

Sjukdomsförebyggande metoder inom kommunal hälso- och sjukvård

**Uppföljning av implementeringen av
Socialstyrelsens nationella riktlinjer för
sjukdomsförebyggande metoder**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-263-7
Artikelnummer 2014-12-42

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2014

Förord

Denna uppföljning är initierad av Socialstyrelsen inom regeringsuppdraget att stödja införandet av myndighetens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Uppföljningen syftar till att få kunskap om och underlag till fortsatt arbete för stöd till införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder inom kommunal hälso- och sjukvård. Ramböll Management Consulting har för Socialstyrelsens räkning genomfört uppföljningen under perioden augusti till oktober 2014. Samråd har skett med Sveriges Kommuner och Landsting, i enlighet med Förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner, avseende enkäter och intervjuunderlag som använts i uppföljningen. Rapporten har skrivits av ansvariga konsulter på Ramböll Management Consulting och ansvarig utredare på Socialstyrelsen har varit Karin Forslund i samarbete med projektledare Iréne Nilsson Carlsson.

Ulrika Freiholtz
enhetschef
kunskapstillämpning 2/kunskapsstöd

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och slutsatser	7
Inledning.....	8
Om Ramböll Management Consulting.....	9
Studiens syfte och frågeställning.....	9
Metod	9
Kommunal hälso- och sjukvård.....	12
I vilken grad har kommunerna implementerat riktlinjerna?	12
Vilka förutsättningar finns för implementering av riktlinjerna?	17
Elevhälsan	25
I vilken grad har kommunerna implementerat riktlinjerna?	25
Vilka förutsättningar finns för implementering av riktlinjerna?	29
Referenser	33

Sammanfattning och slutsatser

I denna rapport redovisas en uppföljning av implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom kommunal hälso- och sjukvård. I rapporten ges även exempel på det sjukdomsförebyggande arbete som sker i kommunerna. Rapporten är uppdelad i två avsnitt. Ett avsnitt behandlar implementeringen av riktlinjerna i kommunens hälso- och sjukvård (vilket omfattar äldreomsorgen, funktionshinderområdet, socialpsykiatri m.m.) och ett avsnitt behandlar implementeringen av riktlinjerna inom elevhälsan.

Kommunens hälso- och sjukvård

- De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har inte implementerats inom den kommunala hälso- och sjukvården i någon större omfattning. Det mesta tyder på att endast ett fåtal av kommunerna arbetar efter riktlinjerna.
- Det förekommer annat sjukdomsförebyggande arbete i kommunerna, men det tar inte avstamp i Socialstyrelsens riktlinjer och fokus i arbetet ligger inte heller på de samtalsmetoder som Socialstyrelsen förespråkar.
- En vanlig uppfattning är att det inte främst bör vara kommunens ansvar att arbeta förebyggande då kommunen ofta möter patienten i ett relativt sent skede då möjligheterna är begränsade att motivera till förändrade levnadsvanor. De som har denna uppfattning upplever att landstinget istället bör ta ett huvudansvar för det sjukdomsförebyggande arbetet.

Elevhälsan

- Sjukdomsförebyggande arbete är en fundamental del av elevhälsans verksamhet. Hälsobesök ska enligt skollagen ske tre gånger under grundskolan och dessa hälsosamtal fungerar som en screening för bland annat ohälsosamma levnadsvanor.
- Skolorna tycks i regel arbeta med sjukdomsförebyggande arbete utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt. Detta sker ofta genom samtal med eleven. Det är dock svårt att säga i vilken omfattning detta sker och hur arbetet förhåller sig till rekommendationerna som förs fram i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.
- Motivationen för att arbeta sjukdomsförebyggande inom elevhälsan är stort och tycks oomtvistat.
- De nationella riktlinjerna har dock haft liten påverkan på det förebyggande arbetet inom skolorna, då många inte känner till dem eller inte upplever att de är relevanta för elevhälsan

Inledning

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder presenterades 2011 av Socialstyrelsen och riktar sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar inom hälso-och sjukvården. Riktlinjerna innefattar förebyggande arbete i form av samtal eller rådgivning inom fyra områden: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Samtalsrådgivning eller rådgivning ska i enlighet med riktlinjerna ges till vuxna patienter som redan konstaterats lida av ohälsosamma levnadsvanor, det vill säga som en åtgärdsinsats.

Det övergripande syftet med de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder är att öka användandet av effektiva och vetenskapligt utvärderade metoder inom området och att utgöra ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar. Mer specifikt syftar riktlinjerna till att på individnivå ge stöd åt en förändring av ohälsosamma levnadsvanor.

Bakgrunden till framtagandet av riktlinjerna är att det sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso-och sjukvården inte varit prioriterat trots att det varit en del av arbetet sedan 1982 års hälso-och sjukvårdslag (1982:736). Det har inte funnits någon enhetlig praxis i arbetet vilket lett till stora variationer mellan landsting och vårdenheter. Forskning har visat en rad positiva resultat vid förändringar av patienters ohälsosamma levnadsvanor, bland annat minskar risken för kranskärslssjukdom, stroke och cancer. Det finns även ekonomiska fördelar med ett fungerande arbete kring de förebyggande metoderna eftersom det på längre sikt kan göras ekonomiska besparingar och leda till minskade sjukvårdskostnader för sjukdomar relaterade till levnadsvanor.

Tillvägagångssättet i det sjukdomsförebyggande arbetet består av att erbjuda patienter samtal eller rådgivning om deras levnadsvanor. Dessa metoder kan delas upp i tre nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerade rådgivande samtal. Åtgärdsnivåerna är till för att underlätta fördelningen av resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet men för praktiskt arbete behöver dessa konkretiseras i form av exempelvis vårdprogram.

Åtgärderna riktar sig främst till målgruppen vuxna vilken även inkluderar äldre. Barn och ungdomar omfattas endast av sjukdomsförebyggande metoder inom områdena tobaksbruk och ohälsosamma matvaror. Det beror på bristande vetenskapligt underlag vad gäller användningen av metoderna hos barn och ungdomar. Riktlinjerna innefattar heller inga specifika metoder vad gäller äldre och exempelvis påverkan av näringsbrist och undernäring eftersom forskningen enligt Socialstyrelsen inte täcker detta område.

Om Ramböll Management Consulting

Ramböll Management Consulting (fortsättningsvis Ramböll) har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att följa upp implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder inom den kommunala hälso- och sjukvården samt kommunens elevhälsa.

Ramböll är ett konsultföretag med verksamhet i Danmark, Sverige, Norge, Finland, Tyskland och Belgien. Företaget ingår i den europeiska konsultkoncernen Rambøll Group som arbetar inom en rad olika områden från allt till regionplanering till hållbar stadsutveckling. I Sverige arbetar Ramböll huvudsakligen mot offentlig sektor med organisationsutveckling, utvärdering och förändringsledning.

Studiens syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att följa upp implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. De verksamhetsområden där implementeringen ska ha skett har i föreliggande studie delats in i två övergripande verksamhetsområden, nämligen kommunens ordinarie vård- och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning samt inom elevhälsan. Dessa två verksamhetsområden analyseras separat och utgör två separata delar av denna rapport.

Med utgångspunkt i studiens syfte har två övergripande frågeställningar formulerats för studien:

- *I vilken utsträckning/grad har de nationella riktlinjerna implementerats?*
- *Vilka är förutsättningarna för implementering av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder inom kommunal hälso- och sjukvård och den kommunala elevhälsan?*

Metod

Detta är en målgruppstudie riktade mot några av de främsta målgrupperna för riktlinjerna inom kommunal hälso- och sjukvård, nämligen mas (medicinskt ansvarig sjuksköterska), mar (medicinskt ansvarig för rehabilitering) och verksamhetschefer/medicinskt ledningsansvariga inom elevhälsan. Studien baseras dels på intervjuer med ett urval av personer i målgruppen och dels två enkäter, en till mas och mar inom den kommunala hälso- och sjukvården och en till verksamhetschefer för elevhälsan. Dessa grupper har valts ut som informanter för studien av två anledningar. Förutom att dessa positioner utgör viktiga målgrupper för riktlinjerna så befinner de sig också på en nivå med sådan överblick att de kan uttala sig om vad som händer inom kommunens eventuella sjukdomsförebyggande arbete. I tabellen nedan framgår svarsfrekvens och urval för de två enkäterna som vi skickade ut.

Tabell 1: Urval och svarsfrekvens för enkätstudien

	Kommunens hälso- och sjukvård	Elevhälsan
Bruttourval	162	150
Bortfall	8	53
Svarande	90	35
Slutgiltig svarsfrekvens	59 %	35 %

Svarsfrekvensen för de två enkäterna varierar starkt. Svarsfrekvensen på 59 procent i enkäten till mas och mar är att betrakta som tillfredsställande och ger ett underlag som går att använda för att bedöma hur förhållandena ser ut i kommunerna generellt. Enkäten baseras på ett urval av 102 mas i olika kommuner¹, samt en lista på samtliga mar som är medlemmar i det nationella mar-nätverket. Sammanlagt omfattade urvalet av mas och mar representanter från 137 av Sveriges 290 kommuner. Av de 90 personer som svarade på enkäten var 32 mar och 58 mas.

Enkäten till elevhälsan baseras på ett urval av verksamheter funna i IVOs (inspektionen för vård och omsorg) utförarregister. Bruttourvalet omfattade verksamheter i 91 kommuner och de som svarade kom från 27 olika kommuner. Enkäten fick lägre svarsfrekvens vilket till viss del berodde på att registret över vårdgivare inte i alla fall var uppdaterat med aktuella kontaktuppgifter. Utifrån resultaten i denna enkät går det därför endast att dra mer övergripande slutsatser och med förbehåll för att resultaten måste tolkas med försiktighet.

Enkäten till mas och mar har följts upp med en **intervjustudie**² riktad mot mas och mar inom kommunal hälso- och sjukvård. Syftet med intervjustudien var att lyfta fram kommuner som har ett mer ambitiöst sjukdomsförebyggande arbete. Valet av intervjupersoner var ett strategiskt urval som syftade till att öka sannolikheten att de kommuner som valdes ut arbetade med implementeringen av de nationella riktlinjerna eller andra sjukdomsförebyggande metoder. Urvalet baserade sig på enkätrespondenternas svar i enkätundersökningen. Eftersom vi i urvalet letat efter kommuner med ett relativt ambitiöst arbete kan vi med utgångspunkt från detta urval anta att de kommuner som vi talat med representerar relativt ambitiösa kommuner vilket också minskar risken för att underskatta omfattningen av det sjukdomsförebyggande arbete som sker i kommunerna.

Djupintervjuer har även genomförts med sex verksamhetschefer för elevhälsan som också har medicinskt ledningsansvar. Även dessa kontaktades genom uppgifter från IVOs vårdgivarregister som beskrivs ovan.

¹ Urvalet är stratifierat för att vara representativt med avseende på kommunstorlek och kommuntyp.

² Ramböll har intervjuat 7 mas samt 6 mar som gett en inblick i arbetet inom kommunens hälso- och sjukvård i 13 kommuner.

Implementering

En viktig del av frågeställningen för denna studie är förutom att undersöka om de nationella riktlinjerna implementerats i kommunerna att också undersöka *vilka förutsättningar* som finns för att implementera riktlinjerna. Vid studier av implementering är det vanligt att använda en modell som ofta kallas vilja-kunna-förstå. Det handlar om tre grova kategorier av förutsättningar som finns hos en målgrupp för en implementeringssatsning. Utifrån denna problembild kan man sedan arbeta vidare för att förbättra förutsättningarna för implementering genom att angripa eventuella problem i endera av de olika kategorierna av förutsättningar.

- Vilja** Med vilja avses om implementeringen ligger i målgruppens intresse eller om det finns en intressekonflikt.
- Kunna** Finns det några yttre hinder för målgruppen att implementera förändringen? Vanliga faktorer är förstås tid och pengar, men kan även handla om andra förutsättningar som avsaknad av kompetens eller knapp tillgång till någon annan viktig resurs.
- Förstå** Förstår individen hur interventionen ska implementeras och hur den ska leda till en förbättring av deras verksamhet och för målgruppen?

Kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården är en av de verksamhetsområden som Socialstyrelsen riktat sig mot i utformningen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. I denna del av rapporten beskrivs resultaten av den studie Ramböll genomfört med syfte att följa upp implementeringen av riktlinjerna.

Sammanfattningsvis uppfattar Ramböll att de nationella riktlinjerna inte implementerats i kommunal hälso- och sjukvård i någon större omfattning. Däremot finns det annat förebyggande arbete som bedrivs utifrån det som inom flera kommuner uppfattas som de stora utmaningarna för just äldreomsorgen, exempelvis fall, trycksår och nutrition.

Ramböll argumenterar vidare för att det finns en vilja hos den kommunala hälso- och sjukvården att arbeta sjukdomsförebyggande, samtidigt är det få kommuner som prioriterar detta arbete då många redan upplever resursläget inom kommunen som pressat.

Slutligen finns det också en uppfattning hos flera mas och mar som Ramböll talat med att det främsta ansvaret för det sjukdomsförebyggande arbetet bör ligga hos landstinget eftersom kommunen ofta möter patienten relativt sent i en sjukdomsprocess där möjligheterna för att kunna förändra livsstilen samt vinsterna med ändrade levnadsvanor är mindre än inom landstinget.

I vilken grad har kommunerna implementerat riktlinjerna?

Socialstyrelsen har arbetat fram riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i syfte att öka användandet av effektiva och vetenskapligt utvärderade metoder i arbetet med att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Förändringar av personers ohälsosamma levnadsvanor har i forskning visat positiva resultat för individen och kan på samhällsnivå leda till minskade kostnader. Det är därför angeläget att följa upp i vilken grad Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har implementerats i verksamheterna.

Ramböll kan konstatera att enkätundersökningen och intervjustudien som ligger till grund för studien ger olika bilder av i vilken grad kommunerna har implementerat de sjukdomsförebyggande metoder som anges i Socialstyrelsens riktlinjer. Rambölls samlade bild är att är få eller inga kommuner har implementerat de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Det bedrivs dock inom många kommuner annat sjukdomsförebyggande arbete, men som utgår från en annan grund än just de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Denna slutsats grundas i att Ramböll i intervjustudien valde ut de kommuner som utifrån svaren i enkäten med störst sannolikhet arbetar utifrån de nationella riktlinjerna och att ingen mas eller mar i dessa intervjuer angav att de arbetar efter riktlinjerna. Det rådgivande

arbete som sker är heller inte organiserat i linje med de rekommendationer som finns i riktlinjerna.

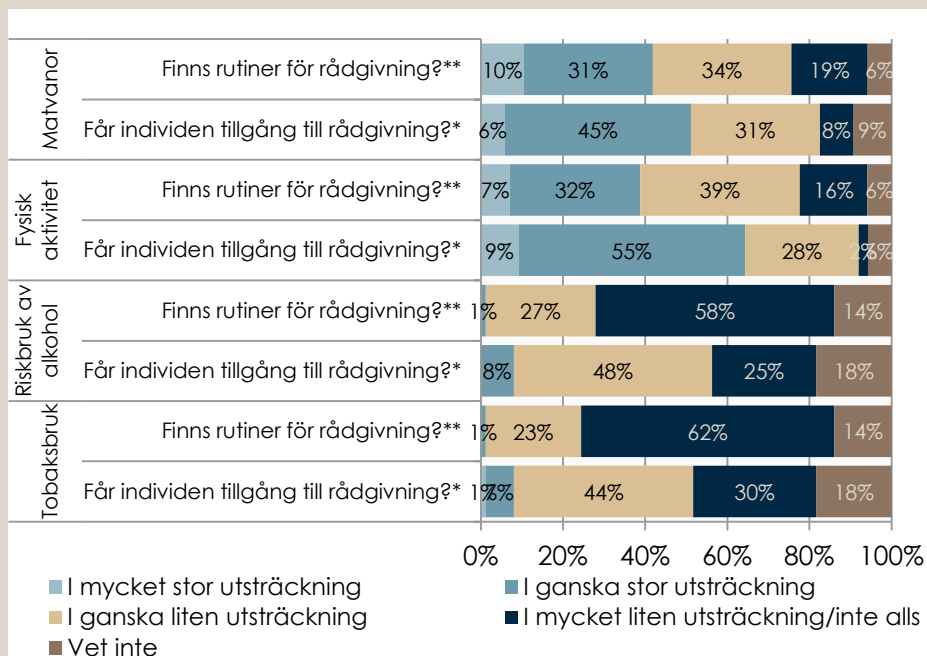
Erbjuder kommunerna rådgivning om levnadsvanor?

För att undersöka i vilken utsträckning kommuner implementerat de sjukdomsförebyggande metoder som förordas i de nationella riktlinjerna har Ramböll använt sig av en enkätundersökning och en intervjustudie riktad till kommunala mas och mar. Nedan redogörs för vad som framkommit i enkäten och intervjuerna. Rambölls sammantagna bedömning är att det finns ett sjukdomsförebyggande arbete inom många kommuner, men att detta inte sker inom ramen för Socialstyrelsens nationella riktlinjer inom området.

I enkätundersökningen fick respondenterna besvara frågor om hur långt de kommit i arbetet med att erbjuda rådgivning inom de fyra levnadsvanorna som omfattas av socialstyrelsens riktlinjer. Ramböll har alltså inte ställt en övergripande fråga om man arbetar med implementering av de nationella riktlinjerna utan undersökt i vilken utsträckning rådgivning kring levnadsvanor som omfattas av riktlinjerna erbjuds och om det finns rutiner kring dessa metoder. I figuren nedan presenteras enkätrespondenternas svar på dessa frågor.

Figur 1. Tillgång till och rutiner för rådgivning

Får individen tillgång till rådgivningsinsatser och finns det tydliga rutiner för kommunens arbete med rådgivningsinsatser?



Frågorna som ställdes till respondenterna till kommunala mas och mar var följande:

*I vilken utsträckning får patienterna i ditt ansvarsområde som är i behov av rådgivning ta del av denna kring följande levnadsvanor? (Tobaksbruk? Riskbruk av alkohol? Fysisk aktivitet? Matvanor?)

**Finns det tydliga rutiner för att arbeta med rådgivning kring följande levnadsvanor inom ditt ansvarsområde? (Tobaksbruk? Riskbruk av alkohol? Fysisk aktivitet? Matvanor?)

I figuren ovan framgår att respondenterna uppfattar att det i större utsträckning finns rutiner för rådgivning inom levnadsvaneområdena matvanor och fysisk aktivitet än inom områdena riskbruk av alkohol och tobaksbruk. Inom områdena fysisk aktivitet och matvanor anger cirka 40 procent av respondenterna att det finns rutiner för att arbeta med rådgivning. Motsvarande är det cirka en procent som uppfattar att det finns rutiner för erbjudande av rådgivning inom tobaksbruk respektive riskbruk av alkohol.

Vad gäller frågan om i vilken utsträckning patienter med behov av rådgivningsinsatser får ta del av sådana insatser framgår en delvis annorlunda bild. Fler kommuner uppger att individer blir erbjudna rådgivningsinsatser än som uppger att det finns rutiner kring rådgivningen.

Det finns vissa skillnader mellan mar och mas gällande i vilken utsträckning man uppfattar att det finns tillgång till och rutiner för rådgivningsinsatser kopplade till de olika levnadsvaneområdena inom deras eget ansvarsområde. Generellt kan man säga att mar i högre utsträckning än mas svarar vet ej på frågorna om tillgång till rådgivning förutom inom området fysisk aktivitet där de också i något högre grad uppfattar att individen får tillgång till rådgivning.

I intervjustudien med kommunala mas och mar framgår en något annorlunda bild än den som framgår av enkätundersökningen. De som valdes ut i intervjustudien var de som i enkäten angett att de erbjuder rådgivning och att det finns rutiner kring detta. Ingen av de Ramböll intervjuat uppger dock att de arbetar med riktlinjerna specifikt. Istället framhåller de annat sjukdomsförebyggande arbete som riktas mot den kommunala hälso- och sjukvårdens målgrupper. Intervjupersonerna fokuserar här ofta på gruppen äldre som utgör den största gruppen inom den kommunala omsorgsverksamheten. En ganska vanlig insats i de kommuner som omfattats av intervjustudien är hälsosamtal vid 75, 80 eller 85 års ålder som antingen riktar sig mot målgruppen äldre generellt eller i vissa fall mot individer som redan är patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa hälsosamtal uppfattas dock inte av intervjupersonerna som en insats med avgörande effekt på levnadsvanor eftersom det är svårt att nå riskgrupper med generella inbjudningar. Flera intervju personer menar att det finns en tendens att de som verkligen befinner sig i riskgruppen i och med att de för ohälsosamma levnadsvanor riskerar att tacka nej till kommunens hälsosamtal eftersom de inte vill bli tillrättavisade av vårdpersonalen.

Det finns flera exempel på annat sjukdomsförebyggande arbete vilka beskrivs i nästkommande avsnitt om andra exempel på sjukdomsförebyggande arbete.

Vilket sjukdomsförebyggande sker i övrigt inom kommunerna?

Ramböll har alltså inte hittat något exempel på kommuner som uttryckligen arbetar med implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Däremot har det i intervjuerna med mas och mar framkommit flera exempel på annat sjukdomsförebyggande arbete som sker inom den kommunala hälso- och sjukvården. Arbetet sker inte främst i

enlighet med de nationella riktlinjerna, däremot arbetar flera kommuner med andra nationella initiativ såsom riskbedömningar med Senior alert.

Även om det finns ett visst förebyggande arbete utgår inte detta alltid från de fyra levnadsvanorna som finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Många ser nutrition och motion som de viktigaste områdena inom äldreomsorgen då dessa är avgörande för den enskildes fysiska och psykiska hälsa. De exempel som ges i detta avsnitt berör huvudsakligen arbete gentemot gruppen äldre då det är denna övergripande målgrupp intervjupersonerna fokuserat på i sina redogörelser.

Vad gäller nutrition uppger många av intervjupersonerna att det viktigaste området när det gäller äldre inom den kommunala hälso- och sjukvården är att bekämpa undernäring. Detta problem anses både vanligt förekommande och ha stora potentiella konsekvenser då det ofta kan vara orsak till fallolyckor som i sin tur kan vara allvarligt både för den enskildes psykiska och fysiska hälsa och innebära stora kostnader för kommunen och landstinget.

Många upplever också fysisk aktivitet som ett viktigt område för kommunens förebyggande arbete. När det gäller gruppen äldre upplever flera av dem och mar som Ramböll talat med att de inte fokuserar på rådgivning kring motion direkt utan snarare med att försöka få på plats förutsättningar för den enskilde att röra på sig. Det kan till exempel handla om att tillgängliggöra hjälpmedel såsom rullatorer eller att erbjuda organiserade motionspass som de äldre kan delta i.

Flera av de kommuner som ingått i intervjustudien erbjuder någon form av screening eller generell hälsokontroll av äldre vid en viss ålder. Syftet med denna screening är att erbjuda rådgivning inom vissa levnadsvanor. Dessa insatser görs dock inte mot bakgrund av de nationella riktlinjerna utan har dock främst sin grund i de verktyg för riskbedömning som finns inom äldreområdet, så som Senior alert. Senior alert innehåller riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Riskbedömningarna berör levnadsvaneområdet matvanor men utifrån en annan problembild än den som de nationella riktlinjerna baserar sig på, nämligen undernäring.

Förutom rådgivning är övriga insatser som nämnts mer direkta aktiviteter som erbjuds de äldre. Exempel på dessa är så kallade ”närings-shots” eller att minska nattfastan. En aktivitet för de med otillräcklig fysisk motion är sittgympa som är ett sätt att aktivera personer som på grund av fysiska funktionsnedsättningar inte kan ägna sig åt motion stående.

En ytterligare typ av verksamhet är rena informationsinsatser riktade mot äldre generellt i kommunen. Exempel på detta är informationsdagar om kost, motion och ett sunt leverne, där det inkluderats andra aktiviteter såsom modevisning för att ge uppmärksamhet till frågorna.

I vilken utsträckning sker samverkan mellan olika aktörer kring rådgivningsarbetet?

Samverkan kring det sjukdomsförebyggande arbetet är ett viktigt komplement till det arbete som bedrivs av kommunerna själva. Då kommunerna själva inte tycks arbeta i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är därför intressant att undersöka om

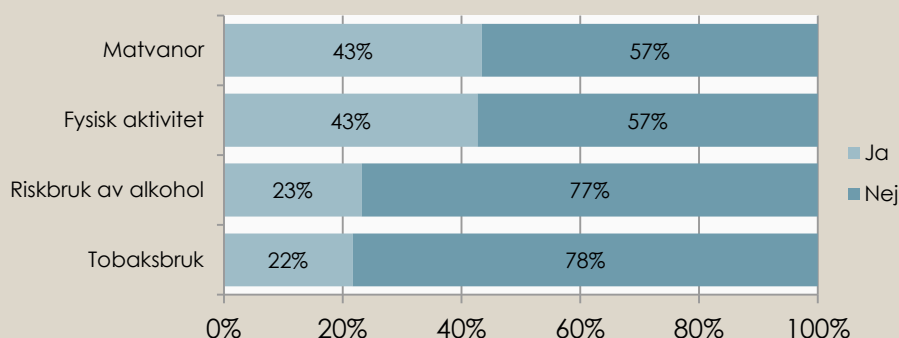
kommunerna tillsammans med landstinget arbetar på ett sätt som motsvarar de arbetssätt som föreslås i riktlinjerna, exempelvis genom att när det är relevant hänvisa individer till rådgivningsinsatser i landstingets regi.

Ramböll har i både enkätundersökningen och intervjustudien ställt frågor om omfattningen av samverkan mellan kommunen och landstinget/regionen i arbetet med rådgivning kring levnadsvanor som omfattas av de nationella riktlinjerna. Likt implementeringen av riktlinjerna ger enkäten och intervjustudierna något olika bilder av hur samverkan ser ut. Enkäten visar att många, drygt 40 procent av kommunerna, samverkar med landstinget inom det sjukdomsförebyggande arbetet men de intervjuer Ramböll genomfört med mas och mar indikerar att det förebyggande arbete som skett i samverkan mellan kommunerna och landstinget är mer *ad hoc* än strukturerat.

I enkäten ställdes frågan om kommunerna samverkar med landstinget för att erbjuda rådgivning inom de aktuella levnadsvanorna. Svaren som mas och mar gav illustreras i figuren nedan.

Figur 2. Samverkan mellan landsting och kommun kring rådgivning

Samverkar verksamheterna i ditt ansvarsområde med landstinget/regionen för att arbeta med rådgivning kring följande levnadsvanor?



Två huvudsakliga tendenser kan utläsas från enkätsvaren. För det första att lite mindre än hälften av mas och mar uppger att de samverkar med landstinget vad gäller rådgivning kring levnadsvanorna fysisk aktivitet och matvanor. För det andra framgår samma mönster som innan vad gäller prioriteringen av de olika områdena, det vill säga att kommunerna prioriterar arbetet med alkohol och tobak lägre än arbetet med att upprätta gynnsamma vanor gällande kost och motion.

Den bild som framgår av intervjuerna är något annorlunda än den som ges i enkätsvaren. Ingen av de mas och mar som Ramböll talat med uppger att de arbetar strategiskt med samverkan med landstinget inom rådgivningsinsatser. Flera menar att kommunen arbetar löpande med dessa frågor men att det ryms inom det ordinarie arbetet som bedrivs av sjuksköterskorna.

Ramböll drar slutsatsen att trots att många mas och mar i enkäten anger att de samverkar med landstinget kring vissa frågor gällande rådgivning inom

det sjukdomsförebyggande arbetet så är det förmodligen få verksamheter som faktiskt har en särskild och systematisk samverkansstruktur på plats. Denna slutsats bygger på intervjupersonernas utsagor i kombination med att kommunerna i urvalet, som redogjorts för i tidigare avsnitt, inte har något systematiskt arbete med att fånga upp personer med riskbeteende samt inte ser rådgivning som den viktigaste åtgärden inom området.

Vilka förutsättningar finns för implementering av riktlinjerna?

I det tidigare avsnittet redogjordes för implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I detta avsnitt beskrivs de förutsättningar som finns för implementeringen av riktlinjerna inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Sammanfattningsvis uppfattar Ramböll att vissa av förutsättningarna för implementering av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder saknas i dagsläget. Mas och mar inom kommunerna som Ramböll talat med uppfattar i regel det förebyggande arbetet som viktigt, men ser inte det som självklart att det just är kommunen som är bäst lämpat att vara drivande inom detta område.

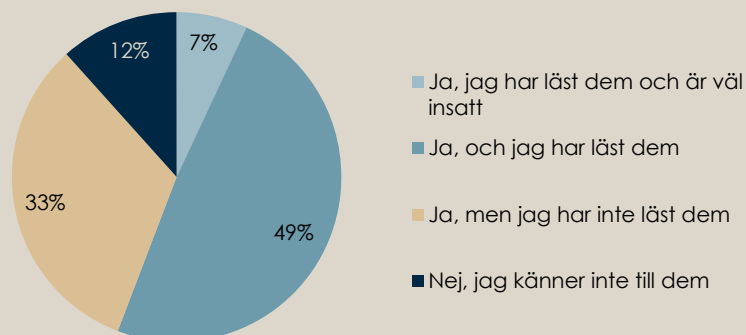
Hur omfattande är kännedomen bland mas och mar om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder?

En nödvändig förutsättning för implementeringen av riktlinjerna är att de är kända av de som ska arbeta för att implementera dem i verksamheten. Detta omfattar mas och mar som är delansvariga för att bedriva den omvärldsbevakning som sker i kommunen i syfte att driva på det löpande kvalitetsarbetet.

I enkäten ställdes frågan till respondenterna om man känner till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Resultatet visas i figuren nedan.

Figur 3. Kännedom om nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder?

Sedan 2011 finns det nya nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete. Känner du till dessa riktlinjer?



I figuren ovan framgår att cirka 56 procent av mas och mar uppger att de känner till riktlinjerna och har läst dem. Cirka 7 procentenheter av dessa uppger att de har läst riktlinjerna och är väl insatta i vad de omfattar.

Vid intervjuerna som genomfördes upprepades denna fråga och flera av intervjupersonerna tycktes ha än mindre kännedom om riktlinjerna än vad de uppgett i enkäten. Exempelvis var det åtminstone två av intervjupersonerna som uppgett i enkäten att de kände till och hade läst riktlinjerna som egentligen hade fått kännedom om dem först genom enkäten.

Enligt Rambölls mening finns det, trots att många uppgett i enkäten att de läst riktlinjerna, tecken på att kännedomen om innehållet i de nationella riktlinjerna är låg bland dess målgrupp inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta utgör ett grundläggande hinder för möjligheten att kommunerna skulle kunna gå vidare med att aktivt implementera riktlinjerna.

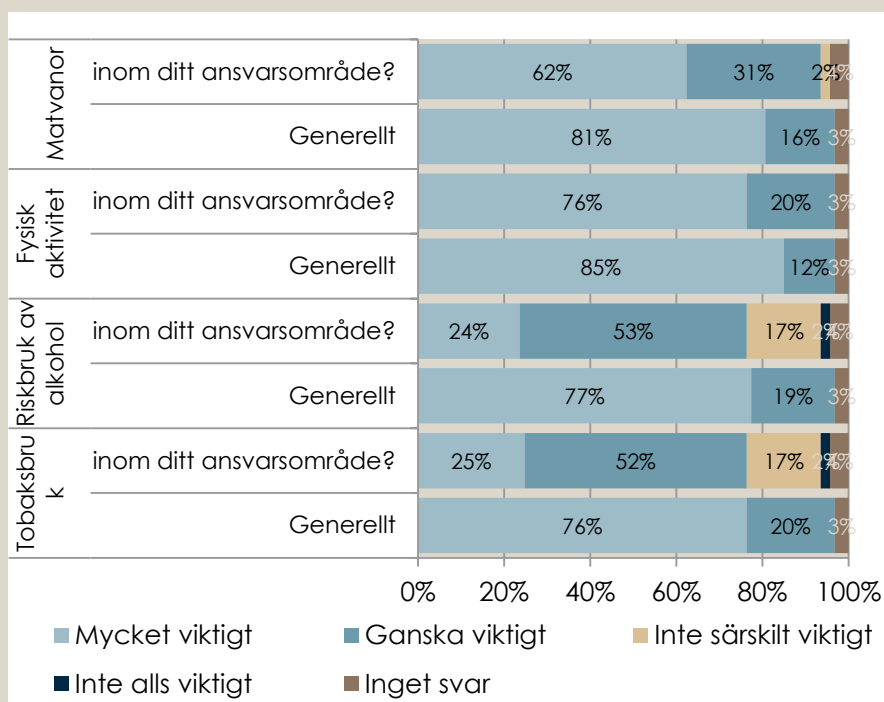
Hur uppfattas behovet av ett sjukdomsförebyggande arbete enligt riktlinjerna av mas och mar?

En förutsättning för att riktlinjerna ska implementeras inom kommunerna är att det finns en uppfattning hos kommunerna om ett behov av att ytterligare höja ambitionen för det sjukdomsförebyggande arbetet. Av enkätsvaren framgår att de allra flesta mas och mar anser att det är mycket viktigt att kommunens hälso- och sjukvård arbetar med rådgivning om levnadsvanor, både inom deras eget ansvarsområde samt inom hälso- och sjukvården generellt. I likhet med de tidigare avsnitten framgår dock en annan bild i de intervjuer som genomförts med mas och mar i urvalet av kommuner. Den bild som framgår i dessa är att kommunerna inte alltid ser det förebyggande arbetet som främst deras ansvar och att arbetet ofta får ge vika i prioritering mellan olika frågor.

I enkäten till mas och mar ställdes frågan i vilken utsträckning de anser att det är viktigt att arbeta med rådgivning riktat mot de nationella riktlinjernas fyra levnadsvaneområden inom dels den egna verksamheten och dels inom hälso- och sjukvården generellt. I figuren framgår svaren på denna fråga som inkommit från mas och mar.

Figur 4. Hur viktigt är det med rådgivning inom ditt ansvarsområde?

Hur viktigt tycker du att det är med rådgivning kring följande levnadsvanor inom hälso- och sjukvården...



I figuren ovan framgår att en stor majoritet upplever att det är mycket viktigt att arbeta med rådgivning som förebyggande metod inom alla fyra områden samtidigt som många upplever att det inte främst är kommunens uppgift att arbeta med tobak och alkohol.

I intervjuerna med mas och mar framkommer en något annorlunda bild. Visserligen är det många som uttrycker att det är viktigt att i någon mån arbeta sjukdomsförebyggande inom kommunens verksamhet. De flesta av respondenterna talar dock först och främst om äldreområdet. Inom äldreområdet upplever flera av intervjupersonerna att det handlar om prioritering mellan olika typer av insatser och i den knappa verklighet som råder i kommunen upplevs det inte alltid som verksamhetens främsta prioritering att arbeta sjukdomsförebyggande.

Det är ju så att vår verksamhet består ju mest av symtomlindring och att ta hand om människor som inte har så långt kvar att leva. Det är så krass verkligheten ser ut i vår verksamhet. På en vårdcentral kan man

ju jobba förebyggande på ett annat sätt. Vi kan arbeta för att de ska ha ett så bra liv som möjligt den tid som är kvar.

Inom mitt ansvarsområde, särskilt boende inom äldreomsorgen, är frågeställningen inte fullt ut applicerbar. Rådgivning är inte tongivande, däremot stöd till hälsa utifrån den äldres förutsättningar till bästa möjliga livskvalitet och hälsa.

Citaten ovan visar på en åsikt som flera respondenter ger uttryck för, nämligen att den främsta prioriteringen inom äldreomsorgen inte är och kanske inte heller bör vara att arbeta sjukdomsförebyggande för att de individer som är patienter i den kommunala hälso- och sjukvården generellt är relativt sjuka. Förebyggande insatser till denna grupp bör därför enligt denna uppfattning prioriteras ned till förmån för insatser riktade mot verksamheter där patienterna har större potential att gagnas av förebyggande arbete.

Som redan nämnt ovan har de flesta av de som Ramböll intervjuat haft lättast att förhålla sig till äldreområdet eftersom det är det största verksamhetsområdet i kommunal verksamhet, och äldre utgör även den största patientgruppen för den kommunala hälso- och sjukvården. Vi ställde dock även frågor om vad man genomförde insatser riktade mot patienter inom funktionshinderområdet och socialpsykiatrin. I den mån man hade kännedom uttryckte flera att det var samma förutsättningar som gällde inom dessa områden som inom äldreområdet, nämligen att målgruppen inom den kommunala hälso och sjukvården var sjuka och svåra att nå med samtalsmetoder. I citatet nedan framgår resonemanget hos en av de personer Ramböll intervjuat.

Det är samma sak inom funktionshinderområdet. När de är inne i verksamhet är de dåliga.(..) I vårt län är du hänvisad till primärvården. När vi blir inkopplade är du väldigt sjuk och sängliggande. Då kan du inte ta dig utanför ditt hem. Då är det inte heller läge alltid för det här. Oftast är de så dåliga så du behöver hitta stunderna av livskvalitet. Återigen är det kanske den personliga assistansen som kan behöva kunskapen. Men frågan är vem som har ansvaret för kompetensutvecklingen? (..) Det är ju lite komplex tillvaro. När du kommer till ett boende är du också rätt så sjuk. LSS-boende är lite annorlunda, där kan man vara lite friskare. Där handlar det mycket om arbete, daglig sysselsättning. Jag upplever inte att alkoholen är ett bekymmer. Vi har inga rutiner som säger något om det. Det är nog att i de individuella ärendena tas de olika problemen upp och det planeras därifrån.

I citatet ovan ges uttryck för en uppgivenhet inför att lägga resurser på sjukdomsförebyggande arbete. En annan infallsvinkel framgår i citatet nedan (som kommer från en annan person).

Inom socialpsykiatrin har man läkare inom slutenvården, men bor inom våra boenden. Det är en svår fråga att hantera kost och så vi-

dare. Att få den enskilde att förstå behovet av att röra på sig och ha en bra hygien etc. Mycket handlar om samverkan med andra huvudmän.

I citatet ovan ger intervjupersonen uttryck för att det finns en komplexitet avseende ansvaret för sjukdomsförebyggande även mot vissa av de patienter inom socialpsykiatri som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården. Intervjupersonen lyfter här, vilket flera andra gjort, vikten av att samverka med landstinget i det sjukdomsförebyggande arbetet.

De flesta av de Ramböll talat med ger ändå uttryck för att det är viktigt med sjukdomsförebyggande åtgärder, samtidigt upplever vissa att de nationella riktlinjerna till viss del missar målsättningen för deras eget sjukdomsförebyggande arbete som ibland omfattar andra områden eller andra metoder för aktivering av individen. I ett tidigare avsnitt beskrevs just detta arbete och de alternativa metoder som används för att aktivera individer inom äldreomsorgen, vilket framförallt sker genom aktiva insatser såsom att erbjuda stöd vid promenad eller sittgympa.

Vissa av intervjupersonerna lyfter också fram att förutsättningen för rådgivande samtal varierar inom den kommunala sjukvårdens verksamhetsområde eftersom förutsättningarna för individerna som behandlas är väldigt olika. I citatet nedan framgår hur komplext behovet av insatser upplevs inom socialpsykiatri som också är ett större område inom den kommunala sjukvården.

Jag tycker att det i levnadsvanor också borde ingå fokus på att hitta balans mellan vardagsaktiviteter och vila och stöd att prata om existentiell hälsa. Vi möter många människor som har endera för mycket eller alldeles för lite av meningsfulla aktiviteter i sitt liv (passiv, deprimerande livsstil) och problem med sömnavanor.

Ramböll bedömer att många mas och mar upplever att de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder idag inte är helt applicerbara på den kommunala verkligheten. Många upplever att just rådgivningsinsatser är svåra att applicera på många av patienterna inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta beror på att många inom verksamhetsområdet redan är sjuka och därför inte alltid är mottagliga för råd om livsstil. En annan större målgrupp är de som omfattas av socialpsykiatri där målgruppen ofta kräver mer omfattande stöd för att ändra levnadsmönster än just rådgivningsinsatser. Slutligen upplever också många att det främst bör vara primärvården som har det övergripande ansvaret för det sjukdomsförebyggande arbetet. Detta för att primärvården träffar en större del av befolkningen samt att patienterna kommer till primärvården tidigare, vilket innebär att eventuella osunda levnadsvanor kan upptäckas tidigare. Detta ökar i sin tur möjligheterna att faktiskt göra något åt det.

Finns kompetens och andra resurser för implementering av riktlinjerna?

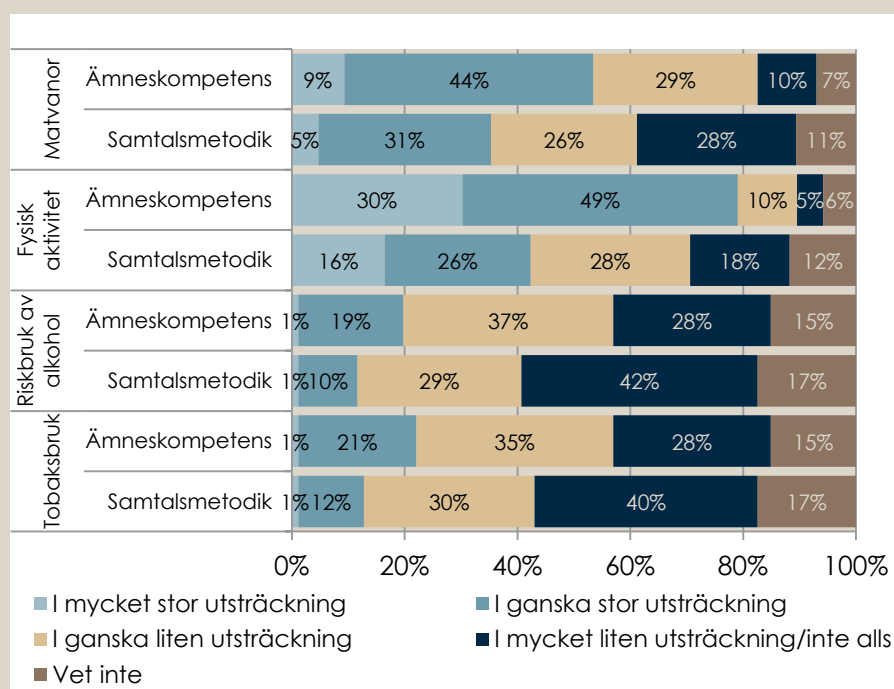
En annan viktig förutsättning för att implementera Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är materiella och kompetensmässiga

resurser. Redan i det förberedande arbetet inför denna studie identifierades personalens kompetens som en förutsättning för implementeringen. Kompetensen kan grovt delas in i två kategorier, dels kompetens inom samtalsmetoder, dels kompetens inom de enskilda sakområdena.

I enkäten fick respondenterna frågan om i vilken utsträckning de upplever att det hos personalen inom respondentens ansvarsområde finns tillräckligt med kompetens för att bedriva rådgivning om levnadsvanorna som nämns i riktlinjerna. Respondenterna fick ta ställning till samtalsmetoder och ämnesområden för vart och ett av de olika levnadsvanorna. Resultatet redovisas i figuren nedan.

Figur 5. Finns kompetens för rådgivning kring levnadsvanor?

Vilken utsträckning tycker du att personalen i ditt ansvarsområde har kompetens i samtalsmetodik samt ämneskompetens för att arbeta med rådgivning om levnadsvanor?



I figuren ovan blir det tydligt att kommunerna prioriterar fysisk aktivitet och matvanor inom sitt förebyggande arbete och att många upplever att kompetensen inom samtalsmetodik är på plats i lägre utsträckning än själva sakområdeskompetensen. Andelen som upplever att kompetensen inom sakområdena fysisk aktivitet och matvanor är tillräckliga är något högre än de som upplever att det finns kompetens inom samtalsmetodik relaterat till samma områden.

Det finns vissa skillnader i svar mellan mas och mar. Bland de mar som svarat på enkäten är det fler som upplever att kompetensen är högre inom området fysisk aktivitet än inom matvanor. Detta beror troligtvis på att ansvarsområdet för mar är tätt förknippat med just fysisk aktivitet och funkt-

ionen syftar till att främja det arbetet. Samtidigt är det högre andel mas än mar som uppger att det saknas kompetens inom området matvanor inom deras eget ansvarsområde.

I enkäten ställdes även en öppen fråga till respondenterna vad de upplever skulle behövas mer av i verksamheten för att man skulle kunna arbeta mer med rådgivning om levnadsvanor. Nedan presenteras några citat från enkäten som representerar vad flera också uppgett i intervjustudien.

Vi bedriver hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer. I ordinärt boende kan det finnas yngre patienter men annars är det ren äldreomsorg. Vi arbetar mycket med förebyggande verksamhet gällande fysisk aktivitet och kost men inget fokus på rökning/alkohol. Vad vi behöver är utbildning för alla undersköterskor. Sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen kan sina ämnen. Att frågor vad gäller förebyggande arbete blir mer prioriterat.

Idag omhändertar vi i den kommunala verksamheten de skador och symtom som uppstår (..) men har små förutsättningar att arbeta preventivt på grund av inställning och små resurser. Primärvården förväntas att omhänderta förebyggande arbete i fråga om levnadsvanor.

[Det krävs]mer personalresurser samt utbildning för personal.

Detta är ett mönster som får en tydligare förklaring i intervjuerna med mas och mar. Flera upplever att de som utbildat sig till distriktsköterskor och andra omvårdnadsspecialiseringar får samtalsmetoder som en naturlig del av utbildningen och praktiserar detta i utförandet av sitt arbete. Visserligen invänder vissa att denna kunskap i vissa fall skulle kunna uppdateras då alla inte praktiserar detta löpande. Det är också flera av de mas och mar som vi talat med som uppger att deras kommuner satsat på utbildningar inom samtalsmetodik för personalen. Det tycks vara relativt vanligt att kommuner satsar på att utbilda vårdpersonalen i så kallad motiverande samtalsmetodik eller MI (*motivational interviewing*) som det också kallas.

Samtidigt som många upplever att personalen har tillräcklig ämneskompetens inom de levnadsvanor som omfattas av de nationella riktlinjerna är det många som upplever att det skulle vara bra att utveckla denna kompetens ytterligare. I enkäten ställdes frågan om respondenten upplever att personalen skulle behöva utveckla sin ämnesmässiga kompetens och fick då antingen svara ja eller nej. Resultatet är inte helt tydligt. De flesta mas och mar som svarat på enkäten anger att de tycker att kompetensen borde höjas inom alla fyra levnadsvanor, men störst är andelen som upplever att kompetensen borde höjas inom matvanor och motion. Däremot inom riskbruk av alkohol och tobaksbruk är det egentligen inte fler som uppger att det inte behövs kompetensutveckling utan snarare långt fler som är osäkra och anger ”vet inte” på frågan. En tolkning är att detta ligger i linje med att det förebyggande arbetet inom riskbruk av alkohol och tobak inte uppfattas som lika högt prioriterat inom kommunen.

En annan omfattande fråga är resursfrågan och i vilken grad det förebyggande arbetet priorteras i valet mellan olika alternativa sätt att utnyttja kommunens resurser. Flera av de Ramböll talat med i intervjuerna uppger att det helt enkelt är svårt att prioritera förebyggande arbete och särskilt en relativt resursintensiv rådgivningsverksamhet när det finns många andra delar av verksamheten man vill utveckla först. Många anser att det förebyggande arbetet är viktigt, samtidigt som de inom den kommunala verksamheten upplever att resursläget ofta är ansträngt.

Utifrån vad som beskrivits ovan bedömer Ramböll att det finns goda möjligheter att i många kommuner arbeta med rådgivning på en sådan nivå att det räcker med kompetens inom metoden MI. Många kommuner satsar på utbildningar i MI, samtidigt kan det krävas ytterligare anpassning och i vissa fall uppdatering av studiematerialet för att kunna arbeta systematiskt med strukturerade samtalsmetoder inom det förebyggande arbetet.

Elevhälsan

Enligt de nationella riktlinjerna omfattas barn och ungdomar endast av två av de fyra områdena för sjukdomsförebyggande metoder. Rådgivning och samtal ska genomföras om tobaksbruk och/eller ohälsosamma matvanor identifierats. Samtidigt visar vi i detta avsnitt på att det finns tecken på att elevhälsan arbetar med alla dessa områden men inom det ordinarie arbetet som utgår från skollagens krav om individuella elevsamtal.

Detta avsnitt är indelat i två delar som utgår från studiens övergripande frågeställning om verksamheterna implementerat riktlinjerna och vilka förutsättningar som finns för att arbeta med rådgivning kring de fyra levnadsvanorna i de studerade verksamheterna.

Sammanfattningsvis argumenterar Ramböll i detta avsnitt för att det tycks vara få verksamheter som arbetar efter riktlinjerna samtidigt som riktlinjerna till viss del tycks sammanfalla med det förebyggande arbete som ska ske enligt skollagen.

Ramböll uppfattar att verksamheterna i regel arbetar sjukdomsförebyggande utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt och att motivationen kring detta arbete är väl grundat i verksamheterna. Inte minst för att ett av de grundläggande syftena med elevhälsans verksamhet är att främja barns och elevers hälsa.

Rambölls tolkning är dock att de nationella riktlinjerna inte haft stor påverkan på det förebyggande arbetet inom skolorna då många inte känner till riktlinjerna alls eller i vissa fall känner till dem men inte uppfattar att de gäller för elevhälsan.

I vilken grad har kommunerna implementerat riktlinjerna?

I detta avsnitt beskrivs implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom elevhälsan. Avsnittet delas in i två delar som inleds med en beskrivning av det sjukdomsförebyggande arbetet som sker inom elevhälsan i kommunerna och avslutas med en beskrivning av implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Hur bedriver verksamheterna inom elevhälsan sitt sjukdomsförebyggande arbete?

Kommunerna bedriver i dagsläget sjukdomsförebyggande arbete i form av bland annat individuella hälsosamtal, gruppsamtal och samtal utförda av kuratorer. Hälsobesök bedrivs enligt skollagen (2010:800) och ska genomföras minst tre gånger under grundskoletiden samt en gång första året under gymnasiet. Samtalen är individuella och behandlar områdena skolsituation, stress, sömn, tobak, alkohol, matvanor, fysisk aktivitet, familj och vänner samt upp-

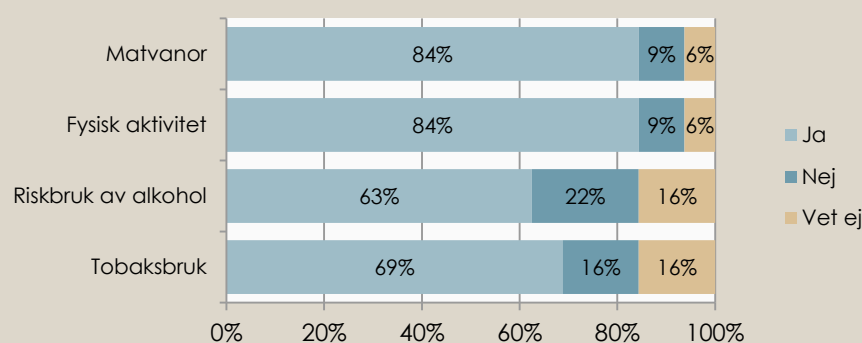
levd hälsa. Flera kommuner arbetar även med gruppsamtal där man i mellanstadiet fokuserar på frågor kring puberteten, kost och motion och på högstadiet diskuterar sex och samlevnad samt alkohol, droger och tobak. Eleverna kan även söka stöd och vägledning genom samtal med kurator. Att genomföra hälsosamtal enligt skollagen innebär inte i sig att man arbetar med rådgivning kring levnadsvanor enligt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, men det kan dock användas som en första screening för att genomföra ytterligare insatser för de som har ohälsosamma levnadsvanor.

Av intervjuerna som Ramböll gjort med verksamhetschefer och ledningsansvariga inom elevhälsan framgår det även att flera verksamheter har rutiner för uppföljning av de elever där ett riskbeteende identifieras. I dessa fall meddelas föräldrarna om situationen och skolsköterska, ibland även kurator, kopplas in för uppföljning. I dessa samtal används ofta motiverande samtalsmetodik för att få eleverna att själva bli motiverade att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

I enkäten till verksamhetschefer inom elevhälsan ställdes frågan om de uppfattar att det finns rutiner för att arbeta med rådgivning inom de levnadsvanor som omfattas av de nationella riktlinjerna. Svaren illustreras i figur nedan.

Figur 6. Befintliga rutiner för samtal kring levnadsvanor

Finns det rutiner för att arbeta med samtalsrådgivning kring följande levnadsvanor inom elevhälsan i ditt ansvarsområde?

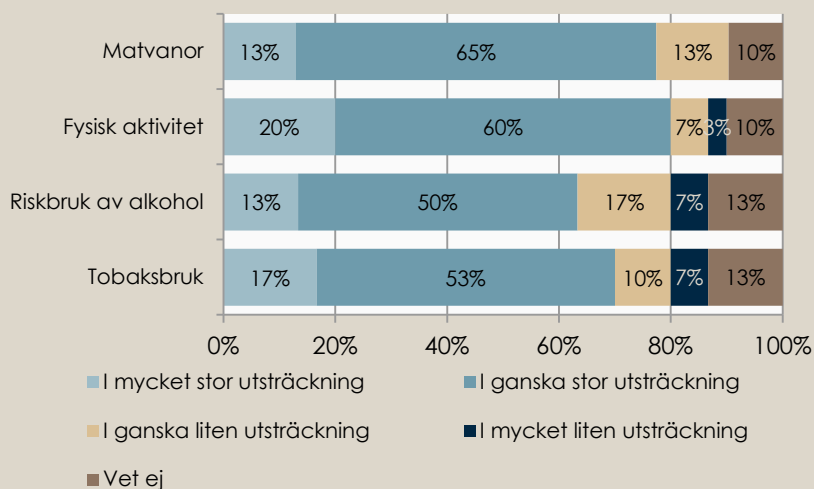


Enkäten bekräftar bilden av att det idag i relativt stor utsträckning finns rutiner för samtal kring de fyra levnadsvanor som behandlas i de nationella riktlinjerna. Samtidigt uppger enkätrespondenterna i något lägre utsträckning att det finns rutiner för rådgivning inom levnadsvanorna riskbruk av alkohol och tobaksbruk.

I enkäten ställdes även frågor gällande i vilken grad respondenten upplever att elever med behov får tillgång till samtalsrådgivning om de levnadsvanor som riktlinjerna omfattar. Resultatet presenteras i figuren nedan.

Figur 7. Samtalsrådgivning inom elevhälsan

I vilken utsträckning uppskattar du att de elever i ditt ansvarsområde som är i behov av samtalsrådgivning får ta del av denna kring följande levnadsvanor inom elevhälsan?



I figuren ovan framgår att knappt fyra av fem verksamhetschefer som svarat på enkäten upplever att eleverna inom deras verksamhet i mycket stor eller ganska stor utsträckning får tillgång till rådgivningsinsatser inom områdena fysisk aktivitet och matvanor. Det begränsade datamaterialet indikerar att fysisk aktivitet kan vara något mer prioriterat, detta kan dock inte sägas med säkerhet.

Utifrån materialet tycks alkohol och tobak vara något mindre prioriterade levnadsvanor för skolorna. Det går dock inte att utifrån detta relativt lilla urval av verksamheter se om den lilla skillnaden står sig i den övergripande populationen av verksamheter. Ramböll har inte heller utifrån intervjuerna kunnat skapa någon särskild hypotes om varför alkohol och tobak skulle vara mindre prioriterade att arbeta med i de enskilda hälsosamtalen med eleverna.

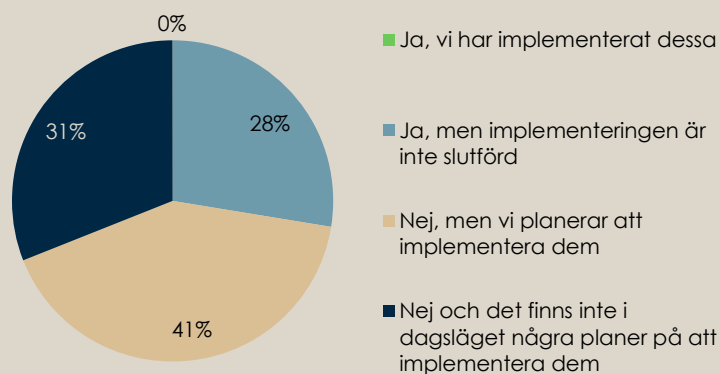
Arbetar elevhälsans verksamheter efter riktlinjerna?

Det förebyggande arbete som sker inom elevhälsan utgår till stor del från individuella samtal med eleverna. Dessa individuella samtal sker enligt krav som ställs på elevhälsan enligt 2 kap. 27 § skollagen. En intressant fråga är dock i vilken grad kommunerna använder riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder i sitt förebyggande arbete. Denna fråga är intressant inte minst för Socialstyrelsens kännedom om vad myndigheten kan göra för att ytterligare öka riktlinjernas genomslag ute i verksamheterna. Slutsatsen som dras i detta avsnitt är att det förmodligen är få verksamheter inom elevhälsan som aktivt arbetar med implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Ramböll ställde i enkäten till de verksamhetsansvariga frågan om i vilken grad de arbetar med implementeringen av riktlinjerna. Resultaten redovisas i figuren nedan.

Figur 8. Implementering av riktlinjerna

Arbetar ni med implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder?



Av figuren framgår att det inte i detta urval om 35 verksamhetschefer är någon som uppger att de implementerat riktlinjerna från 2011. Det är dock 28 procent som uppger att de är i färd med att implementera riktlinjerna och ytterligare 41 procent som uppger att de planerar att göra detta.

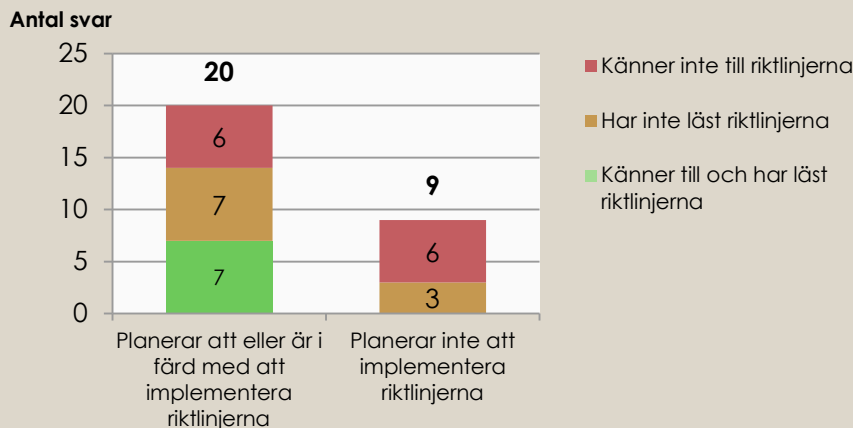
I de sex intervjuer som genomförts med verksamhetsansvariga har det dock inte varit någon som sagt att de planerar att implementera riktlinjerna i sin verksamhet. Det är således svårt att få information om hur de som implementerar riktlinjerna tänker kring utmaningar för detta arbete.

Det grundläggande hindret för implementering av riktlinjerna för de som Ramböll talat med är att de inte känner till dem. Det innebär att de inte kunnat ta ställning till om riktlinjerna är relevanta för verksamheten eller inte.

En intressant aspekt av implementeringen som framgår i enkätsvaren är att det är relativt många som uppger att de är i färd med att implementera riktlinjerna. Samtidigt är kunskapen begränsad om riktlinjerna även bland de som uppger att deras verksamhet är i färd med att implementera dem. I figuren nedan visas en korskörning av frågan om kommunen är i färd att implementera riktlinjerna och frågan om respondenten har kännedom om riktlinjerna.

Figur 9. Kunskap förutsättning för implementering av riktlinjerna

Arbetar ni med implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder? Samt fråga: Hösten 2011 beslutade Socialstyrelsen om nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. känner du till dessa riktlinjer?



Kommentar: figuren visar en enkel redovisning av förutsättningarna för implementering av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Här ses kännedom om riktlinjerna som en grundförutsättning för implementering av riktlinjerna. Färgen röd markerar de som uppgett att de inte känner till riktlinjerna vilket Ramböll tolkar som att de i utgångsläget har små förutsättningar för att lyckas implementera riktlinjerna.

I figuren ovan visas i staplarna antalet personer som angett att deras verksamhet är i färd med eller planerar att implementera riktlinjerna. Staplarna delas upp enligt den kännedom om riktlinjerna som respondenterna har. Rött fält markerar att respondenten har sagt att denne inte känner till riktlinjerna, vilket enligt Rambölls tolkning innebär att förutsättningarna för att implementera riktlinjerna är begränsade. Orange fält symboliserar att kännedomen är låg men inte obefintlig.

Figuren ovan ger vid handen att det, i linje med vad som tidigare framkommit, är två tredjedelar av respondenterna som uppger att de planerar eller är i färd med att implementera riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Samtidigt framgår också att bland de som uppgett att deras verksamheter är i färd med att implementera riktlinjerna har cirka två tredjedelar väldigt låg kännedom om vad riktlinjerna innebär och av dessa är det hälften som uppgett att de inte känner till riktlinjerna alls. Ramböll ställer sig frågande till om det är möjligt att det faktiskt sker ett implementeringsarbete då respondenten själv uppgett att den inte känner till riktlinjernas existens.

Vilka förutsättningar finns för implementering av riktlinjerna?

I detta avsnitt beskrivs förutsättningarna för att implementera riktlinjerna inom den kommunala elevhälsan och förmå verksamheterna att arbeta mer med samtalsrådgivning som metod för att skapa förändring hos individer med ohälsosamma levnadsvanor. Liksom tidigare i rapporten har Ramböll utgått från modellen vilja-kunna-förstå för att strukturera de olika utmaningar

som finns för implementering av riktlinjerna. Sammanfattningsvis uppfattar Ramböll att det finns goda förutsättningar att arbeta efter riktlinjerna i och med att många inom verksamheterna tycks ha motivation för detta arbete och att många kommuner redan investerat i utbildning för deras personal i MI-kompetens. Slutligen tycks det heller inte finnas någon konflikt mellan elevhälsans övergripande mål och innehållet i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Känner ledningsansvariga inom elevhälsan till riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder?

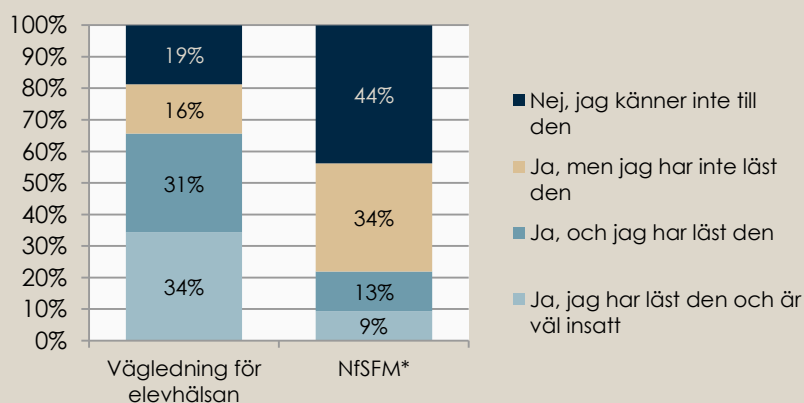
Den mest grundläggande förutsättningen för att implementera riktlinjerna är att målgruppen har kännedom om dem. Det är förstås inte det enda som krävs för att implementera riktlinjerna men är en nödvändig förutsättning för att implementeringen överhuvudtaget ska påbörjas.

I enkäten till verksamhetsansvariga för elevhälsan ställdes frågan om respondenten känner till dels den nya vägledningen för elevhälsan som kom ut våren 2014 och dels om man känner till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder som Socialstyrelsen beslutat om 2011.

Figur 10. Kännedom om nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och vägledning för elevhälsan

Våren 2014 presenterade Socialstyrelsen en ny **vägledning för elevhälsan**, känner du till vägledningen?

Hösten 2011 beslutade Socialstyrelsen om **nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder**, känner du till dessa riktlinjer?



* Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Av figuren ovan framgår att när det gäller vägledningen för elevhälsan uppgår cirka 80 procent att de känner till den och 65 procent uppgår att de också har läst den. Vid samma fråga gällande de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder framgår att cirka 40 procent uppgår att de inte känner till riktlinjerna och endast cirka 20 procent av de tillfrågade anger att de läst dem.

Vid intervjuerna framgår samma mönster, det vill säga att flera av de vi intervjuat inte känner till riktlinjerna samtidigt som vissa uppger att de har hört eller läst om dem någonstans men inte känner till dem.

En av de intervjupersoner som Ramböll talat med uppger dock att hon kände till materialet och faktiskt har läst det men uppfattar att riktlinjerna inte gällde för elevhälsan. Personen lyfte vidare fram några formuleringar som finns i den inledande texten som hon upplevde pekade på att riktlinjerna endast var riktade mot vuxna personer.

De levnadsvanor och huvudtillstånd som riktlinjerna omfattar är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos vuxna.

(Citat taget från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011)

Rambölls tolkning är att det är få personer inom elevhälsan som har kännedom om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Det finns flera möjliga orsaker till detta. Utifrån de intervjuer som genomförts med verksamhetschefer och ledningsansvariga inom elevhälsan tycks en av anledningarna vara att elevhälsan har sina egna styrdokument och vägledningar samtidigt som de inte ser sig som en naturlig del av kommunens övriga hälso- och sjukvård. Därför tillgodogör de sig inte på ett naturligt sätt riktlinjer och vägledningar som gäller för den övriga kommunala hälso- och sjukvården. Exemplet ovan visar också på att vissa inom elevhälsan som känner till riktlinjerna också kan ha lagt ifrån sig dem efter att de läst vissa tvetydande formuleringar i dess inledning. Detta skulle kunna innebära att riktlinjerna inte når vissa av de som faktiskt är väl insatta i händelseutvecklingen inom området.

Hur uppfattas behovet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder av de ansvariga för elevhälsan?

En viktig förutsättning för att implementera riktlinjerna är att personalen i organisationen, och särskilt de med verksamhetsansvar, känner sig motiverade att arbeta med en förändring och ser syftet med att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder. Ramböll bedömer att det finns ett stort engagemang för sjukdomsförebyggande metoder i kommunerna då sjukdomsförebyggande arbete är en stor del av det övergripande syftet med elevhälsan. Elevhälsans ansvarsområde omfattar de områden som tas upp i de nationella riktlinjerna samtidigt som elevhälsan utöver det även har ansvar för exempelvis psykosociala frågor samt droger.

När Ramböll har samtalat med ansvariga inom elevhälsan har det framkommit att det finns en stor förståelse för vikten av att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Flera av de intervjupersoner som Ramböll talat med återkommer till att syftet med elevhälsan är att arbeta just hälso-

främjande. Citatet nedan är exempel på en intervjuperson som upplever att elevhälsans syfte är att arbeta hälsofrämjande.

Vi arbetar främst sjukdomsförebyggande inte sjukvårdsinriktat. Vi ser inte sjukdomar utan arbetar för att främja hälsa. Det är de fokusområdena som du beskrev; kost, motion, sen har vi ingen gymnasieskola utan endast högstadiet som äldst, vilket innebär att alkohol och tobak spelar en mindre roll för våra elever.

När det gäller rutiner eller metoder för hälsosamtal är skolans verksamhet styrd till att i första hand ägna sig åt vissa typer av hälsofrämjande arbete, nämligen det som sker inom hälsosamtal med eleven och regleras i skollagen. Det är dessa hälsosamtal som intervjuerna med de verksamhetsansvariga kretsat kring då dessa är en central del av elevhälsans verksamhet och en utgör en viktig del av elevhälsans förebyggande arbete. De intervjuade uttrycker stor motivation för att arbeta hälsofrämjande och detta omsätts först och främst genom de obligatoriska hälsosamtalen med eleverna. Vissa individer vi talat med önskar att de kunde arbeta mer med även andra metoder såsom gruppsamtal ute i klasserna. Samtidigt upplever flera av de vi talat med att det är svårt att hinna med detta och att verksamheten först och främst måste prioritera de enskilda hälsosamtalen.

Referenser

SFS (2010:800) Skollag

Socialstyrelsen (2011) Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Skolverket (2014) Vägledning för elevhälsan