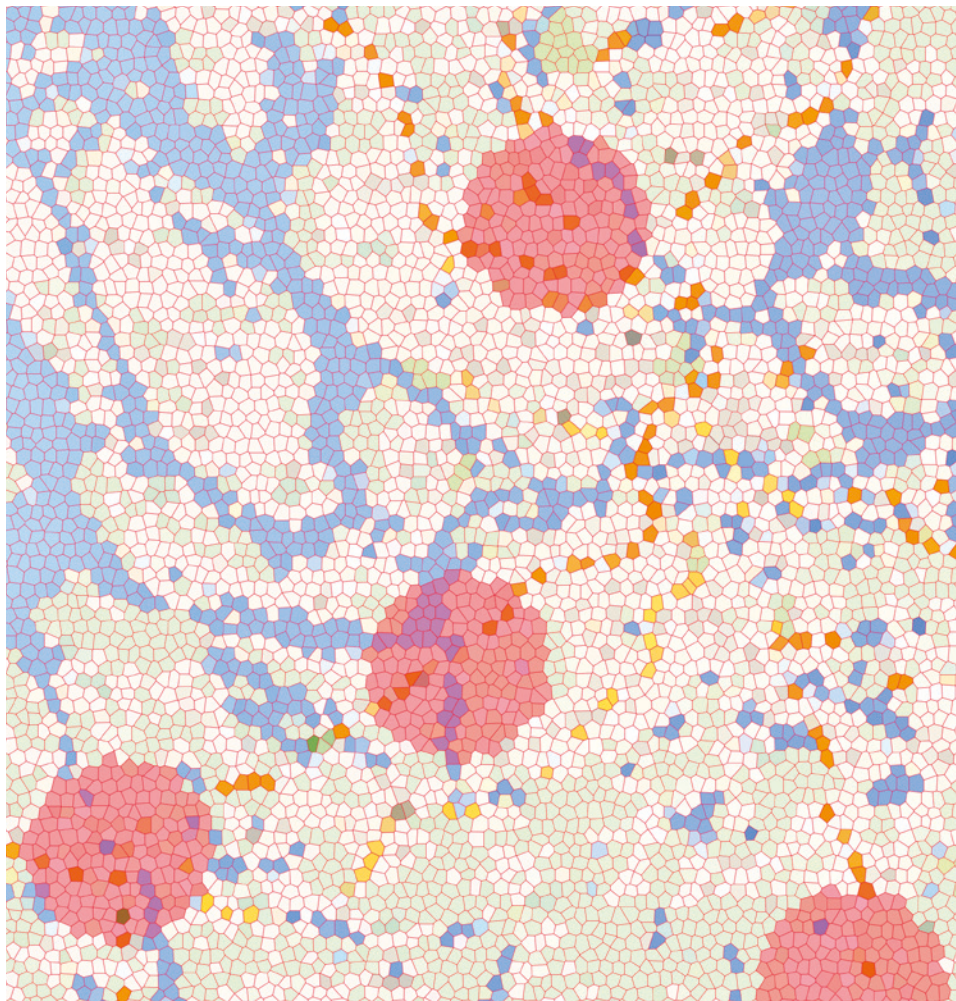
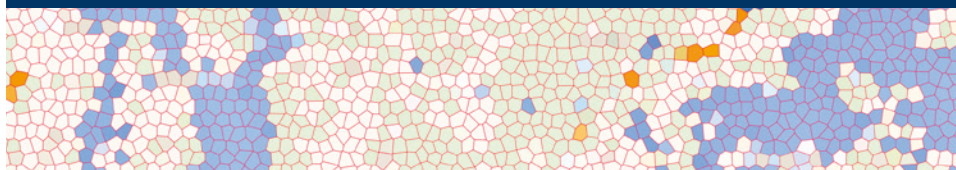




**Erfarenheter från hälsofrämjande befolkningsinriktat arbete
i primärvården vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt
utsatta områden i Stockholms län, 2013-2015.**



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Erfarenheter från hälsofrämjande befolkningsinriktat arbete i primärvården vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt utsatta områden i Stockholms län, 2013-2015.

Sara Fritzell, Anja Schultz, Bo Burström och Carin Bokedal.

Stockholm i maj 2016

Författare: Sara Fritzell*, Anja Schultz*, Bo Burström* och Carin Bokedal**.

* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Enheten för jämlik och jämställd hälsa, Stockholms läns landsting.

** Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Utvecklingsavdelningen, Stockholms läns landsting.

Foto: Ola Hedin

Redaktör: Carin Bokedal

Innehåll

Förord	7
Sammanfattning	8
Introduktion	11
Syfte.....	12
Metodologiska utgångspunkter	13
Val av vårdcentraler	15
Resultat	17
Utveckling av hälsa och sjukdom samt sociala bestämningsfaktorer över tid ...	17
Utförda aktiviteter	17
Effekter av det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet	24
Effekter på personalens arbete	25
Strategier för att arbeta hälsofrämjande utåtriktat i utsatta områden	26
Möjligheter att arbeta hälsofrämjande i jämförelseområdena	27
Diskussion	29
Möjligheterna att nå dem som är svåra att nå	29
Förändrade arbetssätt	30
Vad har det inneburit att få arbeta hälsofrämjande jämfört med om man inte skulle gjort det?	31
Metodologiska aspekter	31
Slutsats	32
Referenser	33

Ett stort tack till alla er på vårdcentraler och i befolkningen som låtit er intervjuas och på så sätt bidragit med tankar och erfarenheter kring befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete.

Befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete – en viktig pusselbit för jämlik vård

Hälsan bland befolkningen i Stockholm har utvecklats positivt under flera år. Allt fler stockholmare mår därmed allt bättre under allt fler år av sina liv. Alla grupper i samhället har dock inte fått jämlik del av den positiva trenden och de sociala skillnaderna i hälsa är påtagliga. Låg utbildningsnivå, lägre inkomster och utomeuropeisk bakgrund är faktorer som starkt påverkar såväl levnadsvanor som benägenheten att söka den vård man behöver, när och där man behöver den. Sammantaget lägger det en grogrund för ohälsa.

Vi människor har alla olika förutsättningar för hälsa och de som bäst skulle behöva vård söker den inte alltid. De nås därför inte av alla de olika insatser som skulle kunna bidra till att också de får möjligheter till långa och härliga liv, där både kroppen och själen håller hela vägen. Här behöver vi tänka nytt och innovativt, och det har man haft möjlighet att göra vid de sex olika vårdcentralerna Wasa i Södertälje, Vårby i Huddinge, Tensta, Husby Akalla, Jordbro och Rinkeby. Dessa mottagningar har nått goda resultat vilket har bidragit till att sjukdomar kunnat upptäckas tidigare, att människors kännedom om hälsofrämjande levnadsvanor har ökat och att kunskapen om var man får bästa hjälpen vid sjukdom blivit större.

De sex vårdcentralernas befolkningsinriktade hälsofrämjande arbete kan vara en viktig del i pusslet kring hur vi ska nå ut och öka förutsättningarna för en jämlik vård: En vård där alla människor har den kunskap och de verktyg de behöver för att ta hand om sig själva och sin egen hälsa. En sådan utveckling skulle naturligtvis framförallt gynna de människor vars hälsa förbättras men ger också ekonomiska vinster för landstinget och för samhället i stort. Sist och slutligen är det de sjukdomar som aldrig bryter ut eller som identifieras tidigt, de som är billigast att behandla. Arbetet för bättre hälsa och vård inom de grupper vi har svårt att nå kan alltså ses som en vinst för oss alla!

Stockholm i maj 2016

Jessica Ericsson (L), *Ordförande beredningen för folkhälsa och psykiatri.*

Sammanfattning

För att finna former för befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser för primärvården i socialt och ekonomiskt utsatta områden med sämre hälsoläge än övriga områden har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) upprättat särskilda avtal (tilläggsavtal) med sex vårdcentraler (Wasa i Södertälje, Vårby, Tensta, Husby Akalla, Jordbro och Rinkeby) i syfte att stödja, pröva och utveckla hälsofrämjande insatser och förhållningssätt. Interventionens övergripande mål är att nå grupper som annars inte söker vård, rikta hälsofrämjande insatser till socialt och ekonomiskt utsatta grupper i befolkningen, samt att öka medvetenheten om sambanden mellan levnadsvanor och hälsa i dessa grupper. Tilläggsavtalen innebär ett resurstillskott motsvarande en distriktskötersketjänst per vårdcentral.

Föreliggande rapport redovisar uppföljningen av denna intervention år 2013-2015. Interventionen har haft positiv effekt både bland personal och för befolkning. De aktiviteter vårdcentralerna valt att fokusera på är länkade till hälsoläget i de områden där vårdcentralerna verkar. Hälsodagar och temaveckor inriktas till exempel på folksjukdomarna diabetes, högt blodtryck och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). För att motverka fetma och övervikt har man såväl individuella hälsosamtal som grupper med fysisk aktivitet. Viktiga uppgifter i det hälsofrämjande arbetet är att ge råd om hälsa och vad som påverkar hälsan på en nivå som är anpassad för mottagaren. Vårdcentralerna arbetar i samverkan med övriga lokala aktörer med att långsiktigt motivera och medvetandegöra individens/befolkningens egna möjligheter att påverka sitt hälsotillstånd genom till exempel ändrade levnadsvanor. Ökad tillgänglighet är en viktig aspekt i de aktiviteter som bedrivs; att man finns ute i samhället där människorna i målgruppen finns och att alla aktiviteter måste vara kostnadsfria för dem som deltar. Intervjuer med deltagare i befolkningen visar att de utåtriktade, kostnadsfria insatserna fyller en viktig funktion för många som annars inte skulle haft kontakt med vården. Arbetssättet har med stöd från HSF utvecklats med åren och går nu under benämningen KIM (Kontakta, Informera, Motivera).

För personalen innebär tilläggsavtalen möjligheter att kunna arbeta strategiskt hälsofrämjande och utveckla nya arbetssätt och metoder, vilket i sin tur har inneburit möjligheter att nå grupper som man annars inte når. Aktiviteterna möjliggör att förebygga och att i ett tidigare skede kunna upptäcka ohälsa i enlighet med målsättningen. Samarbete med andra aktörer i lokalsamhället har ökat, att finnas på platser utanför vårdcentralen gör att man blir mera synlig för befolkningen. Detta ökar förtroendet för vården samt ger möjlighet att informera om vårdens struktur. Aktiviteterna bryter social isolering, ökar befolkningens hälsomedvetande, och ökar deras möjligheter att reflektera och ta ställning till vad de vill ha hjälp med. Tilläggsavtalen ger vidare vårdcentralerna resurser att möta dessa önskemål. Vid vårdcentralerna har kunskapen om hälsofrämjande arbete ökat, arbetet ger insikt och förståelse för betydelsen av livsvillkor för hälsa, för livsstilsfrågor och möjlighet att kunna förmedla hälsoinformation i dialog med befolkningen. Vårdcentralernas möjligheter att själva styra aktiviteterna är en framgångsfaktor. Interventionen kan också öka intresset för personal att arbeta vid dessa vårdcentraler. Vid vårdcentraler i jämförelseområden har mycket litet hälsofrämjande arbete gjorts, på grund av tidsbrist, resursbrist, personalbrist och organisatoriska problem, samt brist på kunskap.

Interventionen når grupper som hittills inte nåtts av vården, arbetssättet ger mervärden för medverkande personal och befolkningen. Genom detta kan man öka kontakten med och påverka levnadsvanor och hälsa bland grupper som annars är svåra att nå. Det är angeläget att vårdcentralerna får fortsätta och utveckla sitt framgångsrika arbete som ett led i att förbättra hälsan i dessa områden och därmed minska ojämlikhet i hälsa.





**Det skiljer tiotals år i livslängd
beroende på var du bor.**

Introduktion

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763). Idag är husläkaruppdraget kopplat till personer som listar sig hos husläkarmottagningen och det finns därför inget uppdrag till mottagningen att arbeta bland den generella befolkningen i närområdet. För att utveckla och stödja primärvårdens befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser i socialt och ekonomiskt utsatta områden upprättade Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) hösten 2008 särskilda avtal med tre vårdcentraler (Wasa i Södertälje, Vårby och Tensta). Genom dessa avtal, som sträckte sig utöver grundavtalen för husläkarmottagningarnas verksamhet, ville förvaltningen stödja, pröva och utveckla hälsofrämjande insatser och förhållningssätt (1). Tilläggsavtalen innebär ett resurstillskott motsvarande en distriktsskötersketjänst. Interventionen utökades från och med år 2013 med ytterligare tre vårdcentraler (Husby Akalla, Jordbro och Rinkeby).

Utformningen av avtalen gjordes i samarbete mellan närsjukvårdsavdelningen och utvecklingsavdelningen vid HSF, och vårdcentralerna skrev därefter tilläggsavtal med närsjukvårdsavdelningen. I tilläggsavtalen beskrivs uppdraget. Vårdcentralerna förväntades kartlägga resurser för målgruppen i området och i samband med detta bygga nätverk för samarbete. Kartläggningen åtföljdes av en lokal behovsanalys varefter prioriterade insatser och mål beslutades. Varje år förväntas en uppföljning av insatserna och att måloppfyllelse rapporteras från vårdcentralerna till HSF i syfte att säkerställa att avtalen följs.

Vårdcentralerna har haft gemensamma seminarier anordnade av HSF två gånger per år. Seminarierna har bidragit till erfarenhetsutbyte mellan vårdcentralerna och även haft teman, som till exempel kommunikation, med externt inbjudna. Arbetet med interventionen har utvecklats på olika sätt genom åren. Benämningen av arbetssättet för hälsofrämjande befolkningsinriktat arbete i primärvården har bytts till KIM. KIM står för Kontakta, Informera och Motivera. Dessutom har metodstöd för KIM samt informationsmaterial tagits fram av HSF.

Enligt avtalen mellan HSF och vårdcentralerna är målgruppen för insatserna personer som har hälsoproblem som ofta kompliceras av samtidiga sociala och ekonomiska problem. Detta medför att samverkan med andra instanser inom och utanför sjukvården, bland annat försäkringskassa, arbetsförmedling och socialtjänst är nödvändig. I målgruppen ingår också personer som "upplevs falla mellan stolarna" samt andra personer vars behov av vård av olika skäl inte tillgodoses.

Det övergripande målet med denna satsning är att rikta hälsofrämjande insatser till socialt och ekonomiskt utsatta grupper i befolkningen, som annars inte uppsöker hälso- och sjukvården trots behov. Dessutom är ambitionen att öka medvetenheten om sambanden mellan levnadsvanor (till exempel stillasittande, övervikt) och hälsa i dessa grupper.

Interventionen är fokuserad till de socialt och ekonomiskt mest utsatta områdena i Stockholms län. Befolkningen i dessa områden rapporterar sämre självskattad hälsa, kortare medellivslängd och har sämre utfall vad gäller levnadsvanor såsom rökning, riskkonsumtion av alkohol samt fysisk aktivitet än övriga länet (2). Det finns också stora områdesskillnader i sjuklighet och dödlighet mellan områden i Stockholms län (3), med högre förekomst av vanliga folksjukdomar såsom högt blodtryck, diabetes, KOL, akut hjärtinfarkt samt psykos i utsatta områden. Dessutom insjuknar befolkningen tidigare i hjärtinfarkt och stroke och invånare med diabetes och KOL är yngre än motsvarande grupper i övriga länet.

Andelen med övervikt och fetma är högre i de socioekonomiskt utsatta områdena än i länet som helhet. Detta samvarierar med ohälsosamma matvanor såsom att äta lite frukt och grönsaker samt konsumera läskedryck eller saft regelbundet (4). I områden med hög andel av personer med övervikt eller fetma är det också färre som motionerar eller går eller cyklar till vardags. Övervikt, fysisk inaktivitet, högt blodtryck, rökning och alkohol orsakar en stor del av sjukdomsburden i Stockholms län (5). Enligt Folkhälsorapporten för år 2015 ökar boendesegregation i länet, vilket spås leda till större områdesskillnader i hälsa (5). Forskning visar att ökade resurser till hälso- och sjukvård i socioekonomiskt utsatta områden kan minska ojämlikhet i hälsa mätt som åtgärdbar dödlighet (6).

Med utgångspunkt i att stärka vårdens arbete för att minska ojämlikhet i hälsa har Socialstyrelsen (7) tagit fram ett antal rekommendationer till hälso- och sjukvårdens huvudmän (här i förkortat urval):

- satsa på tidiga insatser och stärka barnperspektivet,
- arbeta med metoder som stöder hälsosamma levnadsvanor och förstärka den förebyggande rollen,
- lägga fokus på utsatta områden och utöka tillgängligheten för utsatta grupper genom att identifiera och ta bort barriärer och utveckla uppsökande verksamhet,
- förstärka samarbete mellan somatisk vård och psykiatrisk vård och satsa på multiprofessionella vårdteam.

Den aktuella interventionen med hälsofrämjande insatser i primärvården i socioekonomiskt utsatta områden är ett exempel på arbete i denna riktning.

Syfte

Syftet med denna rapport är att redovisa resultat av uppföljningen av tilläggsavtalen i termer av vad det inneburit att arbeta hälsofrämjande och befolkningsinriktat jämfört med om man inte skulle haft den möjligheten, avseende förändrade arbetssätt på vårdcentralerna samt möjligheter att nå dem som är svåra att nå, ur vårdpersonalens och befolkningens perspektiv.

Metodologiska utgångspunkter

Satsningen genomförs med finansiering och stöd från HSF, men det är vårdcentralerna själva som beslutar om vilka interventioner de vill bedriva utifrån avtalets ramar och lokala behov. Uppföljningen har både ett aktörsperspektiv (aktörer är här exempelvis vårdcentralerna, samverkanspartners, brukare/deltagare med flera), och ett områdesperspektiv. Denna rapport omfattar det arbete som bedrivits inom ramen för tilläggsavtalen från och med år 2013 till oktober 2015.

Uppföljningen omfattar att följa, dokumentera och studera arbetsprocessen samt hälsoutvecklingen i interventionsområdena. Både kvalitativa och kvantitativa metoder har använts. Sammanställningar av bakgrundsdata för de kvantitativa analyserna baserades på data från Områdesdatabasen (ODB) vid SLL:s förvaltning Tillväxt miljö och regionplanering (TMR), samt data från Folkhälsoenkäten (FHE) i Stockholms läns landsting (SLL) åren 2010 och 2014. Sammanställningarna gav en översiktlig bild av befolkningssammansättningen och hälsotillståndet i interventionsområdena, samt hur detta förändras över tid. Till varje interventionsområde tilldelades ett jämförelseområde för att kunna följa utvecklingen av hälsotillståndet över tid, samt undersöka möjligheterna att arbeta hälsofrämjande.

Dessutom analyseras effekter på det interna arbetet på vårdcentralerna, erfarenheter av hälsofrämjande arbete i jämförelseområdena samt upplevelser hos befolkningen. Det kvalitativa materialet bygger på olika källor:

- intervjuer med vårdcentralernas verksamhetsföreträdare (18 intervjuer),
- intervjuer med brukare/deltagare i hälsofrämjande insatser (37 intervjuer),
- enkäter till vårdcentralerna i interventionsområdena och vårdcentralerna i sex jämförelseområden,
- deltagande observationer av hälsofrämjande insatser (9 tillfällen),
- dokumentation från vårdcentralerna.

Data från intervjuer analyserades enligt principer för tematisk innehållsanalys. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Efter att materialet lästs igenom upprepade gånger skapades en rad teman. Intervjuerna analyserades stycke för stycke och kodades enligt dessa teman. Den tematiska kodningen baserades på a priori teman, som exempelvis "samverkan" samt sådana som framkom vid genomläsning av materialet, exempelvis "psykosociala barriärer". Varje tema analyserades för alternativa tolkningar. Tolkningarna av data diskuterades och omvärderades vid behov av utvärderarna. I föreliggande rapport presenteras fynden uppdelat i utförda aktiviteter samt effekter av det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet. Effekter på personalens arbete samt strategier i det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet belyses liksom möjligheterna att arbeta hälsofrämjande i jämförelseområdena.



Val av vårdcentraler

De vårdcentraler som tillfrågades att delta i interventionen verkar i de mest socialt och ekonomiskt utsatta områdena i Stockholms län (baserat på socioekonomiskt index). Jämförelseområdena valdes ut med hjälp av matchning av socioekonomiska variabler från ODB-data. De betjäningssområden som föll ut närmast (jämfört med interventionsområdenas vårdcentraler) med avseende på centrala socioekonomiska indikatorer valdes ut som jämförelseområden, ett för varje deltagande vårdcentral. Jämförelseområdena är utvalda i samråd med ansvariga vid HSF. De indikatorer som användes för att matcha utifrån var: andel födda utanför Norden (16-64 år), andel med folk- eller grundskola som högsta utbildning (45-74 år) samt ohälsotal (16-64 år). Dessa variabler kan i teorin länkas till vårdbehov på olika sätt. Gemensamt är dock att de predicerar ett större vårdbehov. Att vara utlandsfödd och ha låg utbildning är även kopplat till ett underutnyttjande av vård.

Hälsodagar/öppet hus har genomförts vid alla vårdcentralerna och varit välbesökta, vilket speglar att de fyller ett behov hos befolkningen.



Mötet med befolkningen blir mer informellt när det sker på annat håll än i vårdcentralens lokaler och man inte har samma fasta patient-vårdpersonalperspektiv.

Resultat

I resultatavsnittet beskrivs kort utvecklingen av hälsa, sjukdom och sociala bestämningsfaktorer över tid. Därefter presenteras de olika aktiviteterna vid vårdcentralerna samt effekter av det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet. Effekter på personalens arbete samt strategier i det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet belyses. Slutligen diskuteras möjligheterna att arbeta hälsofrämjande i jämförelseområdena.

Utveckling av hälsa och sjukdom samt sociala bestämningsfaktorer över tid

Sammanställningen av ODB- och FHE-data visar att många av de skillnader mellan Stockholms län och interventionsområdena som kunde konstateras vid interventionens början även kan ses tre år senare, vid uppföljningstidens slut. För en del faktorer som rör hälsa och sjukdom, levnadsvanor och frågor som rör hälsans sociala bestämningsfaktorer kan förbättringar ses i interventionsområdena, men prevalensen av riskfaktorer för ohälsa är i många fall högre än i länet, som till exempel när det gäller daglig rökning. För fetma kan till och med en motsatt trend ses, det vill säga andelen med fetma har minskat i länet men ökat i interventionsområdena. Ohälsotalet varierar inom och mellan interventionsområdena men har generellt sjunkit något. Ohälsotalet är dock fortsatt högre än i Stockholms län och särskilt högt i Rinkeby. Granskningen av jämförelseområdena visar att ohälsotalet är relativt stabilt mellan åren. Sammantaget visar denna bild av hälsoläget vid interventionens början och slut att interventionen är lika motiverad idag som den var vid starten.

Utförda aktiviteter

Nedan beskrivs de utförda aktiviteterna med fokus på mål, målgrupp, innehåll och effekter. I avsnittet om aktiviteter har kategorier skapats utifrån insatsens målsättning och vårdpersonalens roller (kursiva). Aktiviteterna beskrivs även separata och då lyfts effekterna av respektive aktivitet för befolkningen respektive personalen. Vidare beskrivs befolkningens erfarenheter.

Mål och målgrupper

Målet med arbetet är att rikta hälsofrämjande insatser till utsatta grupper i befolkningen, specifikt till dem som vanligtvis inte söker vård. Målet är också att öka medvetenheten om levnadsvanors betydelse för hälsa bland utsatta grupper i befolkningen för att motivera till förbättrade levnadsvanor. Målgruppen utgörs således i de flesta fall av befolkningen, men det förekommer även personalinriktade aktiviteter som bidragit till ökad kompetens och gemensamt lärande och därigenom underlättat genomförandet.

Aktiviteter

I Tabell 1 här intill redovisas vilka typer av aktiviteter som genomförts i relation till målen och vårdpersonalens roller. Aktiviteterna har kategoriserats enligt följande: *Motivationshöjning* avser att man vill motivera till förändrade levnadsvanor. *Förebyggande/uppmärksammande* innebär att påbörja ett samtal om hälsa samt att uppmärksamma de som är i riskzonen för ohälsa om situationen och vad de kan göra för att undvika framtida besvär. Ett par aktiviteter syftar konkret till att öka den fysiska aktiviteten. Kategorin *hälsoinformation* relaterar till att medvetandegöra om risk- och friskfaktorer, både i enskilda samtal och vid föreläsningar. *Ökad tillgänglighet* handlar om att nå ut till befolkningen och att ta bort barriärer i termer av exempelvis kostnader. Kategorierna är inte ömsesidigt uteslutande utan har skapats i syfte att illustrera vårdcentralernas ambition med genomförandet av respektive aktivitet. Vid varje hälsofrämjande aktivitet anges vilka som bedrivit denna. Många av de aktiviteter som genomförs har bäring på hälsolitteracitet. Det är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet, och definieras som ”förmågan att förvärva, förstå och använda information för att bibehålla och främja hälsa” (8). Det innebär konkret att öka befolkningens kunskaper om kropp, hälsa och livsstil, hur man navigerar i vården samt hur personalen förmedlar dessa frågor på bästa sätt (9).

Hälsodagar/öppet hus

Hälsodagar/öppet hus har genomförts vid alla vårdcentralerna och varit välbesökta, vilket speglar att de fyller ett behov i befolkningen. Hälsodagarnas fokus har varit erbjudande av kontroller av blodtryck, lungfunktion, blodsocker samt hälsoinformation. Vårdcentralerna har även beräknat BMI och midjemått samt informerat befolkningen om normal vikt/övervikt/fetma och bukfetma. Hälsodagarna ökar tillgängligheten till vården, genom att aktiviteten har genomförts på utvalda platser i lokalsamhället där mycket folk är i rörelse har man kunnat nå grupper som annars inte besöker vårdcentralen. Mötet med befolkningen blir mer informellt när det sker på annat håll än i vårdcentralens lokaler och man inte har samma fasta patient-vårdpersonalperspektiv. Detta ökar även förtroendet för vården, som många gånger är lågt i socialt och ekonomiskt utsatta områden. Hälsodagarna/öppet hus har i många fall bidragit till snabbare upptäckt och omhändertagande av personer med förhöjda värden. Information om när det är dags för hälsodagar sprids till stor del muntligt bland invånarna i området. För personalen handlar mötet med befolkningen många gånger om att informera om hur hälso- och sjukvården är organiserad och vart man kan vända sig om man har besvär. I områdena där vårdcentralerna verkar är denna kunskap ofta begränsad.

Tabell 1. **Typer av aktiviteter som genomförts vid vårdcentralerna i relation till målen och vårdpersonalens roller.**

Typ av hälsofrämjande aktivitet.	Motivationshöjning.	Förebyggande/ Uppmärksammande.	Ökad fysisk aktivitet.	Hälsoinformation.	Ökad tillgänglighet.
Hälsodagar/öppet hus med hälsoinformation och provtagning. (Wasa, Vårby, Rinkeby, Tensta, Jordbro, Husby Akalla).	✱	✱		✱	✱
Uppmärksamhetsvecka: alkohol, diabetes, astma/KOL, Inspirationsvecka med simhallen. (Wasa, Vårby, Tensta).	✱	✱		✱	✱
Hälsosamtal/hälsoinformation/samtals- träff om hälsa. (Vårby, Tensta, Rinkeby, Jordbro, Wasa).	✱	✱		✱	✱
Promenadgrupp/Gå-grupp. (Wasa, Vårby, Tensta, Rinkeby, Husby Akalla).	✱	✱	✱	✱	✱
Rörelsegrupp med hälsoinformation. (Wasa).	✱	✱	✱	✱	✱
Utbildning/kompetenshöjning för personal. (Husby Akalla, Rinkeby, Vårby, Wasa, Tensta).	✱			✱	



En av de hälsofrämjande aktiviteter som bedrivits vid de flesta av vårdcentralerna är promenadgrupper eller stavgång.



Uppmärksamhetsveckor

Uppmärksamhetsveckorna har olika fokus (till exempel astma/KOL, diabetes och alkohol) och utförs i samband med vårdens uppmärksamhetsveckor för dessa besvär. Veckorna genomförs i några fall i samverkan med olika aktörer såsom HjärtLung-föreningen. Vid uppmärksamhetsveckan för diabetes har samverkan med S:t Eriks ögonsjukhus bidragit till att diabetespatienter fått en ögonbottenfotografering i vårdcentralens lokaler. I många fall handlar det om patienter som annars inte på egen hand skulle ta ett sådant initiativ på grund av kostnader eller långa resvägar.

Hälsosamtal/Hälsoinformation/Samtalsträff om hälsa

Kommunikation är en viktig del av vårdcentralernas hälsofrämjande arbete och man genomför till exempel samtalsträffar i grupp om levnadsvanor och hälsa, och individuella hälsosamtal. Vid gruppträffarna fokuseras teman som berör livsstil och hälsa, såsom sömn, stress, mat och beroende av olika slag. Dessa teman återkommer också i de individuella hälsosamtalen som har karaktären av motiverande samtal. Olika typer av hälsoinformation har hållits som föreläsningar, ibland på vårdcentralerna och ibland hos samverkansorganisationer eller till exempel i en kvinnomoské. Den sockerutställning man satt upp i ett av vårdcentralernas väntrum kan ses som ett exempel på hälsoinformation och syftar till att upplysa om vilken mängd socker vanliga livsmedel kan innehålla.

Promenadgrupp/stavgång

En av de hälsofrämjande aktiviteter som bedrivits vid de flesta av vårdcentralerna är promenadgrupper eller stavgång. Upplägget med samtal om hälsa och livsstil under promenaden har varit liknande hos de olika vårdcentralerna. Hos flera av vårdcentralerna lyfter man fram att promenadgrupperna, utöver att bidra till ökad fysisk aktivitet, också medverkar till att bryta social isolering.

Rörelsegrupp med hälsoinformation

Rörelsegrupp med hälsoinformation (gymnastik) genomförs av Wasa vårdcentral i två olika kyrkors lokaler, med församlingsmedlemmar som deltagare (varav en kvinnogrupp). Aktiviteten kan ses som ytterligare ett exempel på hur hälsofrämjande insatser kan genomföras i samverkan med andra aktörer än SLL.

Utbildning och kompetenshöjning för personalen

Flera vårdcentraler har satsat på utbildning och kompetenshöjning för personalen, exempelvis tillsammans med Transkulturellt Centrum eller genom att delta i konferenser om livsstil och hälsa. Genom att fokusera på hälsa ökar engagemanget och den hälsofrämjande roll man gärna vill ha stärks. Erfarenhetsutbyte och stöd har också getts vid de halvårsvisa möten som hållits vid HSF, där teman valts av de deltagande vårdcentralerna. Ämnen som tagits upp är exempelvis interkulturell kommunikation samt utveckling av metodstöd.

Erfarenheter bland deltagare

Intervjuer med deltagare/brukare visar att vårdcentralernas utåtriktade insatser fyller en viktig funktion. Man uppges få nya insikter och kunskaper och stöd att bryta gamla mönster. Betydelsen av att det är kostnadsfritt framhålls och man påtalar att flera annars inte skulle gå på till exempel blodtryckskontroller eftersom de inte har råd. Aktiviteterna ökar tillgänglighet; man behöver inte försöka komma fram på telefon och boka tid eller stå i kö på vårdcentralen. Vidare minskar den sociala isoleringen som upplevs av en del deltagare när man deltar i aktiviteter såsom promenadgrupp. Det skapar trygghet och en känsla av sammanhang.



Rörelsegrupp med hälsoinformation.

Effekter av det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet

Interventionen har haft positiva effekter både för personal och för befolkning (se Figur 1 för de primära aspekterna). I följande avsnitt beskrivs effekter på personalens arbete samt de strategier som använts för att arbeta hälsofrämjande och befolkningsinriktat i utsatta områden. En rad framgångsfaktorer kan urskiljas, se Figur 2. Möjligheter för jämförelseområdena att arbeta hälsofrämjande tas upp avslutningsvis.

Befolkning

- ✓ Ökad tillgänglighet.
- ✓ Snabbare upptäckt av ohälsa.
- ✓ Ökad förståelse om samband mellan levnadsvanor och hälsa.
- ✓ Ökad kunskap om egen hälsa.
- ✓ Ökad fysisk aktivitet.
- ✓ Minskad social isolering.
- ✓ Kunskap om vårdens struktur.
- ✓ Ökat förtroende för vården.

Personal

- ✓ Stärkt hälsofrämjande roll.
- ✓ Arbeta strategiskt hälsofrämjande.
- ✓ Utveckla hälsofrämjande och utåtriktade arbetssätt.
- ✓ Förstärkt lärandeperspektiv.
- ✓ Ökad arbetsglädje hos personalen.
- ✓ Utökad samverkan med lokala aktörer.
- ✓ Utökad samverkan med andra vårdcentraler.

Figur 1. **Observerade effekter av interventionen ur befolkningsperspektiv och personalperspektiv.**

Effekter på personalens arbete

Vårdcentralernas hälsofrämjande arbete innebär att öka befolkningens kunskaper om hälsa. Personalen ser stora mervärden i att kunna fokusera på hälsofrämjande frågor och möjligheten att skifta roller och fokus från det vardagliga sjukdomscentrerade, vårdande arbetet. Eftersom aktiviteterna har olika karaktär varierar förväntningarna på personalens roller. Ibland är de kunskapsförmedlare, som under föreläsningarna om astma/KOL. Ibland är de motivationshövare, som under individuella hälsosamtal. Ibland arbetar de med att förebygga och uppmärksamma som under hälsodagar/öppet hus och ibland deltar de mer på samma villkor som övriga deltagare, till exempel i promenadgrupper.

Att ge råd om hälsa och vad som påverkar hälsan på en nivå som är anpassad för mottagaren är en viktig uppgift i det hälsofrämjande arbetet. För att arbeta med dessa frågor i en mångkulturell kontext behöver även personalen i vården öka sina kunskaper, uppföljningsresultaten visar också att man fokuserar mycket på detta. Genom aktiviteterna har det skapats en dialog i personalgruppen kring frågor om hälsofrämjande och om hälsolitteracitet som gjort att man känner både ett behov och ett intresse av att öka sin kompetens. Detta har medfört att man deltagit i konferenser och annan kompetensutveckling som bidragit till att utveckla arbetet. Tilläggsavtalet har gett vårdcentralerna ökade möjligheter att arbeta strategiskt hälsofrämjande samt utveckla nya arbetssätt, vilket i sin tur har inneburit faktiska möjligheter att arbeta fokuserat för att nå grupper som man annars inte når, för att diskutera levnadsvanor och livsstilsförändringar. Vid de utåtriktade aktiviteterna upptäcks och uppmärksammas personer som är i riskzonen så att ohälsa kan förebyggas.

Tilläggsavtalen har gett vårdcentralerna möjlighet att själva utifrån lokal behovsanalys och i dialog med HSF välja lämpliga insatser. Att ha ett "bottom-up"-perspektiv och låta vårdcentralerna styra aktiviteterna har gett arbetsglädje och bidragit till yrkesstolthet bland personalen, i synnerhet för dem som är distriktssköterskor. Friheten i att själva välja hur man vill arbeta hälsofrämjande och befolkningsinriktat ökar möjligheterna att agera när behoven i området förändras. På så sätt har man nu funderingar kring hur man kan möta behoven hos den stora skaran flyktingar och asylsökande, exempelvis genom hälsoinformation hos Röda Korset.

Att arbeta hälsofrämjande har inneburit att få fokusera på hälsa både i det interna arbetet och i mötet med befolkningen. Tilläggsavtalen möjliggör för vårdcentralerna att ha en dialog om hälsa med befolkningen. I samtalen som uppstår i samband med aktiviteterna försvinner hierarkin mellan vårdpersonal och individ. Personalen upplever också att det är ett ökat fokus på hälsa i varje möte med patienter även i det löpande arbetet.

Strategier för att arbeta hälsofrämjande utåtriktat i utsatta områden

För att nå ut till målgrupperna och rekrytera deltagare till aktiviteter har vårdcentralerna utvecklat egna områdesanpassade metoder. Det betyder till exempel att hälsofrämjande aktiviteter så mycket som möjligt har förlagts till tider och till platser i närområdet där man vet att genomslagskraften är stor och med samverkansaktörer som är kända i området och som har en välbesökt verksamhet.

Aktiviteterna bidrar till att motverka strukturella barriärer, det vill säga hindrande faktorer i form av till exempel patientavgifter, dålig ekonomi eller vårdens bristande tillgänglighet. Att de hälsofrämjande aktiviteterna är kostnadsfria är nödvändigt för genomförandet i de aktuella områdena eftersom många trots behov annars inte skulle uppsöka vården. Att lämna vårdcentralens lokaler och genomföra aktiviteter på annat håll i närområdet är också ett sätt att öka tillgänglighet.

Långsiktighet i engagemang och närvaro är framgångsfaktorer för arbetet (se Figur 2). Då många i befolkningen har andra svårigheter och känner oro för sin livssituation tar det hälsofrämjande arbetet längre tid och man behöver bemöta personer i den livssituation de befinner sig. I samtal om livsstilfrågor kan tillit och förtroende skapas och man kan göra en bedömning av hur redo en individ är för förändring. Samtalet kan på detta sätt starta processer hos individer som på sikt kan leda till ändrat hälsobeteende. Sammantaget visar analysen på ett behov av ett långsiktigt engagemang. I intervjuerna med vårdpersonal framkommer också att just långsiktigheten i genomförandet har medfört att deras aktiviteter nu är etablerade i närområdet. Att skapa förtroende hos befolkningen tar tid.

Vårdcentralernas hälsofrämjande arbete har också fokuserat på att motverka psykosociala barriärer för att söka vård och ta hand om sin hälsa. Förtroendet för myndigheter, inklusive hälso- och sjukvården, är många gånger lågt bland befolkningen. Insatserna bidrar till att öka förtroendet för hälso- och sjukvården genom att stärka individers egenmakt, kontroll och kunskap kring sin hälsa. Inslag av detta finns i samtliga av aktiviteterna (se Tabell 1), som genomförs med ett stort mått av ödmjukhet i förhållande till deltagarna. Förhållningssättet är inlyssnande och inbjudande och personalen beaktar de medverkandes inflytande.

- ✓ Bottom-up perspektivet.
- ✓ Långsiktighet.
- ✓ Stöd från HSF.
- ✓ Anpassat efter befolkningens behov.
- ✓ Kostnadsfria aktiviteter.
- ✓ Utåtriktade arbeten, verka där befolkningen är.
- ✓ Lyhördhet i möten.

Figur 2. **Framgångsfaktorer i interventionen.**

Möjligheter att arbeta hälsofrämjande i jämförelseområdena

Vårdcentralerna i jämförelseområdena fick en enkät med syfte att belysa hur man ser på hälsofrämjande arbete och möjligheterna att arbeta hälsofrämjande. Samtliga sex jämförelseområdens vårdcentraler besvarade enkäten. Till skillnad från interventionsområdena är det hälsofrämjande arbetet mycket begränsat vid jämförelseområdenas vårdcentraler. Tre av dessa vårdcentraler uppger att de inte under de tre senaste åren har arbetat med några särskilda hälsofrämjande befolkningsinriktade utåtriktade insatser.

Vid de övriga tre vårdcentralerna uppges att det förekommer hälsofrämjande arbete, men att det i de fall det förekommer i regel är kortvariga satsningar. Skälen till att inte arbeta med denna typ av insatser uppges vara tidsbrist, resursbrist, personalbrist och organisatoriska problem, samt brist på kunskap om vad som ger effekt. Kontrasten mot de vårdcentraler som har tilläggsavtal är påtaglig vad gäller utåtriktade befolkningsinriktade hälsofrämjande insatser.



Kommunikation är en viktig del av vårdcentralernas hälsofrämjande arbete och man genomför till exempel samtalsträffar i grupp om levnadsvanor och hälsa, och individuella hälsosamtal.

Diskussion

Det övergripande målet med denna intervention är att rikta hälsofrämjande insatser till socialt och ekonomiskt utsatta grupper i befolkningen, som annars inte uppsöker hälso- och sjukvården trots behov. En ambition är också att öka medvetenheten om sambanden mellan levnadsvanor (till exempel stillasittande, övervikt) och hälsa i dessa grupper. Resurstillskottet motsvarar en distriktsskötersketjänst per vårdcentral. Primärvården har idag inget uppdrag att arbeta befolkningsinriktat, detta är ett försök att hitta former för det.

Det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbete som bedrivits inom ramen för tilläggsavtalen har medfört att personalen fått möjligheter att arbeta strategiskt hälsofrämjande, samt getts möjligheter att utveckla hälsofrämjande och utåtriktade arbetssätt, i nära samverkan med lokala aktörer. Resultatet av detta är bland annat en starkt hälsofrämjande roll, ett förstärkt lärandeperspektiv och ökad arbetsglädje. För befolkningen har interventionen medfört ökad tillgänglighet till vården såväl vad gäller tillgång till vård och kunskaper om hur man navigerar i vården, som förtroende. Dessa frågor är angelägna för dem som är svåra för vården att nå. Aktiviteterna som bedrivits uppfattas ha medfört snabbare upptäckt av ohälsa i målgrupperna, ökad kunskap om egen hälsa samt ökad förståelse för sambanden mellan levnadsvanor och hälsa. De olika aktiviteterna har också bidragit till ökad fysisk aktivitet samt minskad social isolering.

De aktiviteter som vårdcentralerna valt att fokusera på är nära länkade till hälsoläget i de områden där vårdcentralerna verkar.

Möjligheterna att nå dem som är svåra att nå

Arbetet vid vårdcentralerna handlar till stor del om att hitta nya arbetssätt att nå dem man inte brukar nå. På engelska använder man ibland begreppet ”hard to reach” om grupper som vården inte kommer i kontakt med i den utsträckning som vore önskvärd. Med begreppet avses individer eller grupper av individer som anses ha behov, men inte använder sig av de avsedda tjänsterna eller interventionerna (10). I det här sammanhanget handlar det om grupper som är svåra att nå med hälsofrämjande arbete.

På vårdcentralerna har man god kunskap om evidens för behandlingar av dem som upptäcks vara i riskzonen eller har förhöjda värden. Däremot är kunskapen om hur man ska nå dem som är svåra att nå mindre väl underbyggd, ett problem som gäller hela vården. Det är svårt att veta varför folk inte söker vård och dessutom svårt att angripa strukturella orsaker till detta (11). Med det angreppssätt som utvecklats av vårdcentralerna inom ramen för tilläggsavtalen har man dock visat att man kan nå och påverka hälsa och levnadsvanor i dessa grupper. Framgångsfaktorerna för det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet handlar till stor del om att ”sänka trösklarna” för att söka vård och på olika sätt öka tillgäng-

ligheten till vården. Detta gör man exempelvis genom att synas och finnas där befolkningen rör sig, att aktiviteterna är kostnadsfria, samt genom att öka förtroendet för vården. I och med det intresse som interventionen rönt i 1177 Vårdguiden och lokaltidningar som Mitt-i har information ytterligare spridits i lokalsamhället.

Såsom avtalet föreskriver har vårdcentralerna i stor utsträckning satsat på uppsökande verksamhet. Forskning visar att screening vid platser där befolkningen rör sig såsom vid affärscentrum kan vara framgångsrikt (12). Att rikta sig till någon aktivitet där målgruppen är med, samt att skapa sociala nätverk genom en aktivitet, där information kan spridas till dem man vill nå har också visat sig framgångsrikt (13). Båda dessa strategier har använts av vårdcentralerna. Uppföljningen visar att vårdcentralerna har arbetat med olika aktiviteter och testat sig fram, ofta inspirerade av varandras arbete. Beroende på hur insatserna utformas har man möjlighet att nå olika grupper i befolkningen.

Interventionen har ökat vårdcentralernas kontaktmöjligheter med dem som inte uppsöker vården trots behov. Vårdcentralerna kan därmed förmedla en insikt och förståelse för livsstilsfrågor i befolkningen under mera informella former, samt kunskap om vårdens struktur. Vidare framhålls att aktiviteterna ökar befolkningens hälsomedvetande och ger dem större möjligheter att själva reflektera och ta ställning till vad de vill ha hjälp med, liksom att det finns resurser som fångar upp dem. I intervjuer med befolkningen framkommer det att vårdcentralernas utåtriktade insatser fyller en viktig funktion.

Förändrade arbetssätt

Tilläggsavtalen ger frihet åt vårdcentralerna att med utgångspunkt i sina lokala behov utforma sina hälsofrämjande insatser utifrån sin behovsanalys. Att ha valfrihet i utformandet av mål och aktiviteter har varit betydelsefullt för den inspiration och det engagemang som rapporteras från vårdcentralerna.

Hälsofrämjande satsningar i primärvården stärks av samarbete med lokala aktörer där vårdcentralerna befinner sig. Tidigare forskning visar att samverkan har stor betydelse (14, 15) och till och med på negativa effekter i de fall hälsofrämjande aktiviteter inte utförs i samverkan med externa aktörer (16). Ett av de krav som ställs i avtalet är att man ska upprätta samverkan med aktörer i lokalsamhället, vilket samtliga vårdcentraler också har gjort. Detta har ökat kontaktytorna gentemot befolkningen. Man har även samverkat med andra instanser i vården; exempelvis i syfte att öka sina egna kunskaper som i fallet med samverkan med Transkulturellt centrum, eller för att erbjuda befolkningen vård lokalt, som i samverkan med S:t Eriks ögonsjukhus. Vidare sker samverkan mellan de deltagande vårdcentralerna i syfte att utbyta erfarenheter och stödja varandra.

Arbets sättet medför möjligheter att kunna arbeta strategiskt hälsofrämjande och att utveckla nya arbetssätt och metoder. Förändringar har ägt rum vid vårdcentralerna vad gäller attityder till och kunskaper om hälsofrämjande arbete, detta lärandeperspektiv (17) är en positiv effekt av interventionen. Det fokus på hälsa som interventionen innebär har ökat arbetsglädjen hos personalen och i många fall lett till ökat fokus på hälsa i verksamheten i stort. Interventionen kan i förlängningen bidra till ökad jämlikhet i hälsa och även öka intresset för nyrekrytering av personal och att arbeta vid dessa vårdcentraler.

Vad har det inneburit att få arbeta hälsofrämjande jämfört med om man inte skulle gjort det?

De mycket begränsade insatser som skett vid vårdcentraler i jämförelseområdena visar att det är svårt att genomföra den sortens hälsofrämjande befolkningsinriktade arbete som bedrivits inom ramen för interventionen utan dessa tilläggsavtal. De huvudsakliga förklaringarna till att man inte arbetade hälsofrämjande i den utsträckning man skulle önska var brist på tid, resurser, personal och organisatoriska problem samt brist på kunskap om vad som ger effekt. Liknande frågor lyfts fram i en artikel om studier kring villkor och möjligheter för läkare att arbeta hälsofrämjande (16). Möjligheterna för vårdcentralerna i jämförelseområdena att arbeta hälsofrämjande är således mycket begränsade.

Den intervjuade personalen vid vårdcentralerna i interventionen menar att de extra resurser man får är helt avgörande för det hälsofrämjande arbete som bedrivs. Långsiktighet är en förutsättning för att det hälsofrämjande arbetet ska vara framgångsrikt, och det möjliggörs av tilläggsavtalen. Med tiden har arbetssättet utvecklats och anpassats efter uppkomna behov och benämns nu KIM (Kontakta, Informera, Motivera). Exempelvis fanns en efterfrågan bland de deltagande vårdcentralerna på informationsmaterial om interventionen och om metodstöd. Detta har nu tagits fram av HSF i dialog med vårdcentralerna. Det nya arbetssättet innebär också ett ökat erfarenhetsutbyte och lärande mellan de deltagande vårdcentralerna, vilket också stöds av HSF.

Metodologiska aspekter

Interventioner som syftar till att förbättra hälsan i befolkningen är komplexa till sin natur och detta innebär utmaningar inte minst för möjligheterna att följa upp och utvärdera interventionen (18). Den här satsningen är en komplex intervention; det är många aktörer och utfall och ibland lång hypoteskedja mellan aktivitet och hälsoutfall.

Möjligheterna att under denna uppföljningstid se effekter på hälsan i befolkningen är begränsade, dels beroende på att insatsen är begränsad, och dels för att det kan ta lång tid

innan vi ser effekter på hälsobeteende vilket i sin tur tar tid innan det kan ge effekter på hälsan. Insatser av denna art kräver också lång implementeringstid för att etableras ordentligt. Fokus har därför lagts på att följa upp och beskriva processerna som i sin tur kan ge hälsoförbättringar.

Sammanställningen av ODB- och FHE-data visar att många av de skillnader i sociala bestämningsfaktorer och i hälsa mellan Stockholms län och interventionsområdena som kunde konstateras vid uppföljningens början även kan ses tre år senare, vid uppföljningens slut. Mot bakgrund av detta kan konstateras att interventionen utifrån hälsoläget är lika motiverad idag som vid uppföljningens start.

Slutsats

Det är tydligt att interventionen har en viktig funktion och att det är ett framgångsrikt arbetssätt för att arbeta hälsofrämjande. Vårdcentralerna når grupper i befolkningen som man vanligtvis har svårt att nå och påverkar hälsa och levnadsvanor i dessa grupper. Den ökande boendesegregationen i länet spås leda till större områdesskillnader i hälsa. Det är därför angeläget att vårdcentralerna får fortsätta och utveckla det påbörjade arbetet som ett led i att minska ojämlikhet i hälsa.



Referenser

1. Bakshi A-S. Hälsofrämjande primärvård. En uppföljning av hälsofrämjande insatser vid sex vårdcentraler, Hälso- och sjukvårdens förvaltning; 2011.
2. Burström B, Burström K, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län - öppna jämförelser 2014. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2015.
3. Tao W, Bruce D, Burström B. Områdesskillnader i sjukdomsförekomst. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2015.
4. Rasmussen F, Bjermo H, Kark M, Tynelius P. Geografiska variationer i övervikt och fetma i relation till matvanor och fysisk aktivitet i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2014.
5. Backhans MC, Stjernschantz Forsberg J, Lager A., editor. Folkhälsorapport 2015: Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2015.
6. Barr B, Bambra C, Whitehead M. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001-11: longitudinal ecological study. *BMJ*. 2014;348.
7. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
8. Mårtenson L, Hensing G. Förmågan att förstå, förvärva och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet. Sahlgrenska akademien; 2009.
9. Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. *Läkartidningen* 2011;108(51-52):2718-20.
10. Mackenzie M, Reid M, Turner F, Wang Y, Clark J, Sridharan S, Platt S, O'Donnell C. Reaching the Hard-to-reach: conceptual puzzled and challenges for policy and practice. *J Soc Policy*. 2013(41):511-32.
11. Mackenzie M, Turner F, Platt S, Reid M, Wang Y, Clark J, Sridharan S, O'Donnell C. What is the 'problem' that outreach work seeks to address and how may it be tackled? Seeking theory in a primary health prevention programme. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(350).
12. Comino E, Davies, G, Krastev Y, Haas M, Christl B, Furler J, Raymont A, Harris M. A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care. *BMC Health Serv Res*. 2012(12):415.
13. Västra Götalandsregionens projekt för bättre hälsa hos utsatta grupper, slutrapport Folkhälsokommittén; 2002.
14. Varda D, Shoup J.A, Miller S. A Systematic Review of Collaboration and Network Research in the Public Affairs Literature. Implications for Public Health Practice and Research. *American journal of Public Health*. 2010;102(3):564-71.
15. Graham R, Sibbald, SL, Patel, P. Public health partnerships: Does the evidence justify the enthusiasm? *Healthcare Management Forum*. 2015;28(2):79-81.
16. Kardakis T, Weinehall L, Jerden L, Nyström M, Johansson, H. Lifestyle interventions in primary health care: professional and organisational challenges. *European Journal of Public Health*. 2013;24(1):79-84.
17. Hellstrand M. Samtal om implementeringsforskning. *Främja hälsa*. 2011(2):8.
18. Craig P, Dieppe, P, Macintyre, S, Michie, S, Nazareth, I, Petticrew, M. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. London: Medical Research Council; 2008.



Stockholms läns landsting
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon: 08-123 132 00, www.sll.se



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING