



# **Frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” - gör skillnad för samtalet om livsstil med patienten**

**Författare:**

Anna Elvenger och Eva Degerheim Frykstad  
Primärvården Eskilstuna

**Handledare:**

Carina Forsman Björkman

## Sammanfattning

År 2001 introducerades begreppet folkhälsostategier i primärvården i Eskilstuna, Landstinget Sörmland. Uppdraget innebär bland annat att utveckla arbetssätt och metoder för hälsofrämjande insatser. År 2006 antogs en policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland. Ett av målen i policyn är att landstinget ska medverka till att stärka individens egenupplevda hälsa och hälsorelaterade livskvalitet. Inom ramen för folkhälsostategiernas uppdrag har frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa”, som tar upp frågor om livsstil och hälsa, provats i en enkätstudie på två vårdcentraler i Eskilstuna.

Syftet med studien var att undersöka om ”Fem frågor om din hälsa” tillför något till samtalet om livsstil i det dagliga mötet med patienten. Formuläret innehåller frågor om vikt, längd, motions-, tobaks- och alkoholvanor samt allmän och psykisk hälsa. En enkät besvarades av två olika patientgrupper. Den ena gruppen (181 personer) besvarade enkäten före och den andra gruppen (207 personer) efter att formuläret ”Fem frågor om din hälsa” började användas. En enkätstudie bland vårdpersonalen (17 personer) genomfördes också.

Resultatet från patientstudien visade att när formuläret ”Fem frågor om din hälsa” hade använts fick en signifikant större andel av patienterna frågor om sina levnadsvanor av vårdpersonalen. När det gällde frågor om det allmänna och psykiska hälsotillståndet var ökningen signifikant på en av vårdcentralerna. När frågeformuläret hade använts blev andelen som fått stöd och råd att förändra sina motionsvanor större på en vårdcentral. Även fler patienter på en av vårdcentralerna övervägde att förändra sina alkoholvanor när ”Fem frågor om din hälsa” hade använts. Mer än 84 % av patienterna ansåg att det är värdefullt att vårdpersonal tar upp frågor om livsstil med patienten och mer än 76 % svarade att den egna livsstilen påverkar hälsan mycket eller till stor del.

Samtliga av de tillfrågade i personalenkäten svarade att formuläret ”Fem frågor om din hälsa” var ett stöd i samtalet om levnadsvanor med patienten och att det är ett redskap som kan vara till hjälp i det dagliga arbetet. Majoriteten av personalen upplevde inte några problem med att använda formuläret. Två i personalen uppgav att tidsbrist var ett problem.

För att frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” ska få avsedd effekt är det viktigt på vilket sätt vårdpersonalen kommunicerar med patienterna och att kunskap om förändringsprocessen finns. Motiverande samtal är en förändringsinriktad, klientcentrerad och samtidigt styrande samtalsmetod som visat sig ha god effekt på många problemområden. Fungerande system för distribution, dokumentation, uppföljning och utvärdering av frågeformuläret behöver också utvecklas.

# Innehållsförteckning

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
2.1 EN MER HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	4
2.2 LIVSVILLKOR, LEVNADSVANOR OCH HÄLSA .....	5
2.3 MÖTETS BETYDELSE .....	6
2.4 FÖRÄNDRINGSPROCESSEN .....	6
2.5 MOTIVERANDE SAMTAL .....	7
2.5.1 Vetenskapliga studier .....	8
2.6 FRÅGEFORMULÄR OM LIVSSTIL .....	8
2.7 SYFTE .....	9
2.7.1 Frågeställningar för patientenkäten: .....	9
2.7.2 Frågeställningar för personalenkäten: .....	9
<b>3. MATERIAL OCH METOD</b> .....	<b>10</b>
3.1 PATIENTENKÄT .....	10
3.2 URVAL OCH GENOMFÖRANDE AV PATIENTENKÄTEN .....	10
3.3 SVARSFREKVENNS, BORTFALL OCH STUDIEGRUPPEN I PATIENTENKÄTEN .....	11
3.4 DATABEARBETNING AV PATIENTENKÄTEN .....	11
3.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN FÖR PATIENTENKÄTEN .....	11
3.6 PERSONALENKÄT .....	12
3.7 URVAL OCH GENOMFÖRANDE AV PERSONALENKÄTEN .....	12
3.8 SVARSFREKVENNS, BORTFALL OCH STUDIEGRUPPEN I PERSONALENKÄTEN .....	12
3.9 DATABEARBETNING AV PERSONALENKÄT .....	12
3.10 ETISKA ÖVERVÄGANDEN FÖR PERSONALENKÄT .....	12
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
4.1 PATIENTENKÄT .....	13
4.1.1 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som får frågor om sin livsstil?... 13	
4.1.2 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som får frågor om sitt hälsotillstånd? .....	14
4.1.3 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som får stöd och råd att förändra sin livsstil? .....	14
4.1.4 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som överväger att förändra livsstil? .....	15
4.1.5 Påverkar användandet av formuläret hur värdefullt patienterna tycker det är att vårdpersonal tar upp frågor om livsstil? .....	15
4.1.6 Påverkar användandet av formuläret i vilken mån patienterna anser att den egna livsstilen påverkar hälsan? .....	16
4.1.7 Kommentarer från patienter .....	17
4.2 PERSONALENKÄT .....	18
4.2.1 Upplevde personalen att formuläret var ett stöd och redskap i samtalet om levnadsvanor? .....	18
4.2.2 Upplevde personalen några problem med att använda formuläret? .....	18
4.2.3 Förslag på förbättringar kring användandet av formuläret "Fem frågor om din hälsa" .....	18
4.2.4 Vad tycker personalen allmänt om att använda frågeformulär i kontakten med patienten? .....	18
<b>5. DISKUSSION</b> .....	<b>19</b>
<b>6. KONKLUSION</b> .....	<b>21</b>
<b>7. TACK</b> .....	<b>21</b>
<b>8. REFERENSER</b> .....	<b>22</b>
<b>9. BILAGOR</b> .....	<b>23</b>

## **1. Inledning**

År 2001 introducerades begreppet folkhälsostrategier i primärvården i Eskilstuna, Landstinget Sörmland. Uppdraget, som initierades av primärvårdschefen, innebär bland annat att utveckla arbetssätt och metoder för hälsofrämjande insatser. Författarna har detta uppdrag vid sidan om sina ordinarie arbeten som distriktssköterska och sjukgymnast. Under 2002 genomförde författarna, med hjälp av FoU-enheten i Landstinget Sörmland, en enkätundersökning om det preventiva hälsoarbetet i primärvården i Eskilstuna. Syftet var bland annat att kartlägga i vilken utsträckning personalen tog upp frågor om livsstil i mötet med patienter. Resultatet visade ett behov och intresse bland personalen av ökad kunskap, speciellt om riskbruk av alkohol och drogmissbruk. Det fanns även en osäkerhet bland personalen om hur frågor om livsstil skulle tas upp på ett bra sätt med patienterna. Detta utmynnade i projektet "Hälsan i centrum", då all personal i primärvården i Eskilstuna erbjöds introduktionsutbildning i motiverande samtal under två halvdagar 2003-2004. Med hjälp av denna samtalsmetod kan patienter få stöd att genomföra livsstilsförändringar och därmed förbättra sin hälsa. Resultatet från en enkätundersökning visade att de som deltagit i båda introduktionsutbildningarna i motiverande samtal oftare tog upp livsstilsfrågor med patienterna efter utbildningarna (1). Det framkom dock flera hinder för att få till stånd dessa livsstilssamtal, till exempel tidsbrist, att vissa frågor upplevdes för känsliga att ställa samt bristande dokumentation, systematik och utvärdering. För att underlätta och systematisera arbetet med de hälsofrämjande insatserna har nu ett frågeformulär om livsstil, "Fem frågor om din hälsa", tagits fram. Målet är att personalen med hjälp av formuläret ska bli mer aktiv i det hälsofrämjande arbetet och att patienten i större utsträckning blir medveten om, och tar ansvar för, sin hälsa (2). I den följande studien undersöks om formuläret "Fem frågor om din hälsa" tillför något till samtalet om livsstil i det dagliga mötet med patienten.

## **2. Bakgrund**

### **2.1 En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård**

Redan på WHO-konferensen i Ottawa 1986 betonades vikten av att hälso- och sjukvården blir mer hälsoinriktad och hälsofrämjande (3). Arbetet mot detta mål har sedan dess pågått på olika nivåer i samhället. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anges att hälso- och sjukvårdens uppgift är att ge en god sjukvård på lika villkor, skapa en bättre hälsa och livskvalitet i befolkningen samt arbeta för att förebygga ohälsa (4). Patienten betraktas som aktiv och kapabel att delta i olika beslutsprocesser som rör den egna hälsan och ska, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Enligt målområde 6 i regeringens proposition "Mål för folkhälsan" ska hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser genomsyra hela hälso- och sjukvården (5). I propositionen framhålls att primärvården har en nyckelroll i detta arbete bland annat genom sin stora kontaktyta med människor i alla åldersgrupper. Genom sin struktur anses primärvården ha förmågan att nå varje patient individuellt, vilket ger unika möjligheter att nå grupper som är särskilt sårbara i hälsoavseende (6).

Nyligen antogs en policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland (7). I policyn antogs även följande definitioner av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete:

Hälsofrämjande arbete innebär:

- insatser inom alla områden i samhället där avsaknaden av insatser skulle kunna leda till ohälsa. Fokus ligger inte på riskfaktorer för sjukdom, utan på friskfaktorer och skyddsfaktorer för hälsa
- den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den

Sjukdomsförebyggande arbete innebär:

- insatser i syfte att undanröja risker för problem och orsaker till sjukdomar
- riktade insatser mot individer eller grupper av personer med ökad risk att drabbas av vissa bestämda sjukdomar och syftar till att förebygga dessa sjukdomar.

Ett av målen i policyn är att Landstinget Sörmland ska medverka till att stärka individens egenupplevda hälsa och hälsorelaterade livskvalitet. Som exempel kan detta ske i mötet med den enskilde, då det finns goda möjligheter att motivera individen att göra ansvarstagande val för sin hälsa. Det framhålls också att satsningar för att främja medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö är en förutsättning för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ska få genomslag.

Primärvården förväntas även i fortsättningen ta en stor del av ansvaret i det preventiva och hälsofrämjande arbetet, där en aktiv samverkan med andra aktörer i samhället bör utvecklas ytterligare (8). Det finns dock inom hälso- och sjukvården en osäkerhet och en bristande kunskap om vilka preventiva metoder som kan användas för att möta livsstilssjukdomar (6). Detta gör att den preventiva potential som finns i praktiskt taget varje möte mellan patient och vård underutnyttjas. I undersökningen Liv & hälsa 2004 framkom att endast 30 % av patienterna som besökt en vårdcentral hade tillfrågats om sina levnadsvanor (9).

## **2.2 Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa**

Livsvillkoren och levnadsvanorna påverkar människors hälsa. Levnadsvanor är bland annat kost-, motions-, alkohol- och tobaksvanor. Det är nödvändigt att se människors livsvillkor och levnadsvanor i ett sammanhang då de är viktiga förutsättningar för vår hälsa. Den som upplever sig må dåligt har oftare sämre livsvillkor och levnadsvanor än den som mår bra. För den enskilda individen är levnadsvanorna vanligtvis lättare att påverka än livsvillkoren, som till exempel ekonomi och sysselsättning (9). I följande arbete används begreppen livsstil och levnadsvanor synonymt.

Fysisk aktivitet har positiva effekter på hälsan. Brist på fysisk aktivitet och övervikt ökar risken för många sjukdomar såsom diabetes, högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdomar. Övervikt är ett växande folkhälsoproblem, såväl i Sverige som i många andra länder i västvärlden. I enkätundersökningen Liv & hälsa 2004 som genomförts i landstingen i Uppsala, Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län (CDUST-regionen) framkommer det att 57 % av

männen och 43 % av kvinnorna är överviktiga eller kraftigt överviktiga (feta). Det är 13 % som har fetma. Hos kvinnor ökar andelen överviktiga med stigande ålder. Hos männen ökar andelen överviktiga mest mellan åldersgrupperna 18-34 och 35-49 år och ligger därefter på ungefär samma nivå. Den högsta andelen fysiskt inaktiva finns i grupperna medelålders män och äldre kvinnor samt i åldersgruppen 80-84 år (9).

Alkoholkonsumtionen har under senare år ökat i befolkningen. Det ökade drickandet befaras på sikt leda till högre alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet. Redan idag beräknas de alkoholrelaterade dödsfallen vara minst 5 000 per år i Sverige. Alkoholkonsumtionen är tydligt köns- och åldersrelaterad. Yngre dricker mer än äldre och män dricker mer än kvinnor.

Rökning är fortfarande en av de största hälsoriskerna som den enskilde själv kan påverka. Många sjukdomar orsakas eller förvärras till följd av tobaksrökning. Omkring 7 000 personer dör årligen i Sverige till följd av rökning. I Sörmland röker ca 17 % dagligen. Det är fler kvinnor än män som röker. Att snusa blir allt vanligare. I hela CDUST-regionen använder 22 % av männen och tre % av kvinnorna snus (9).

I befolkningen i CDUST-regionen bedöms 18 % ha nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen är betydligt högre bland kvinnor än bland män. Det finns en samvariation mellan depression, utmattningssyndrom och psykiska funktionshinder. Dessa åkommor är också betydelsefulla för upplevelsen av ett dåligt allmänt hälsotillstånd (9).

### **2.3 Mötets betydelse**

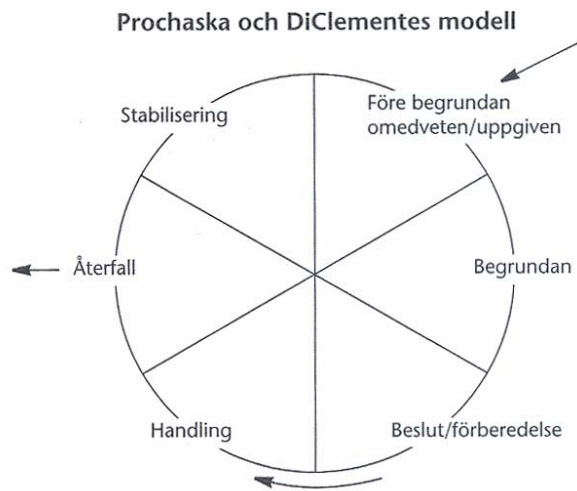
Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt och förmåga att kommunicera med patienterna har stor betydelse. Som vårdgivare är det till exempel viktigt att vara medveten om hur de egna värderingarna kan påverka samtalet. En konflikt kan lätt uppstå mellan å ena sidan vårdgivarens önskan om att göra nytta för patienten och å andra sidan respekten för patientens självbestämmande och autonomi (10).

Ett professionellt samtal med patienten om levnadsvanor kan stödja patientens naturliga förändringsprocess mot en sundare livsstil och ökad kontroll över sin hälsa. Samtalet kan ge patienten en god grund för att göra bra val och samtidigt vara det stöd som behövs för att kunna genomföra livsstilsförändringar. Genom att ta upp en fråga om livsstil markerar man dessutom dess betydelse. Att ändra livsstil är en förändringsprocess som ofta tar lång tid och sker stegvis (11).

### **2.4 Förändringsprocessen**

De amerikanska psykologerna James Prochaska och Carlo Di Clemente har tagit fram en modell som beskriver förändringsprocessen, ”The Stages of Change Model (SOC) (12). Modellen beskriver den utveckling människor genomgår när de försöker genomföra avsiktlig förändring i sina liv och åtminstone i några faser av förändringen själva är medvetna om förändringsarbetet. Fem stadier, steg eller faser i en förändringsprocess beskrivs: före begrundan (pre-contemplation), begrundan (contemplation), beslut/förberedelse (preparation) samt handling (action) och stabilisering (maintenance). Faserna är kvalitativt olika och följer efter varandra i en bestämd ordning. Varje fas innehåller ett antal psykologiska utmaningar som måste hanteras för att man ska komma vidare i processen. Modellen öppnar för möjligheten att man kan stanna upp, eller återgå till en tidigare fas i de fall man inte lyckas genomföra förändringen. Det nyskapande i SOC-modellen är framför allt fasen före begrundan – att det finns en tid innan personen överväger förändring som hör till förändringsprocessen och att det finns saker som hjälpare kan göra för att möta en person redan i denna fas. SOC-modellen

illustreras ofta i form av en svängdörr för att åskådliggöra att återfall är vanliga i förändringsförsök och att de är en naturlig del i många förändringsprocesser (13).



**Figur 1.** Svängdörr.

Källa: Omarbetad efter Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endringsfokuserat rådgivning, Gyldendal 2001 (13).

Stödet från en vårdgivare kan utformas olika beroende på var i förändringsprocessen patienten befinner sig. En patient som inte är beredd på förändring kan erbjudas information. Samtalet med en osäker patient kan fokusera på för- och nackdelar med förändringen samt hinder och lösningar. En patient som är beredd att genomföra en förändring kan behöva stöd för handlingen. Hur lång tid det tar att gå igenom alla stadierna är mycket individuellt. Vissa människor förflyttar sig långsamt framåt, andra snabbare. Viktigt att komma ihåg är att bra samtal sår frön som kan bära frukt långt senare. Det finns även ”ringar-på-vattnet-effekt”. Den som lyckas med en livsstilsförändring brukar inspirera många andra i sin omgivning. Det innebär att om man hjälper en, hjälper man samtidigt många andra (11).

## 2.5 Motiverande samtal

Motiverande samtal (engelska Motivational Interviewing, MI) är en förändringsinriktad, klientcentrerad och samtidigt styrande samtalsmetod som används på främst livsstilsområdet (13). MI har utvecklats av psykologerna William Miller och Stephen Rollnic. Centralt i samtalet är att klienter har olika grader av förändringsbenägenhet, som beskrivits av Prochaska och Di Clemente (12). Utmärkande för MI är att noggrant och omsorgsfullt, med respekt för individens autonomi, använda lyssnandeteknik, samtalsverktyg och sammansatta strategier så att de på ett ändamålsenligt sätt hjälper personen att ta ställning till och sätta igång, genomföra och upprätthålla förändring (13). I Sverige har MI tillämpats i ett tiotal år. Kort motiverande rådgivning används alltmer inom hälso- och sjukvården i hela landet, med fokus på alkohol, tobak, fysisk aktivitet och livsstilsförändringar i samband med till exempel diabetes och högt blodtryck. Variationer och skillnader finns förstås mellan enskilda praktiker och olika behandlingsverksamheter. Många olika beteckningar finns också på MI-inspirerade tillämpningar, till exempel motiverande intervju och motivationshöjande samtal. Metodmässigt har MI utvecklats till vad man kan kalla två grenar. Den ena utgörs av kortare motiverande interventioner, fristående eller i kombination med andra insatser. Den andra utgörs av MI som genomgående metod i ett längre behandlingsförlopp till exempel i missbruksbehandling. Gemensamt för de två grenarna är förståelsen av själva motivationsprocessen. Utgångspunkten

är att det **alltid** finns spår av motivation inom en människa och att dessa spår kan förstärkas med hjälp av en empatisk samtalsmetod.

### **2.5.1 Vetenskapliga studier**

I en stor metastudie om effekten av MI är den samlade bilden att MI har god effekt på olika problembeteenden (14). Effekterna är särskilt tydliga vid alkohol- och drogproblem. Alkoholprevention i sjukvården utgår från screening och består främst av motiverande samtal (15). Det finns evidens för att screening och en kort rådgivning som riktades till högriskkonsumenter och som gavs av sjuksköterskor/läkare i primärvård sänkte alkoholkonsumtionen (16). Screening kan ske genom att rutinmässigt fråga om alkoholvanor. I allmänhet kräver alkoholproblem inte specialiserade behandlingsinsatser utan i första hand att någon uppmärksammar dem och föreslår en förändring. Flertalet människor med alkoholproblem har begränsade problem och god prognos (15).

När det gäller att främja goda kostvanor och fysisk aktivitet visar forskning att MI bland annat har bidragit till att personer minskat sitt intag av salt, mättat och totalt fett, ökat sin frukt- och gröntkonsumtion samt minskat i vikt. MI har även bidragit till ett bättre deltagande/upprätthållande i kost och aktivitetsprogram på lång sikt (17).

Flera hinder för samtal om rökavvänjning har identifierats såsom personalens egna rökvanor, en bristande tilltro hos personalen till egen förmåga att bidra till förändring och en upplevelse av bristande resurser och tid. Förmodligen finns liknande hinder även när det gäller samtal om andra levnadsvanor. Det är dock väl styrkt i vetenskapliga studier att identifiering av rökare och strukturerad rådgivning är grunden för framgångsrik rökavvänjning. Att fråga samtliga patienter om tobaksvanor vid alla kontakter med hälso- och sjukvården visar för patienten att detta ohälsobeteende tas på största allvar. En tydlig, och personligt anpassad uppmaning till att sluta röka, följt av kort rådgivning och erbjudande om hjälp, individuellt eller i grupp, samt uppföljning vid återbesök utgör hörnstenarna i denna bevisat effektiva insats. Kort rådgivning kan utföras på fem minuter eller mindre inom ramen för det vardagliga patientarbetet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Effekten av denna insats är stor; två till tre procent av alla rökare slutar på grund av denna enkla åtgärd vilket har mycket stor betydelse på befolkningsnivå. Administrativa rutiner som främjar att rökare identifieras och patienternas rökvanor systematiskt dokumenteras ökar andelen patienter som ges råd och stöd för att sluta röka. Sådana kan bestå av obligatoriska sökord i datajournalen eller av förstämplade frågeformulär som påminner hälso- och sjukvårdspersonalen om att fråga om rökvanor. (18)

### **2.6 Frågeformulär om livsstil**

Med målsättningen att hitta ett redskap som underlättar och systematiserar samtal om hälsa undersöktes några olika frågeformulär om livsstil som används i andra landsting. Folkhälsoenheten i Nacka, Stockholms Läns Landsting, kontaktades för att få kunskap om "Nackamodellen" för förebyggande arbete i primärvården (19). I deras modell för individprevention har man fokuserat på samtalet, dokumentation, hälsoprogram och uppföljning. Till sin hjälp har man bland annat en mini-hälsoprofil, "4 frågor om din hälsa". I Landstinget Dalarna har "Min bok om hälsa" tagits fram. Det är en individägd arbetsbok kring primär prevention som spridits bland annat på vårdcentraler i Dalarna. Resultatet från en vetenskaplig studie antyder att sådana hälsoböcker skulle kunna vara ett redskap för livsstilsförändringar bland primärvårdens patienter (20). Kontakt togs också med Fittja vårdcentral, Stockholms Läns Landsting. Där används ett frågeformulär (hälsoprofil) som vi har utgått ifrån och fått tillåtelse att använda. Vi har gjort några ändringar i detta frågeformulär och kallar det "Fem frågor om din hälsa" (bilaga 1). Formuläret "Fem frågor om din hälsa"



innehåller frågor om längd, vikt, motion, bruk av tobak och alkohol samt allmänt och psykiskt hälsotillstånd. På baksidan av formuläret finns utrymme för personalen att anteckna om samtalet har resulterat i någon åtgärd som rådgivande samtal och/eller hänvisning.

## **2.7 Syfte**

Syftet med studien var att undersöka om frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” tillför något till samtalet om livsstil i det dagliga mötet med patienten.

### ***2.7.1 Frågeställningar för patientenkäten:***

Påverkar användandet av formuläret:

- hur stor andel av patienterna som får frågor om livsstil och hälsotillstånd?
- hur stor andel av patienterna som får stöd och råd att förändra sin livsstil?
- hur stor andel av patienterna som överväger att förändra livsstil?
- hur värdefullt patienterna tycker det är att vårdpersonal tar upp frågor om livsstil?
- i vilken mån patienterna anser att den egna livsstilen påverkar hälsan?

### ***2.7.2 Frågeställningar för personalenkäten:***

Upplevde personalen att formuläret var ett stöd och redskap i samtalet om levnadsvanor?

Upplevde personalen några problem med att använda formuläret?

### **3. Material och metod**

I studien har vi använt oss av två utvärderingsinstrument: en patientenkät (bilaga 2) och en personalenkät (bilaga 3).

#### **3.1 Patientenkät**

För att kartlägga hur frågor om livsstil togs upp av vårdgivarna och uppfattades av patienterna utformades en patientenkät. Enkäten innehöll frågor om kön, ålder och om man hade besökt distriktsläkare, sjuksköterska/distriktssköterska. Patienten fick också uppge om vårdpersonalen ställt frågor om livsstil, allmänt och psykiskt hälsotillstånd samt om man fått stöd och råd att förändra sin livsstil. Vidare frågades om patienten övervägt att förändra sin livsstil, hur värdefullt man ansåg det vara att vårdpersonal tog upp frågor om livsstil samt om man ansåg att den egna livsstilen påverkar hälsan. Plats fanns även för egna kommentarer.

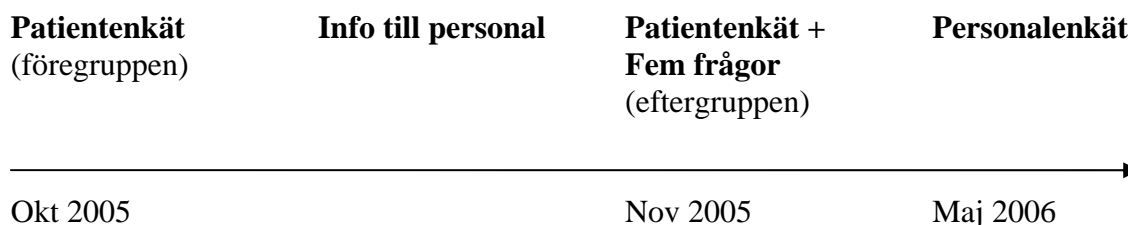
#### **3.2 Urval och genomförande av patientenkäten**

Enkäten besvarades av två olika patientgrupper. Den ena gruppen besvarade enkäten före och den andra gruppen efter att formuläret "Fem frågor om din hälsa" började användas. Den första delen av studien (före-gruppen) genomfördes under två veckor i oktober 2005 på vårdcentralerna Ekeby (VC Ekeby) och Fröslunda (VC Fröslunda) i Eskilstuna, Landstinget Sörmland. Patienter som skulle besöka sjuksköterska/distriktssköterska eller distriktsläkare tillfrågades av receptionspersonalen om de ville delta. Eftersom patienter som ska besöka distriktssköterskan normalt inte anmäler sig i receptionen, sattes anslag upp om att även dessa patienter skulle anmäla sig i receptionen under dessa veckor. Endast patienter över 18 år tillfrågades om deltagande. Svaren var anonyma och deltagandet frivilligt. Enkäten delades ut i ett igenklippt kuvert, som skulle öppnas och besvaras efter besöket hos vårdgivaren. Den ifyllda enkäten lämnades sedan i en låda i receptionen. Receptionspersonalen fick både muntlig och skriftlig anvisning om hur förfrågandet skulle ske. Sammanlagt arbetade åtta läkarsekretare i receptionerna under dessa veckor. Övrig personal var informerad om att en enkätstudie om livsstilfrågor ägde rum, men för att minska eventuell påverkan på resultatet kände de inte till innehållet i enkäten. Platscheferna på de båda vårdcentralerna var dock informerade om innehållet i enkäten och i frågeformuläret "Fem frågor om din hälsa" och hade gett sitt godkännande.

För att få personalen delaktig i det hälsofrämjande arbetet och i studien hade vi mellan den första och andra delen av studien information vid arbetsplatsträffar på vårdcentralerna Fröslunda och Ekeby. Vi deltog båda två tillsammans med vår handledare från Allmänmedicinskt Centrum, Landstinget Sörmland, för att få likvärdig information till personalen vid de båda vårdcentralerna. Informationen handlade om bakgrunden till och syftet med studien, formulärets innehåll och studiens genomförande. Vi betonade även att det är viktigt att samtalet om hälsa förs på ett patientcentrerat sätt och hänvisade till utbildningen i motiverande samtal som personalen deltagit i tidigare.

Den andra delen av studien (efter-gruppen) genomfördes under två veckor i november 2005. Utdelandet av patientenkäten skedde på samma sätt som i den första delen av studien. Dessutom delade receptionspersonalen då också ut formuläret "Fem frågor om din hälsa" till patienten. Deltagandet var, liksom tidigare, frivilligt. Formuläret med "Fem frågor om din hälsa" skulle patienten fylla i och lämna till sin vårdgivare, som hade uppmanats att ta upp livsstilsfrågorna med patienten på samma sätt som de brukade göra. Varje vårdgivare samlade formulären i en för studien avsedd mapp. Alla enkäter och formulär med "Fem frågor om din hälsa" var numrerade med samma nummer för att det ska vara möjligt att bearbeta materialet

statistiskt senare. Detta ingår dock inte i denna studie. I mappen där vårdgivaren samlade formulären "Fem frågor om din hälsa" fanns även en förteckning över vart man kan hänvisa patienten vid ytterligare behov av hjälp/stöd vid olika livsstilsfrågor som fysisk aktivitet, tobaksavvänjning, alkoholproblem, övervikt, stresshantering. Enkäten i det igenklistrade kuvertet besvarade sedan patienten efter besöket hos sin vårdgivare, och lämnade i anvisad låda vid receptionen. Målet var att få in 100 enkäter per vårdcentral både i den första och andra delen av studien.



**Figur 2.** Projektets tidsaxel.

Patienterna i före- och eftergruppen är inte samma men är utvalda ur samma population, vårdcentralens upptagningsområde. Detta, tillsammans med det faktum att frågorna som ställs till patienterna huvudsakligen gäller hur personalen agerar, gör att gruppernas svar går att jämföra.

### 3.3 Svarsfrekvens, bortfall och studiegruppen i patientenkäten

I den första delen av studien (före-gruppen) inkom 100 besvarade enkäter av 123 utdelade (81 %) på VC Ekeby. Motsvarande siffror var på VC Fröslunda 81 av 138 (59 %). Det externa bortfallet var således 23 (19 %) på VC Ekeby respektive 57 (41 %) på VC Fröslunda.

I den andra delen av studien (efter-gruppen) inkom 103 besvarade enkäter av 126 utdelade (82 %) på VC Ekeby och 104 av 138 (75 %) på VC Fröslunda. Bortfallet var då 23 (18 %) på VC Ekeby respektive 34 (25 %) på VC Fröslunda. Eftersom det interna bortfallet varierar mellan frågorna redovisas det inte.

### 3.4 Databearbetning av patientenkäten

Data har bearbetats i SPSS. Frekvenser före och efter interventionen har jämförts. Signifikanstester (chi-två alternativt Fischer) har genomförts vilka redovisas i rapporten för respektive fråga. I rapporten har korrigering gjorts för effekter av multipla tester på samma datamängd. Korrigering har utförts med en metod av Benjamin och Hochberg (21). Kommentarer har analyserats manuellt genom att dela in dem i kategorier utifrån liknande teman. Citat från dessa kategorier har sedan presenterats.

### 3.5 Etiska överväganden för patientenkäten

Patienterna tillfrågades i receptionen om de ville delta i studien. Endast personer över 18 år tillfrågades och deltagandet var frivilligt. I följebrevet beskrevs studiens syfte. Enkäterna besvarades anonymt. Endast ålder och kön efterfrågades. Frågeformuläret "Fem frågor om din hälsa" lämnades till vårdgivaren och i och med det var dessa svar inte anonyma för vårdgivaren. Det var dock helt frivilligt för patienten att lämna detta formulär till sin vårdgivare. På själva frågeformuläret framkom endast kön och ålder, så i vår studie är dessa svar anonyma. Det framkommer inte heller vilken vårdgivare som patienten har träffat. Ingen etisk ansökan har gjorts.

### **3.6 Personalenkät**

För att ta reda på personalens synpunkter på frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” utformades en personalenkät. I enkäten frågades om formuläret uppfattades som ett stöd och redskap i arbetet, om det varit några problem med att använda det och om det fanns förslag på förbättringar. Det fanns även plats för egna synpunkter.

### **3.7 Urval och genomförande av personalenkäten**

Personalenkäten genomfördes i maj 2006. Enkäten delades ut till de distriktsläkare och sjuksköterskor/distriktssköterskor som hade medverkat i patientstudien hösten 2005. Tjugo vårdgivare fick enkäten varav nio på VC Ekeby och elva på VC Fröslunda. Enkäterna besvarades konfidentiellt och skickades eller lämnades sedan till kontaktpersoner på de två vårdcentralerna. Enkäterna var numrerade för att eventuella påminnelser skulle kunna skickas. Ett antal påminnelser fick skickas.

### **3.8 Svarsfrekvens, bortfall och studiegruppen i personalenkäten**

Totalt har 17 personer besvarat enkäten, varav åtta på VC Ekeby och nio på VC Fröslunda. Bortfallet var sammanlagt tre (15 %).

### **3.9 Databearbetning av personalenkät**

Data har bearbetats manuellt och analyserats utifrån frekvenser. Synpunkterna har analyserats utifrån innehåll och antal. Exempel på citat presenteras.

### **3.10 Etiska överväganden för personalenkät**

Personalenkäten besvarades konfidentiellt. Ingen etisk ansökan har gjorts för personalenkäten.

## 4. Resultat

Nedan presenteras resultatet i figurer och löpande text. Först redovisas resultatet från patientenkäten och därefter från personalenkäten.

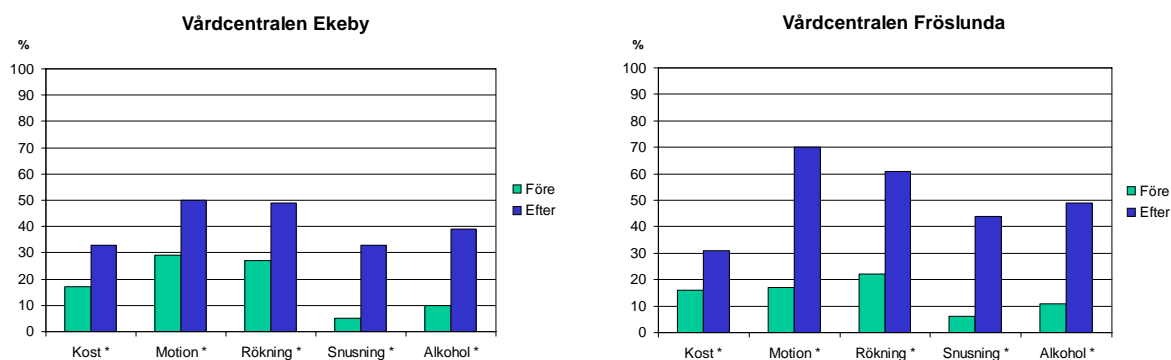
### 4.1 Patientenkät

På VC Ekeby besvarade 100 personer mellan 20 och 95 år den första enkäten (före-gruppen). Av dessa var 62 % kvinnor och 38 % män. Medelåldern var 59. Av de 103 personer som svarade på den andra enkäten var 57 % kvinnor och 43 % män (efter-gruppen). Patienterna var mellan 20 och 85 år. Medelåldern var 57.

På VC Fröslunda besvarades den första enkäten av 81 personer mellan 20 och 85 år (före-gruppen). Av dessa var 58 % kvinnor och 42 % män. Medelåldern var 54. Den andra enkäten besvarades av 104 personer mellan 24 och 84 år (efter-gruppen). Medelåldern var 56. Av dessa var 59 % kvinnor och 41 % män.

#### 4.1.1 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som får frågor om sin livsstil?

I den första frågan fick patienterna uppge om de tillfrågats om sina levnadsvanor vid besöket på vårdcentralen. De levnadsvanor som frågades om var kost, motion, rökning, snusning och alkoholbruk.



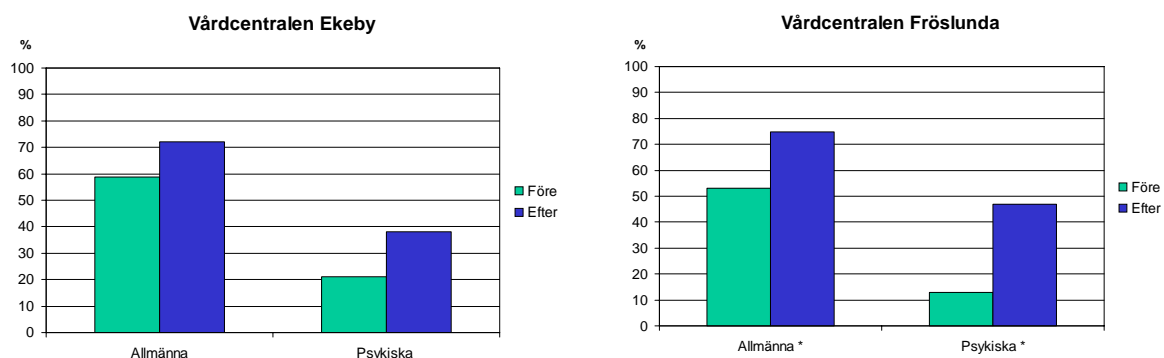
**Figur 1.** Figuren visar andelen av patienter på vårdcentralerna Ekeby respektive Fröslunda som svarat **ja** på frågan ”Vid ditt besök idag på vårdcentralen, ställde personalen frågor om din livsstil gällande...”. Svarsalternativen var **ja** och **nej**.

Resultatet visar att när formuläret ”Fem frågor om din hälsa” användes, dvs i efter-gruppen, fick en betydligt större andel av patienterna frågor om sina levnadsvanor. Ökningen var statistiskt signifikant för samtliga levnadsvanor på båda vårdcentralerna. Korregerade p-värden <0,05. Resultaten visade ett liknande mönster på de båda vårdcentralerna.

Den fråga som ställdes oftast i före-gruppen var om motion på VC Ekeby (29 %) och om rökning på VC Fröslunda (22 %). Frågor om snusning ställdes sällan (5 respektive 6 %). I efter-gruppen var frågan om motion mest förekommande (50 respektive 70 %). På VC Fröslunda hade den ökat med över 50 procentenheter. Minst frekvent ställdes frågor om kost (33 respektive 30 %). Samma andel (33 %) fick frågor om snusvanor på VC Ekeby.

#### 4.1.2 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som får frågor om sitt hälsotillstånd?

I den andra frågan fick patienterna uppge om personalen ställt frågor om deras allmänna och psykiska hälsotillstånd.

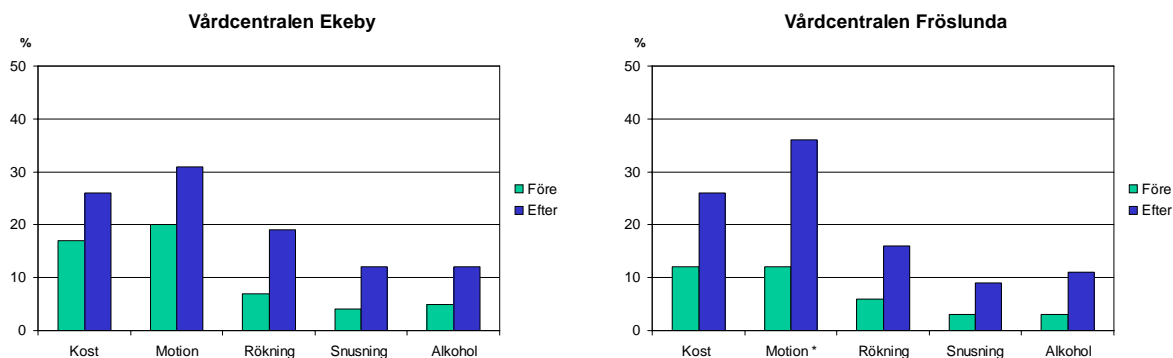


**Figur 2.** Figuren visar andelen av patienter på vårdcentralerna Ekeby respektive Fröslunda som svarat **ja** på frågan ”Vid ditt besök idag på vårdcentralen, ställde personalen frågor om ditt allmänna/psykiska hälsotillstånd. Svartalternativen var **ja** och **nej**.”

En signifikant större andel av patienterna på VC Fröslunda fick frågor om sitt allmänna och psykiska hälsotillstånd när frågeformuläret användes. Korregerat p-värde < 0,05.

#### 4.1.3 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som får stöd och råd att förändra sin livsstil?

Patienterna fick i fråga tre uppge om de fått stöd och råd att förändra sina levnadsvanor. Dessa var desamma som i fråga ett, men här fanns också möjlighet att nämna en annan levnadsvana än de som togs upp i enkäten.

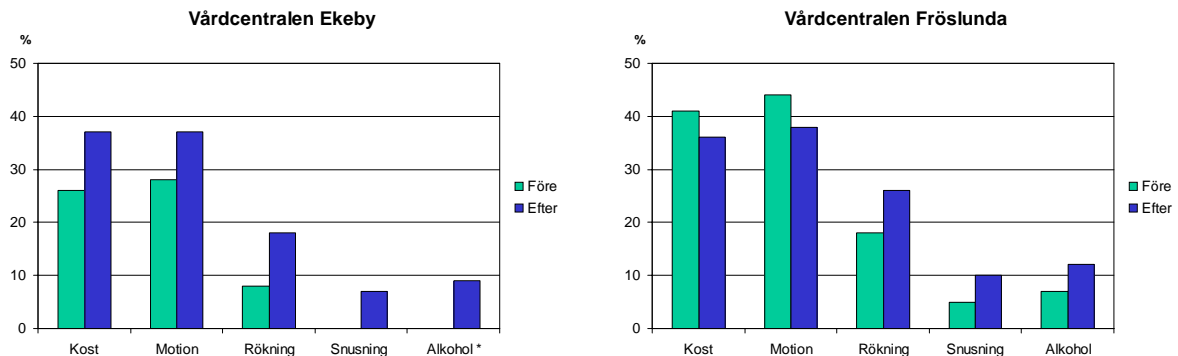


**Figur 3.** Figuren visar andelen av patienter på vårdcentralerna Ekeby respektive Fröslunda som svarade **ja** på frågan ”Fick du stöd och råd att förändra dina levnadsvanor?”. Svartalternativen var **ja** och **nej**.”

Andelen som fått stöd och råd om motion var signifikant större på VC Fröslunda när formuläret ”Fem frågor om din hälsa” hade använts. Korregerat p-värde=0,005. Oftast fick patienterna stöd och råd om kost och motionsvanor. Minst ofta gavs stöd och råd om snusning och alkoholvanor.

#### 4.1.4 Påverkar användandet av formuläret hur stor andel av patienterna som överväger att förändra livsstil?

Patienterna fick i fråga fyra svara på om de hade övervägt att förändra sina levnadsvanor, som var desamma som i fråga tre.

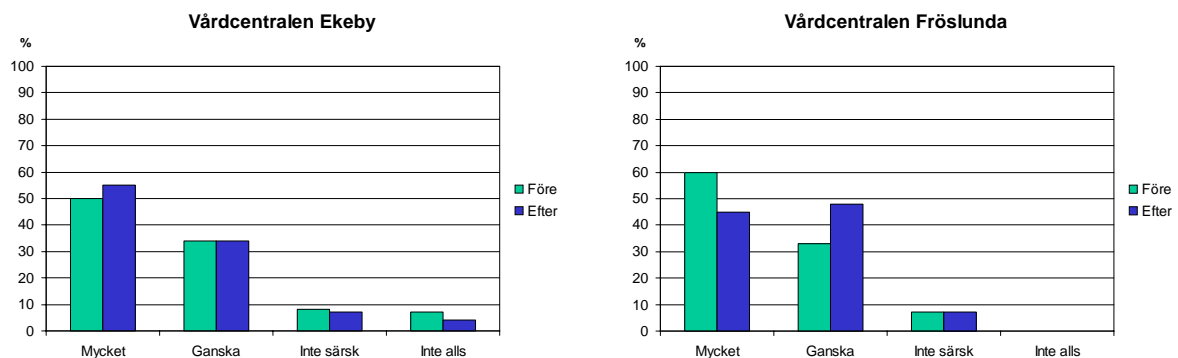


**Figur 4.** Figuren visar andelen av patienter på vårdcentralerna Ekeby respektive Fröslunda som svarade ja på frågan ”Överväger du att förändra dina levnadsvanor?”. Svartalternativen var ja och nej.

Signifikant fler patienter på VC Ekeby övervägde att förändra sina alkoholvanor när frågeformuläret hade använts. I före-gruppen var det ingen på VC Ekeby som övervägde att förändra dessa vanor, men i efter-gruppen övervägde nio % en förändring. Korregerat p-värde = 0,03. Drygt 35 % av patienterna på båda vårdcentralerna övervägde att förändra kost- och motionsvanor.

#### 4.1.5 Påverkar användandet av formuläret hur värdefullt patienterna tycker det är att vårdpersonal tar upp frågor om livsstil?

I fråga fem fick patienterna ange hur värdefullt de tycker att det är att frågor om livsstil ställs i vården.

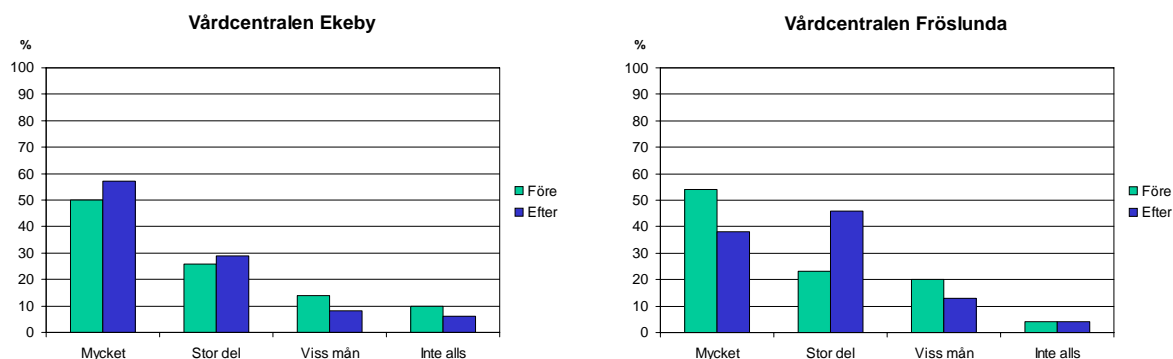


**Figur 5.** Figuren visar hur patienterna på vårdcentralerna Ekeby respektive Fröslunda besvarade frågan ”Hur värdefullt tycker du det är att vårdpersonal tar upp frågor om din livsstil?”. Svartalternativen var mycket värdefullt, ganska värdefullt, inte särskilt värdefullt och inte alls värdefullt.

Ingen skillnad kunde ses mellan de båda mätningarna. Det framkom att majoriteten av patienterna ansåg att det var mycket/ganska värdefullt att vårdpersonalen tar upp frågor om livsstil. På VC Ekeby var denna siffra 84 % i före-gruppen och 89 % i efter-gruppen. På VC Fröslunda var det 93 % i båda grupperna.

#### 4.1.6 Påverkar användandet av formuläret i vilken mån patienterna anser att den egna livsstilen påverkar hälsan?

Fråga sex handlade om ifall man ansåg att den egna livsstilen påverkar hälsan.



**Figur 6.** Figuren visar hur patienterna på vårdcentralerna Ekeby respektive Fröslunda besvarade frågan ”Anser du att din egen livsstil påverkar din hälsa?”. Svartalternativen var **mycket, till stor del, i viss mån och inte alls.**

Inga förändringar som är statistiskt signifikanta skedde mellan före- och eftergruppen. I föregruppen ansåg 76 % av patienterna på båda vårdcentralerna att den egna livsstilen påverkar hälsan mycket/till stor del. I efter-gruppen är motsvarande siffror 86 % på VC Ekeby och 84 % på VC Fröslunda.



#### **4.1.7 Kommentarer från patienter**

Sist i patientenkäten fanns utrymme för egna kommentarer. I före-gruppen hade 37 patienter skrivit egna kommentarer, varav 20 på VC Ekeby och 17 på VC Fröslunda. I efter-gruppen var det 25 patienter som lämnat egna kommentarer, varav 11 på VC Ekeby och 14 på VC Fröslunda. Kommentarererna har delats in i tre olika kategorier som i huvudsak beskriver anledningen till besöket, egna levnadsvanor samt ett gott bemötande. I följande avsnitt ges exempel på kommentarer under respektive kategori.

##### **Besöksorsak**

I före-gruppen handlade 14 av kommentarererna om anledningen till besöket. I efter-gruppen var motsvarande siffra tre.

*”Jag har inga problem med min hälsa som rör dessa frågor. Jag har ett trasigt knä.”*

*”Förkyld och därför på besök.”*

*”En akut benskada som inte behövde några ingående frågor, utan röntgen.”*

##### **Levnadsvanor**

Åtta av kommentarererna i före-gruppen beskrev patienternas egna levnadsvanor. I efter-gruppen var motsvarande siffra nio.

*”Jag röker inte, använder inte alkohol, men promenerar för lite tack vare ryggen min är dålig...”*

*”Jag vet att jag äter för mycket och lite fel.”*

*”Jag vet att jag skulle motionera mer. Har ryggsproblem och artros i knä, vilket gör att man rör sig mindre än man borde.”*

##### **Bemötande**

Tolv patienter i före- respektive eftergruppen beskriver vilket bemötande de fått på vårdcentralen.

*”Jag talade om för läkaren att ändra livsstil så läkaren behövde ej. Jag anser att läkaren tar mina problem på allvar. Stödjer mig i mina funderingar.”*

*”Jag tycker att personalen jag träffat idag var kunnig och tog sin tid med mina frågor. Mitt besök ger mig hopp och mer kunskap.”*

*”... är tacksam för en puff i rätt riktning för att hålla motivationen uppe.”*

*”Tack för att ni bryr er.”*

## **4.2 Personalenkät**

Personalenkäten besvarades av 17 vårdgivare varav åtta vid VC Ekeby och nio vid VC Fröslunda. Under varje fråga fanns utrymme för egna synpunkter. Exempel på dessa presenteras med citat nedan.

### **4.2.1 Upplevde personalen att formuläret var ett stöd och redskap i samtalet om levnadsvanor?**

Samtliga av de tillfrågade svarade att de ansåg att formuläret "Fem frågor om din hälsa" var ett stöd i samtalet om levnadsvanor med patienten. Alla ansåg också att formuläret var ett redskap som kan vara till hjälp i det dagliga arbetet.

*"... patienten tog ofta upp vad hon skrivit i formuläret spontant."*

*"Det gör det lättare att ta upp dessa annars lite känsliga frågor."*

*"Formuläret är enkelt utformat men ger mycket information gällande livsstilsfrågor."*

*"Får patienten att tänka till."*

*"Kan vara bra att återknyta till."*

### **4.2.2 Upplevde personalen några problem med att använda formuläret?**

Majoriteten av personalen, 15 personer, svarade nej på frågan om det fanns några problem med att använda formuläret "Fem frågor om din hälsa". Två av de tillfrågade svarade ja. Båda angav att tidsbrist var problemet. Under andra frågan hade sex personer skrivit egna synpunkter. Fem av dem handlade om tidens betydelse.

*"I vissa fall tidsbrist att följa upp det som patienten fyllt i."*

*"Kunde ge tidsbrist på mottagningen. Patient som var bokad på 10 min."*

### **4.2.3 Förslag på förbättringar kring användandet av formuläret "Fem frågor om din hälsa"**

Fyra i personalen lämnade förslag på förbättringar. Två av synpunkterna handlade om att formuläret kunde kompletteras med ytterligare frågor, till exempel om psykisk ohälsa och smärtstillande tabletter. Ett förslag handlade om utformningen av formuläret och ett annat gällde att mer tid borde avsättas per patient.

### **4.2.4 Vad tycker personalen allmänt om att använda frågeformulär i kontakten med patienten?**

Fråga fem var en öppen fråga som besvarades av 16 personer. Elva personer var positiva till frågeformulär medan fyra såg både fördelar och nackdelar med det.

*"Bra stöd att utgå ifrån och man får med det viktigaste."*

*"Ett bra sätt att komma in i diskussionen."*

*"Går ju inte att dokumentera i BMS men jag tyckte att det var en bra hjälp."*

*"Lättare att ta upp olika frågor när patienten har tagit del av frågorna."*

## 5. Diskussion

Resultatet visar tydligt att det var fler patienter som fick frågor om livsstil vid besöket på vårdcentralen när formuläret "Fem frågor om din hälsa" användes. Frågor om motion och rökning var vanligast, vilket inte är så förvånande eftersom dessa två livsstilsområden varit mycket aktuella under de senaste åren. Det är idag allmänt accepterat att regelbunden motion och rökfrihet har stora positiva effekter på människors hälsa och det betraktas också som relativt "ofarligt" att fråga patienterna om deras rök- och motionsvanor. I primärvården i Eskilstuna finns även en kunskap om att patienter med behov av ytterligare hjälp med dessa livsstilsområden kan hänvisas vidare, till exempel till tobaksavvänjare eller få recept på fysisk aktivitet (FaR). FaR innebär att patienten kan ordinerats en lämplig fysisk aktivitet att utföra på egen hand eller inom friskvården, istället för eller som komplement till annan behandling.

Frågorna om snusning och alkohol var, tillsammans med motion på VC Fröslunda, de frågor som ökade mest i frekvens när formuläret "Fem frågor om din hälsa" användes. För många i vården är alkohol ett svårt ämne att ta upp med patienterna. Det är troligt att det blir lättare och mindre känsligt att fråga om alkohol när den blir en bland flera frågor i ett formulär. Vad gäller snusning kan det vara så att detta lätt glöms bort och att tobaksbruk blir synonymt med rökning.

I före-gruppen ställdes kostfrågor oftare än både frågor om snusning och alkohol. I efter-gruppen, däremot, är frågor om kost de som ställdes minst frekvent på båda vårdcentralerna. En orsak kan vara att det inte fanns någon fråga om kost i formuläret "Fem frågor om din hälsa". Det anses också vara svårt att ställa frågor om kost för att få en god uppfattning om en persons kostvanor.

Resultatet visade att det var fler patienter som har fått frågor om livsstil och hälsotillstånd, än det var som fått stöd och råd, vilket inte är konstigt. Det är ju inte alla tillfrågade som har behov av stöd och råd. Alla vill för tillfället inte heller ha stöd och råd. En mycket viktig del i det motiverande samtalet är ju att inte utöva påtryckningar, utan vara lyhörd och försöka se var patienten befinner sig i förändringsprocessen. Att vårdpersonalen ställer frågor om livsstil visar dock för patienten att ett ohälsobeteende tas på allvar och kan också starta en förändringsprocess hos patienten. En patient som inte är intresserad av stöd och råd kan ändå erbjudas information. Utgångspunkten för motiverande samtal är ju att det alltid finns spår av motivation inom en människa och att dessa spår kan förstärkas.

Förutom för alkoholvanor på en av vårdcentralerna kunde ingen säkerställd skillnad ses mellan före- och efter-gruppen när det gällde hur många som övervägde att förändra livsstil. Det är inte alls förvånande eftersom en livsstilsförändring är en process som ofta tar lång tid. Patienterna besvarade enkäten direkt efter besöket hos vårdgivaren och hade därmed endast haft en kort stund för att reflektera över en eventuell förändring. I patienternas egna kommentarer framgår det att olika patienterna befinner sig i olika stadier i förändringsprocessen. För de patienter som överväger, men ännu inte påbörjat, en förändring av livsstilen skulle en viktig insats kunna göras med motiverande samtal genom att fokusera på för- och nackdelar med förändringen samt hinder och lösningar. De patienter som har kommit längre i förändringsprocessen och är beredda att genomföra en förändring kan behöva stöd för detta. Även det kan ske genom motiverande samtal. Vid behov kan patienten också hänvisas vidare, till exempel till tobaksavvänjare.

Ett av målen för Landstinget Sörmlands policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är att landstinget ska medverka till att stärka individens egenupplevda hälsa och hälsorelaterade livskvalitet. Detta kan till exempel göras genom motiverande samtal i mötet med en enskilde. De flesta av patienterna i efter-gruppen, cirka 90 %, uppgav att de tycker att det är mycket/ganska värdefullt att vårdpersonal tar upp frågor om livsstil. Vetskapen om detta kan minska osäkerheten hos personalen om vilka förväntningar som finns hos patienterna och göra det lättare att ställa frågor om livsstil. Nästan lika många, cirka 85 %, i efter-gruppen ansåg att den egna livsstilen påverkar hälsan mycket eller till stor del. Detta ger också ett gott utgångsläge för samtalet om livsstil med patienten.

Resultatet från personalenkäten var mycket positivt. Samtliga av de tillfrågade ansåg att formuläret "Fem frågor om din hälsa" fungerade som ett stöd och ett redskap i samtalet om levnadsvanor med patienten. Personalen får snabbt mycket information på ett enkelt sätt. Formuläret kan sedan användas som ett hjälpmedel under samtalet för att komma in i diskussionen, återknyta till och vara ett pedagogiskt redskap. Av kommentarerna framgick även att formuläret inte bara är ett stöd för personalen, utan även för patienterna. Genom att patienten har fyllt i formuläret före besöket kan det också ha satt igång tankar hos patienten som kan tas upp med vårdpersonalen. Endast ett fåtal tog upp tidsbrist som ett problem. Naturligtvis tar det en viss tid att gå igenom formuläret. Målet är ju dock att tid, resurser och lidande sparas i ett längre perspektiv om människor kan få stöd att förändra en ohälsosam livsstil och därmed förbättra sin hälsa.

Som metod valde vi att använda en patientenkät som delades ut och samlades in på vårdcentralerna. Detta gjorde att vi relativt enkelt, snabbt och till en låg kostnad kunde få in patienternas svar. Patienterna i före-gruppen är inte samma som i efter-gruppen. Eftersom flera av frågorna gällde hur patienterna hade uppfattat besöket på vårdcentralen, så bedömde vi att dessa två grupper kunde jämföras. Studien genomfördes ju samtidigt på två vårdcentraler, vilket också gjorde det möjligt att se om något resultat verkade avvika. Det innebär dock en svårighet att jämföra två olika patientgrupper som inte är likvärdiga.

Vårdpersonalen fick i den första delen av studien endast information om att en enkätstudie om livsstilsfrågor pågick och att de skulle ta upp dessa frågor med patienterna som de vanligen gjorde. Orsaken till detta var ju att vi ville kartlägga hur livsstilsfrågor brukade tas upp med patienterna. Med ytterligare information hade vårdpersonalen kanske fokuserat mer på dessa frågor. Studien hade då inte gett en rättvisande bild. Receptionspersonalen var en viktig personalgrupp i studien. Det var de som frågade patienterna om de ville delta och sedan gav instruktioner om hur studien gick till. Det är viktigt att hela personalen är involverad i det hälsofrämjande arbetet, så att alla känner sig delaktiga och att patienterna möts av samma synsätt oavsett vem de har kontakt med. Det är ju inte ovanligt att patienterna ställer frågor till andra än läkaren eller sköterskan. Det kan vara undersköterskorna eller läkarsekreteraren som får frågor.

Bortfallet varierade i både före- och eftergruppen mellan 18 och 41 %. Det kan tänkas att det i bortfallsgruppen fanns fler personer än i studiegruppen som var negativt inställda till att livsstilsfrågor tas upp och därför valt att inte besvara enkäten. Språksvårigheter kan också vara en orsak till bortfallet. Framför allt i VC Fröslundas upptagningsområde bor det många invandrare, som kan ha haft svårt att besvara enkäten. Ingen förfrågan om svenskkunskaper gjordes i receptionen.

Personalenkäten innehöll både fasta svarsalternativ och öppna frågor med plats för synpunkter. Syftet var bland annat att få in förslag på hur användandet av ”Fem frågor om din hälsa” skulle kunna förbättras. Enkäten delades ut och samlades in på respektive vårdcentral, vilket gjorde att det var ett enkelt och snabbt sätt att genomföra studien. Ett alternativ skulle kunna ha varit att ha samtal i fokusgrupper.

Målet med ”Fem frågor om din hälsa” är att personalen med hjälp av formuläret ska bli mer aktiv i det hälsofrämjande arbetet och att patienten i större utsträckning blir medveten om, och tar ansvar för, sin hälsa. Själva frågeformuläret är dock endast en del i ett större sammanhang. Som redan diskuterats är det mycket viktigt hur samtalet om hälsa förs. För att uppnå detta krävs att personalen har kunskap om förändringsprocessen och utbildning i samtalsmetodik. Det behöver också utvecklas system för distribution, dokumentation, uppföljning och utvärdering. Hittills har det inte gått att dokumentera resultatet från formuläret i det datasystem som används i Landstinget Sörmland, men arbete pågår för närvarande med att göra det möjligt. Det är även bra om personalen känner till vart patienter som har behov av ytterligare hjälp kan hänvisas. Vårdpersonalens egen livsstil kan också utgöra ett hinder för livsstilssamtal med patienterna. Det är därför viktigt att satsningar görs på personalens hälsa, vilket också framkommer i Landstinget Sörmlands policy för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Under hösten 2007 planeras ”Fem frågor om din hälsa” att provas och utvärderas på en vårdcentral i Eskilstuna. Vår förhoppning är att de erfarenheter vi då kommer att skaffa oss kommer att underlätta en ytterligare spridning av formuläret ”Fem frågor om din hälsa”.

## **6. Konklusion**

Frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” bidrog till att en större andel av patienterna i primärvården fick frågor om sina levnadsvanor och sitt hälsotillstånd. För vårdpersonalen var frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” ett stöd i samtalet om levnadsvanor med patienten samt ett redskap som kan vara till hjälp i det dagliga arbetet. På så sätt tillför ”Fem frågor om din hälsa” något till samtalet om livsstil i det dagliga mötet med patienten.

## **7. Tack**

Tack till FoU-centrum som gjorde det möjligt för oss att genomföra denna studie. Ett speciellt tack vill vi rikta till vår handledare Carina Forsman Björkman för hennes kunskap, stöd och entusiasm samt till Hans G Eriksson för hjälp med all statistik. Tack även till primärvårdsledningen och våra kollegor på vårdcentralerna Ekeby och Fröslunda för deras viktiga bidrag till studien. Sist, men inte minst, vill vi tacka patienterna som delade med sig av sina synpunkter.

## 8. Referenser

1. Motiverande samtalsmetodik – en utvärdering av introduktionsutbildning i primärvården Eskilstuna. 1:2004. Frykstad, E., Elvenger, A., Allmänmedicinskt Centrum, Landstinget Sörmland
2. Verksamhetskontrakt för primärvården i Eskilstuna 2005.
3. Haglund, B. et al. Folkhälsovetenskap, en introduktion. Studentlitteratur, Lund, 1992.
4. Hälsa- och sjukvårdslagen. SFS, hälso- och sjukvårdslag; 1992. SFS 1992: 567
5. Mål för folkhälsan - Regeringens proposition 2002/03:35.
6. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 2000. SOU 2000:91.
7. Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland, Bilaga 1 LS § 83/06, 2006
8. En hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Nationella folkhälsokommittén. Stockholm; 2000. Underlagsrapport 15.
9. Liv & hälsa 2004, rapport nr 1 2005. Resultat från en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter. CDUST rapportserie utgiven i samverkan mellan landstingen i Sörmlands, Uppsala, Västmanlands, Värmlands och Örebro län.
10. Bergstrand, M. Hälsorådgivande samtal. Studentlitteratur, Lund, 2004.
11. Holm Ivarsson, B.: Det motiverande samtalet om tobaksvanor. Statens folkhälsoinstitut 2003:40
12. Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:390-5
13. Barth, T., Näsholm, C. Motiverande samtal – MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Studentlitteratur, 2006
14. Hettema, J., Steele, J. & Miller W.R. Motivational Interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005(1):91-111.
15. Andréasson, S., Brandell Eklund, A. Alkoholprevention i sjukvården: Metodik för screening och motiverande samtal. *Läkartidningen* volym 96, nr 13 1999 s 1594-1598.
16. Ockene, J., Adams, A., Hurley, T.G., Wheeler, E.V., Hebert, J. R. Brief Physician- and Nurse Practitioner- Delivered Counseling for High-Risk Drinkers. *Arch. Intern. Med.* 159:2198-2205, 1999
17. Motiverande samtal, MI – en kunskapsöversikt. [www.fhi.se](http://www.fhi.se).
18. Metoder för rökavvänjning (2000), nr 138. SBU - Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Stockholm: SB Offset AB.
19. Det hälsofrämjande mötet: primärvårdens viktigaste verktyg i folkhälsoarbetet. En rapport för medicinskt programarbete – primärvård. Stockholms läns lansting. Ingrid Eckerman 2004-08-17
20. Jerdén, L. et al. Does a patient-held health record give rise to lifestyle changes? A study in clinical practice. *Family Practice.* 2004 21(6):651-3
21. Benjamin, Y., Hochberg, Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J. Roy. Stat. Soc. B.* 57, 289-300, 1995.

## **9. Bilagor**

- Bilaga 1: Frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa”
- Bilaga 2: Patientenkät
- Bilaga 3: Personalenkät

- Lämna det ifyllda formuläret till den vårdgivare du träffar.



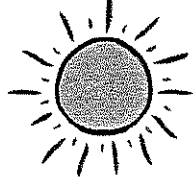
- Om du har svårt att fylla i formuläret  
- fråga din vårdgivare om hjälp.



**IFYLLES AV PERSONALEN:**

- BMI: .....
- Ingen åtgärd
- Rådgivande samtal
- Hänvisning
- Rådgivande samtal + hänvisning

# FEM FRÅGOR OM DIN HÄLSA



Min ålder: \_\_\_\_\_

Dagens datum: \_\_\_\_\_

- Kvinna
- Man

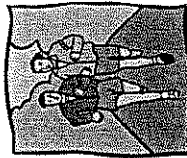


Längd: .....cm

Vikt: .....kg

### 1. MOTION

Hur många dagar i veckan motionerar du i 30 minuter (t.ex. går en rask promenad)? Kryssa i.



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

### 2. RÖKNING/SNUSNING. Kryssa i:

- Jag snusar
- Jag röker
- Jag röker eller snusar inte



### 3. ALKOHOL. Hur många "glas" dricker du en typisk vecka då du dricker alkohol? Kryssa i.

- 0
- 1 - 2
- 3 - 6
- 7 - 10
- 11 - 14
- 14 eller mer

Ett glas motsvarar dessa mängder:



45 cl folköl



33 cl starköl



15 cl vin



8 cl starkvin



4 cl sprit

### 4. HUR bedömer du ditt ALLMÄNNA HÄLSOTILLSTÅND?

Kryssa i:

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

### 5. HUR bedömer du ditt PSYKISKA HÄLSOTILLSTÅND?

Kryssa i:

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

## Till dig som patient

I hälso- och sjukvårdens uppgifter ingår att arbeta hälsofrämjande och att förmedla hälsoinformation till patienten. Vi vill nu veta mer om hur informationen når fram och hur den uppfattas. Vi är därför tacksamma om du fyller i bifogade enkät och lägger den i anvisad låda innan du lämnar mottagningen. Vi vänder oss till dig som har fyllt 19 år. Svaren är anonyma och deltagandet är förstås helt frivilligt.

Jag är: kvinna  man

Min ålder är: .....år

### Idag har jag besökt:

läkare  sjuksköterska

### 1. Vid ditt besök idag på vårdcentralen, ställde personalen frågor om din livsstil gällande:

	Nej	Ja
Kostvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

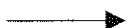
### 2. Vid ditt besök idag på vårdcentralen, ställde personalen frågor om ditt:

	Nej	Ja
Allmänna hälsotillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska hälsotillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Fick du stöd och råd att förändra dina:

	Nej	Ja
Kostvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsätt på baksidan



**4. Överväger du att förändra dina:**

	Nej	Ja
Kostvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Hur värdefullt tycker du det är att vårdpersonal tar upp frågor om din livsstil?**

- Mycket värdefullt
- Ganska värdefullt
- Inte särskilt värdefullt
- Inte alls värdefullt

**6. Anser du att din egen livsstil påverkar din hälsa?**

- Mycket
- Till stor del
- I viss mån
- Inte alls

**Kommentarer:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Lägg den ifyllda enkäten i anvisad låda.  
Tack för din medverkan !**

## Fem frågor om frågeformuläret "Fem frågor om din hälsa" till personal i primärvården Eskilstuna 2006

Hösten 2005 genomfördes två patientstudier på Ekeby och Fröslunda vårdcentral. Vi ville undersöka om frågeformuläret "Fem frågor om din hälsa" gjorde någon skillnad i samtalet om levnadsvanor och livsstil.

Nu vill vi veta dina synpunkter kring "Fem frågor om din hälsa" från dig som medverkade i studien hösten 2005. Vi är tacksamma om du tar dig tid att fylla i följande frågor **senast 31/5 2006** och skicka det med internpost till Eva Frykstad Fröslunda VC eller Anna Elvenger Ekeby VC. Svaren behandlas anonymt.

**1. Var formuläret "Fem frågor om din hälsa" ett stöd i ditt samtal om levnadsvanor med patienten?**

- Ja  
 Nej

Synpunkter:.....  
.....

**2. Var det några problem med att använda formuläret "Fem frågor om din hälsa"?**

- Ja  
 Nej

Synpunkter: .....  
.....

**3. Är formuläret "Fem frågor om din hälsa" ett redskap som kan vara till hjälp i ditt dagliga arbete?**

- Ja  
 Nej

Synpunkter:.....  
.....

**4. Är det något du vill förbättra kring användandet av formuläret "Fem frågor om din hälsa"?**

Synpunkter:.....  
.....

**5. Vad tycker du allmänt om att använda frågeformulär i kontakten med patienten?**

Synpunkter:.....  
.....

Tack för din hjälp!

Använd gärna baksidan om raderna inte räcker till



**FoU-centrum/CKFD**  
Landstinget Sörmland  
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna  
Tfn: 016-10 54 00, fax: 016-10 54 30  
Hemsida: [www.landstinget.sormland.se/fou-centrum](http://www.landstinget.sormland.se/fou-centrum)

**R&D Centre/Centre for Clinical Research**  
Sörmland County Council  
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna