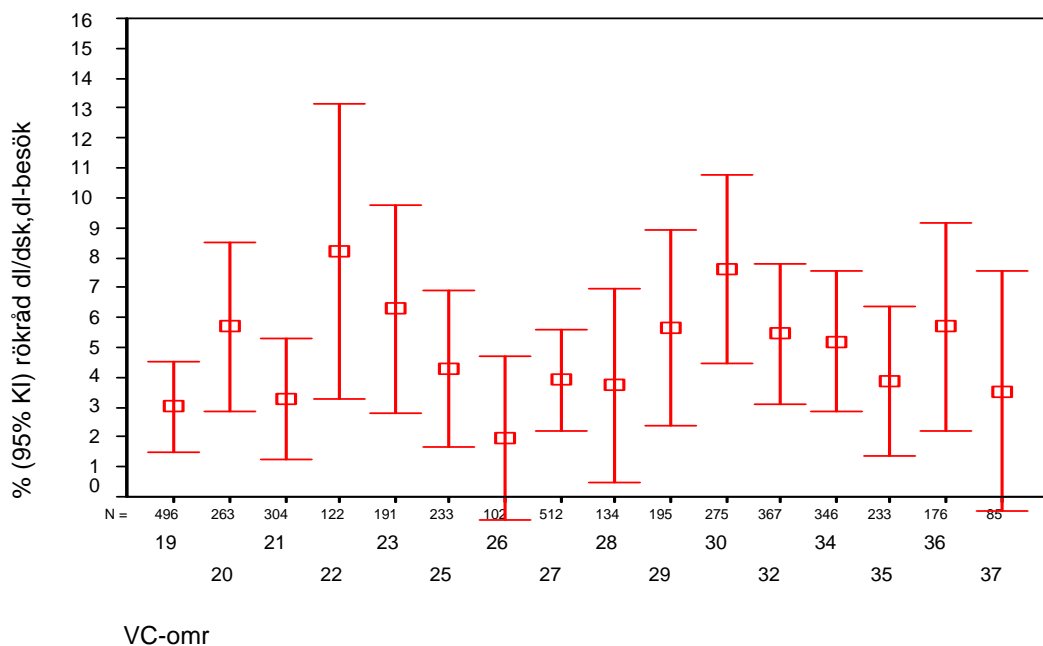
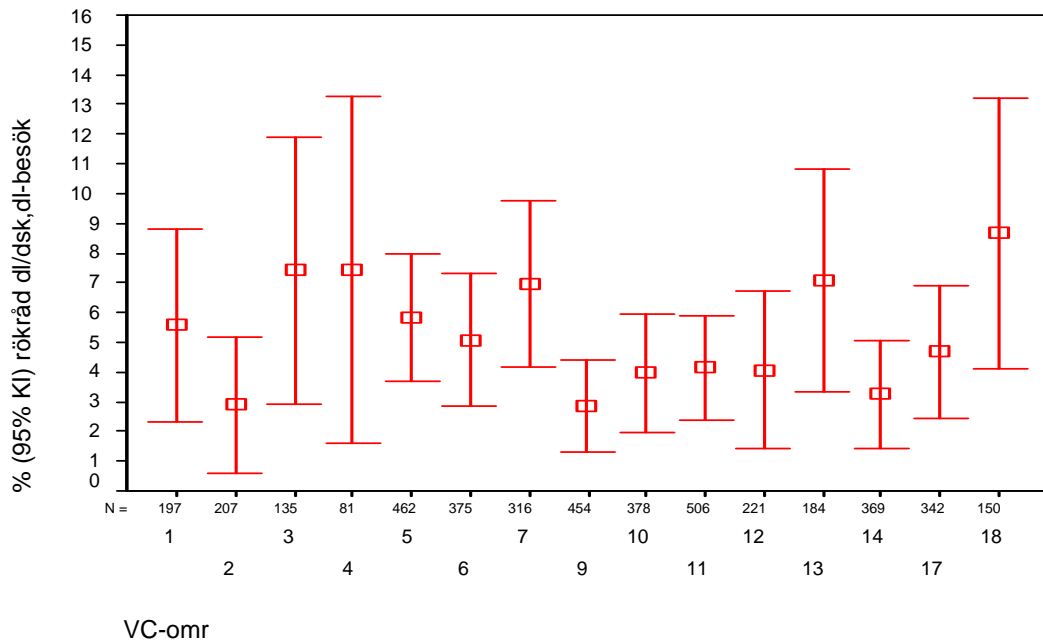
Socioekonomiska grupper (Statistiska Centralbyrån):

1. **Ej facklärd varuproducerande arbetare**, t ex "fabriksarbetare", "gjutare", "lantbruksarbetare", "mattläggare", "sprutlackerare", "truckförare"
2. **Ej facklärd tjänsteproducerande arbetare**, t ex "affärsbiträde", "brevbärare", "hemhjälp", "ordningsvakt", "sjöman", "städerska"
3. **Facklärd varuproducerande arbetare**, t ex "bagare", "bilmekaniker", "kran-skötare", "murare", "målare", "rörmokare", "snickare", "VVS-montör"
4. **Facklärd tjänsteproducerande arbetare**, t ex "frisör", "kock", "lokförare", "undersköterska" ...
5. **Lägre tjänstemän**, t ex "dataoperatör", förrådsförman", "guide", "kontorist", "apotekstekniker", "assistent", "bilförsäljare", "polis", "sekreterare"
6. **Tjänstemän på mellannivå**, t ex "banktjänsteman", "dietist", "ingenjör", "köksmästare", "lärare", "officer", "sjuksköterska", "utredare", "verkmästare"
7. **Högre tjänstemän**, t ex "advokat", "apotekare", "bankkamrer", "läkare"
8. **Företagare**
9. **Lantbrukare**
- (0. **Övriga**, dvs personer som ej kunnat påföras en socioekonomisk kod, främst personer utan yrke.)

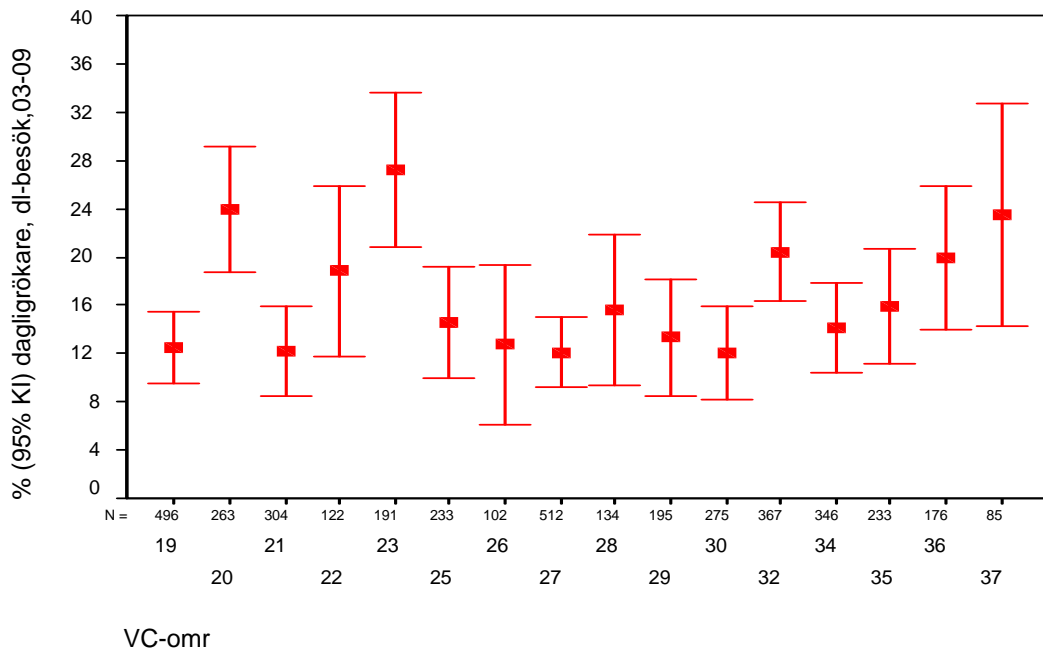
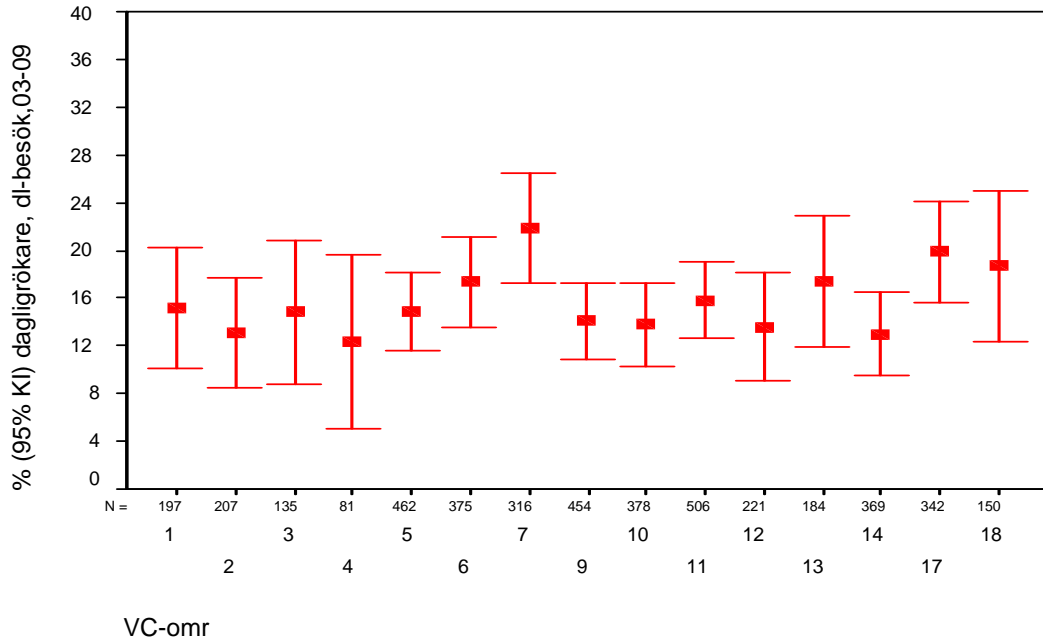
Bilaga 3: Diagram 1a Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) som uppgivit att man "under den senaste tolv månaders perioden" fått *hälsoråd* angående motionsvanorna av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral bland 20-64-åringar som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden" efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2003, 2006 och 2009. (Patientperspektivet)



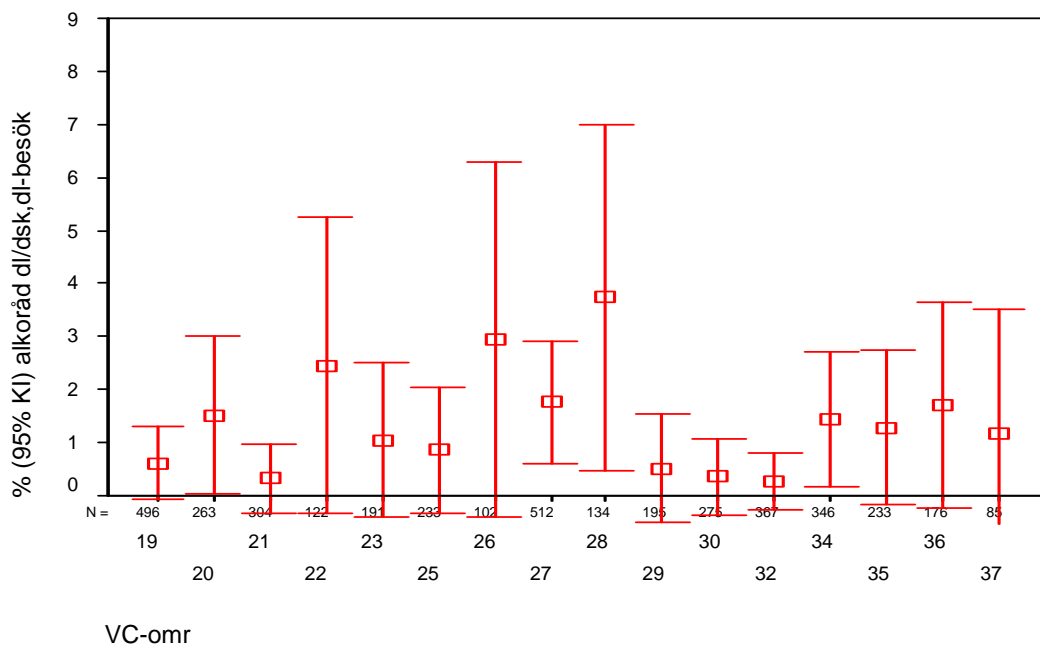
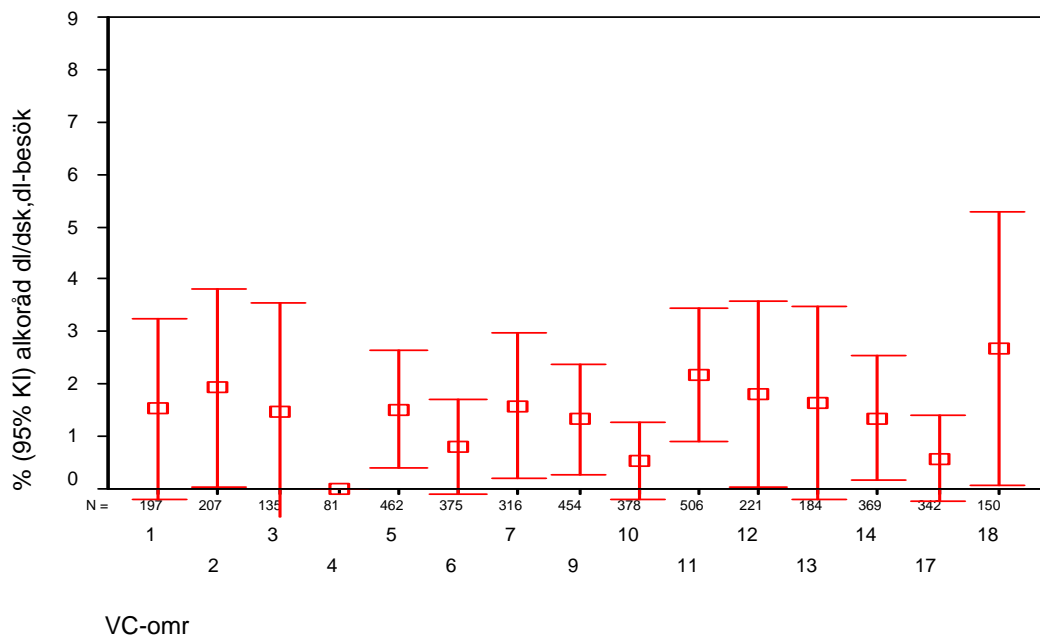
Bilaga 3: Diagram 1b Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) som uppgivit att man "under den senaste tolv månaders perioden" fått hälsoråd angående rökvanorna av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral bland 20-64-åringar som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden" efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2003, 2006 och 2009. (Patientperspektivet)



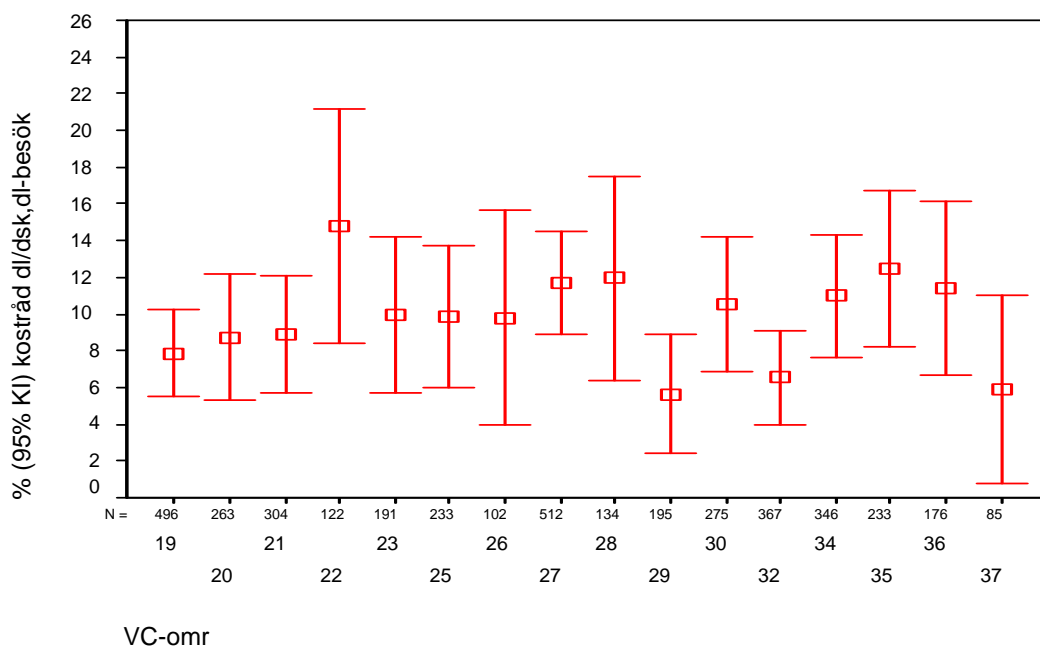
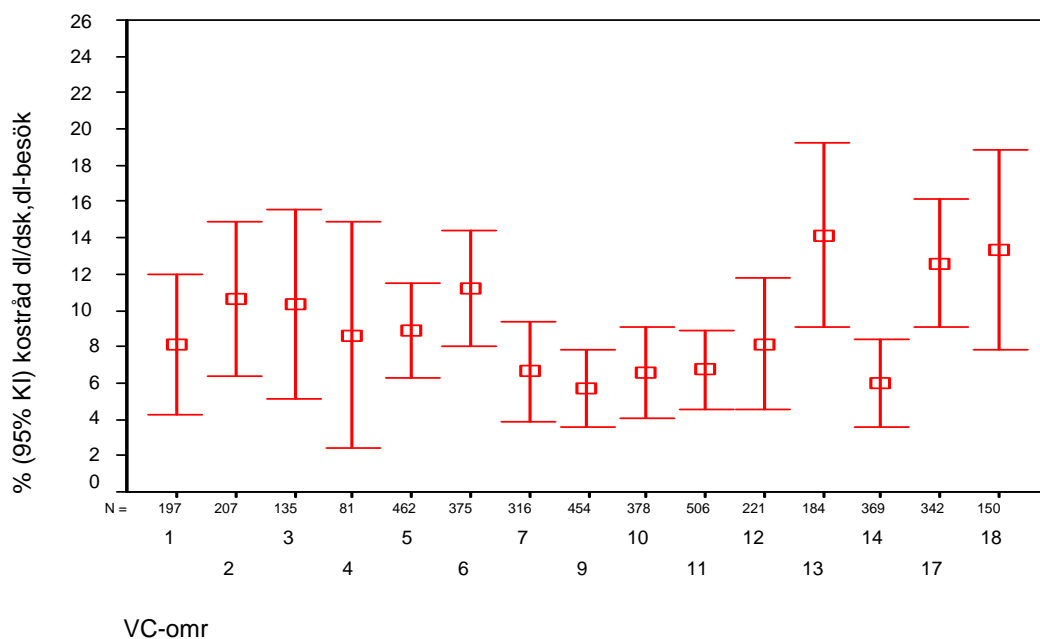
Bilaga 3: Diagram 1bb Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) som uppgivit att man röker dagligen bland 20-64-åringar som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden" efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2003, 2006 och 2009. (Patientperspektivet)



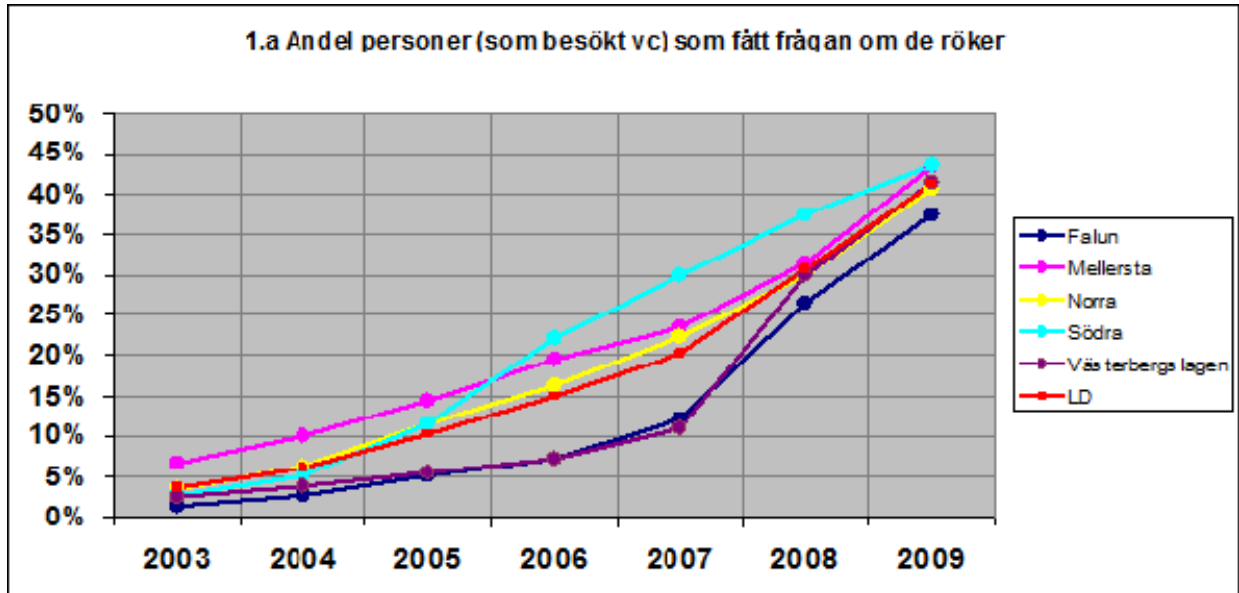
Bilaga 3: Diagram 1c Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) som uppgivit att man "under den senaste tolv månaders perioden" fått hälsoråd angående alkoholvanorna av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral bland 20-64-åringar som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden" efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2003, 2006 och 2009. (Patientperspektivet)



Bilaga 3: Diagram 1d Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) som uppgivit att man "under den senaste tolv månaders perioden" fått hälsoråd angående kostvanorna av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral bland 20-64-åringar som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månaders perioden" efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). Avser undersökningarna 2003, 2006 och 2009. (Patientperspektivet)



Bilaga 4: Diagram 1 Andel personer (som besökt vc) som fått frågan om de röker. (Uppgifter från primärvårdens journalsystem Profdoc III, tillhandahållna av distriktsläkare Ulf Börjesson (2010-02-05), Gagnefs vårdcentral.)



RAPPORTER FRÅN HUVUDKONTORETS EPIDEMIOLOGISKA UTREDNINGSBETE

- Nr 1 Granvik, M, Den epidemiologiska strategin, juli 1981
- Nr 9 Granvik, M, Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi (Förslag till slutrapport), september 1982
- 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 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 145 Granvik, M, 2007 års äldreenkät, september 2007.
- Nr 148 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Kompletterande resultatredovisning med fokus på 20-64-åringars läkemedelsanvändning, november 2007.
- Nr 152 Granvik, M, 2 237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna, september 2008.
- Nr 153 Granvik, M, Allmänläkares erfarenheter av att arbeta med en väntrumsenkät som arbetsinstrument, september 2008.
- Nr 158 Granvik, M, Nationella befolkningsenkäten – Resultat 2008 och tillbakablickar mot åren 2004-2005, december 2008.
- Nr 160 Granvik, M, Dala-primärvårdens patientenkät, februari 2009

- Nr 161 Granvik M, 2008 års ungdomsenkät – Niondeklassares rök- och snusvanor, januari 2009.
- Nr 162 Granvik M, Niondeklassares rapportering av orsaker till besvärsupplevelser och villkor för välmående, februari 2009.
- Nr 163 Granvik, M, Hälsa och levnadsvanor bland niondeklassare i Dalarna höstterminen 2008, mars 2009.
- Nr 165 Granvik, M, Om ungas "allt sämre välmående", april 2009.
- Nr 166 Granvik, M, Vårdcentralerna får ogrundad kritik av barnombudsmannen och media, april 2009.
- Nr 167 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på upplevda vårdbehov bland 20-64-åringar och hälso- och sjukvårdens sätt att möta dessa, augusti 2009.
- Nr 168 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Synpunkter från deltagarna, augusti 2009.
- Nr 169 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på befolkningens uppfattningar om väntetiderna inom Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård, telefontillgängligheten hos vårdcentralerna och möjligheterna att boka passande besökstider, september 2009.
- Nr 171 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården och syn på bemötande och vård och behandling på vårdcentralerna, oktober 2009.
- Nr 172 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på sjukvårdsrådgivning per telefon, sjukskrivningar och specialistremisser, oktober 2009.
- Nr 173 Granvik, M och Sandberg, B-M, Serviceprofiler för Landstinget Dalarnas vårdcentraler, oktober 2009.
- Nr 174 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på hälsotillståndet bland 20-64-åringar, november 2009.
- Nr 175 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på levnadsvanor bland 20-64-åringar, januari 2010.
- Nr 177 Granvik, M och Paperin, A, Om Öppna jämförelser – Debattartiklar i Dagens Medicin, december 2009.
- Nr 178 Granvik, M, 2009 års befolkningsenkät – Resultatredovisning med fokus på tillgång till förebyggande hälsovård och hälsofrämjande insatser vid vårdcentralerna, mars 2010.

FÖRTECKNING ÖVER ARTIKLAR MM FRÅN HUVUDKONTORETS 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 distriktsläkarmottagning 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, Hälsoundersökning 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 blodfettvärden 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 (Falun-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.

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).

Granvik, M. Reflektioner kring patienters rapportering av rök-, alkohol- och motionsvanor i en väntrumsenkät, AllmänMedicin, nr 6, s 5-7, 2008.

Granvik, M, Paperin, A. Vilseledande slutsatser sprids – dags att ge "Öppna jämförelser" rött ljus, Dagens Medicin, nr 1-3/2009 (s 30).

Granvik, M. Nya perspektiv på frågan om "det förebyggande" fått vad det förtjänar, AllmänMedicin, nr 2, s 5-7, 2009.

Granvik, M, Paperin, A. Hur kan de här stolligheterna få fortsätta?, Dagens Medicin, nr 49/2009 (s 24).

Granvik, M, Paperin, A. Ovetenskaplig hållning till statistisk problematik, Dagens Medicin, nr 51-52/2009 (s 22).

Utredningsrapporterna på nätet:

- 1) www.ltdalarna.se
- 2) Välj "Vård och hälsa"!
- 3) Välj "Utredningsrapporter" under rubriken "För professionen"!
- 4) Välj "Verksamhetsuppföljning" alt "Folkhälsouppföljning" under "Utredningsrapporter"! (alt "Arkivet")
- 5) Välj rapport nr XXX!