

# Jämlik hälsa kräver nya arbetssätt i vården

Sara Fritzell, Carin Bokedal, Anja Schultz, Bo Burström

Sara Fritzell, medicine doktor, utredare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. E-post: sara.fritzell@sll.se. Carin Bokedal, magister i medicinsk vetenskap med huvudämnet folkhälsovetenskap, projektledare Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. E-post: carin.bokedal@sll.se. Anja Schultz, beteendevetare, utredare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. E-post: anja.schultz@sll.se. Bo Burström, professor och överläkare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. E-post: bo.burstrom@sll.se.

Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa är ojämnt fördelade i Stockholms län, vilket synliggörs i hälsan bland befolkningen i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden. Primärvården har en viktig roll i att tidigt upptäcka och ge behandling till människor som har en sjukdom eller risktillstånd, samt att nå personer som trots behov av vård inte söker vård. Här beskrivs erfarenheter från hälsofrämjande befolkningsinriktat arbete i primärvården vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt utsatta områden i Stockholms län, 2013-2015. Framgångsfaktorerna handlar till stor del om att sänka trösklarna för att söka vård och att öka tillgängligheten till vården. Här fokuseras vad arbetet inneburit ur vårdpersonalens perspektiv.

Living conditions, health behavior and health are unequally distributed in Stockholm County. Primary care has an important role in detecting and providing treatment to individuals who have a disease or are at risk of disease, and reaching individuals who do not seek care in spite of need. Here, the experiences from health promoting population-oriented work in primary care from six primary health care centers in disadvantaged areas in Stockholm County 2013-2015, are described. Lowering the thresholds for seeking care and increasing the accessibility of care are key factors for success. In this article, the focus is on what this way of working has meant from the perspective of the health care staff.

Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa är ojämnt fördelade i Stockholms län, till nackdel inte minst för befolkningen i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden (1). Primärvården har en viktig roll i att bidra till att förbättra hälsan – genom att stärka hälsofrämjande insatser och tidigt upptäcka och ge adekvat behandling till människor som har en sjukdom eller risktillstånd. Det är viktigt att också nå personer som trots behov av vård inte söker vård.

Som ett led i att stärka primärvårdens hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser i socialt och ekonomiskt utsatta områden upprättade Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) tilläggsavtal i Stockholms läns landsting (SLL) med sex vårdcentraler (Wasa i Södertälje, Vårby, Tensta, Husby Akalla, Jordbro och Rinkeby). Tilläggsavtalen innebär ett resurstillskott motsvarande en distriktskötersketjänst per vårdcentral.

Arbets sättet har med stöd från HSF utvecklats och benämns numera KIM (*Kontakta, Informera, Motivera*). *Kontakta* handlar om att söka upp människor utanför vårdcentralens väggar. Det är centralt eftersom det finns många som inte på eget initiativ söker informa-

tion om hälsa eller, trots stora behov, inte söker vård. Dessutom är de med de största behoven ofta också de som är svårast att nå. *Informera* handlar om att förmedla information så att den blir tillgänglig och kan förstås av målgruppen. Arbets sättet handlar vidare om att *motivera*. I slutändan är syftet att fler ska känna egenmakt kring den egna hälsan och kunna förändra sitt beteende. Vårdcentralerna genomför bland annat samtals- och promenadgrupper, hälsodagar och individuella samtal. Vid dessa aktiviteter diskuteras problem och erfarenheter samtidigt som vårdcentralen förmedlar nya kunskaper om livsstilens betydelse för hälsan.

Den centrala målgruppen för insatserna är personer som har hälso- och sjukvårdspåverkande problem som ofta kompliceras av samtidiga sociala och ekonomiska problem, vilket medför att samverkan med andra instanser inom och utanför sjukvården, bl.a. försäkringskassa, arbetsförmedling och socialtjänst är nödvändig. Ett brett befolkningsinriktat arbete och uppsökande verksamhet är några av delarna i arbets sättet.

Här redovisas erfarenheter från hälsofrämjande befolkningsinriktat arbete i



KIM (Kontakta, Informera, Motivera).

primärvården vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt utsatta områden i Stockholms län, åren 2013-2015. Fokus ligger på vad det inneburit att arbeta hälsofrämjande och befolkningsinriktat, avseende förändrade arbetssätt på vårdcentralerna samt möjligheter att nå dem som är svåra att nå, ur vårdpersonalens perspektiv (se rapport (2) för en fullständig redovisning).

### Utvärderingsmetod

Fokus i processutvärderingen var att följa arbetsprocessen och belysa hinder och framgångsfaktorer i det hälsofrämjande befolkningsinriktade arbetet. För detta användes olika källor. Intervjuer med; vårdcentralernas verksamhetsföreträdare (18 intervjuer), brukare/deltagare i hälsofrämjande insatser (37 intervjuer), deltagande observationer av hälsofrämjande insatser (9 tillfällen), dokumentation från vårdcentralerna, samt enkäter till vårdcentralerna i interventionsområdena och jämförelseområden. Data från intervjuer analyserades enligt principer för tematisk innehållsanalys (3).

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.

### Strategier för att arbeta hälsofrämjande utåtriktat

De vårdcentraler som tillfrågades att delta i interventionen verkar i de mest socialt och ekonomiskt utsatta områdena i Stockholms län (baserat på socioekonomiskt index). Även om samtliga vårdcentraler befinner sig i socialt och ekonomiskt utsatta områden skiljer sig behoven av hälsofrämjande arbete något åt mellan områdena. Befolkningens sammansättning ser olika ut och dessutom skiljer sig de organisatoriska förutsättningarna inom vårdcentralerna och vilka andra aktörer som arbetar i varje enskilt område. Vårdcentralernas val av hälsofrämjande insatser styrdes inledningsvis av den kartläggning av befolkningens behov, som de själva med stöd från HSF genomförde vid satsningens början. Kartläggningen genomfördes genom möten med andra nyckelaktörer (kommunanställda, föreningar, skolsköterskan, familjecentralen, SFI med flera) med kännedom om det egna området. Man läste även rapporter med befolkningsstatistik över hälsoläget i området och bjöd in befolkningen till öppna möten för att få ökad kännedom om behoven.

### Anpassade metoder

För att nå ut till målgrupperna och rekrytera deltagare till aktiviteter har vårdcentralerna utvecklat områdesanpassade metoder, hälsofrämjande aktiviteter har i stor utsträckning förlagts till tider och till platser i närområdet

där man vet att genomslagskraften är stor och med samverkansaktörer 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. Vid en vårdcentral har man Diabetesvecka, med öppet hus på vårdcentralen för provtagning, rådgivning och ögonbottenfotografering i samarbete med S:t Eriks ögonsjukhus. De intervjuade berättar att tillgängligheten man skapar genom detta är avgörande för många i befolkningen:

IP1: *"... hälften av våra diabetiker skulle inte åka dit.*

IP2: *Nej, det tror jag också. Man åker nästan inte norr om Skärholmen.*

IP1: *Nej, norr om Skärholmen...*

IP2: *Kungens kurva kanske.*

IP1: *Sedan är det stopp. Och det, alltså det är mycket vi känner att övriga samhället inte har en aning om hur det ser ut här. Och det är klart att det är samma sak i Wasa i Södertälje, det är klart att det är samma sak i Jordbro, och det är samma sak... Alltså vi har, men på något vis, vi är som små öar och vi känner sambörighet med varandra, och förstår hur vi har det men övriga samhället har inte en aning."*

Att de hälsofrämjande aktiviteterna är kostnadsfria är nödvändigt för genomförandet i de aktuella områdena eftersom många trots behov annars inte skulle uppsöka vården (1). Att lämna vårdcentralens lokaler och genomföra aktiviteter på annat håll i närområdet är också ett sätt att öka tillgänglighet (4).

Långsiktighet i engagemang och närvaro är framgångsfaktorer för arbetet. 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 livsstilsfrågor 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 uppföljningen på ett behov av ett långsiktigt engagemang.

### Ökat förtroende

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 individens 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.

### Genomförda aktiviteter

I Tabell 1 nedan redovisas vilka typer av aktiviteter som genomförts i relation till målen och vårdpersonalens roller. Kategorierna i tabellen är inte

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)	x	x		x	x
Uppmärksamhetsvecka: alkohol, diabetes, astma/KOL, Inspirationsvecka med simhallen (Wasa, Vårby, Tensta)	x	x		x	x
Hälsosamtal/hälsoinformation/samtalsträff om hälsa (Vårby, Tensta, Rinkeby, Jordbro, Wasa)	x	x		x	x
Promenadgrupp/Gånggrupp (Wasa, Vårby, Tensta, Rinkeby, Husby Akalla)	x	x	x	x	x
Rörelsegrupp med hälsoinformation (Wasa)	x	x	x	x	x
Utbildning/kompetenshöjning för personal (Husby Akalla, Rinkeby, Vårby, Wasa, Tensta)	x			x	x

ömsesidigt utslutande 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" (5). 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 (6). Aktiviteterna ökar möjligheterna till bättre kommunikation och förtroende för vården.

#### 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. Hälsoda-

garna 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.

#### 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 Hjärt-/lungföreningen. I många fall handlar det om att nå patienter som annars inte på egen hand skulle söka hjälp 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 en kvinnomoské.

#### 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. 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.

### Effekter på personalens arbete

För personalen har deltagandet inneburit mervärden, se Figur 1. Nedan beskrivs ett urval av dessa närmare.

#### Förstärkt lärandeperspektiv

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. Satsningen har bidragit till att man söker upp forskning, och diskuterar hälsofrämjande frågor mer i personalgruppen, både vad som kan fungera och hur man ska gå till väga för att kommunicera dessa kunskaper till befolkningen. Detta har också

medfört att man deltagit i konferenser och annan kompetensutveckling som bidragit till att utveckla arbetet. Det har även gett inspiration och en känsla av att det man gör har betydelse.

#### Valfrihet kring insatser

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. En av de intervjuade beskriver hur berikande det varit att själva, i samråd med ämnesexperter, välja insatser:

*”En jätteviktig sak i det tänker jag att här har man ju vänt på allt, man har börjat med att fråga professionen. Hur skulle ni vilja göra med det här? Och då tänker jag genast så här att vi har vårt grunduppdrag, det som liksom vår bibel här då, tänk att få liksom ha en tuss av vår ekonomi där vi faktiskt fick välja själva: Hur ska vi få Vårbys befolkning att röka mindre?”*

Friheten i att själva välja hur man vill arbeta hälsofrämjande och befolkningsinriktat ökar också 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.

#### Växla mellan roller

Personalen ser stora mervärden i att

kunna fokusera på hälsofrämjandefrågor och möjligheten att skifta roller. I samtalen som uppstår i samband med aktiviteterna försvinner hierarkin mellan vårdpersonal och individ, vilket gör det lättare att ha en dialog. Eftersom aktiviteterna har olika karaktär varierar 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.

#### Fokusera på hälsa och arbeta strategiskt hälsofrämjande

Att arbeta hälsofrämjande har inneburit att få fokusera på hälsa både i det interna arbetet och i mötet med befolkningen. Den intervjuade vid en vårdcentral säger:

*”Det är ett glatt inslag att få göra det här när man tar bort fokus ifrån sjukdomen, och liksom få prata om friskfaktorer.”*

Personalen upplever också att det är ett ökat fokus på hälsa i varje möte med patienter även i det löpande arbe-

tet. Den hälsofrämjande befolkningsinriktade ansatsen beskrivs genomgående som positiv. Hos vårdcentralerna framhåller man hur mycket det betyder för det interna arbetet att få arbeta hälsofrämjande och befolkningsinriktat. De intervjuade ser mervärden för hela personalen; det innebär ett lyft för den hälsofrämjande roll man gärna vill ha, och innebär en inspiration att få fundera kring hur man kan arbeta och samverka med andra aktörer i samhället för att förbättra hälsan i det område man verkar i. Deltagandet beskrivs bland annat såhär:

*”Det är en jätteviktig ventil för att kunna jobba hälsofrämjande. Det är ju så. Här vet vi att den här tiden är avsatt för det här, patienten behöver inte betala för det, vi behöver inte stressa och jaga efter pinnar utan det här är den tiden som är för det här och det är jättebra. Då finns det en möjlighet att leta information och ta hand om patienterna och tänka framåt, alltså strategiskt tänka framåt. Annars så går det inte, det är ju så tigt överallt idag så att det är, det finns liksom inte några marginaler. Men i den här så får man en liten respit.”*

Genom att delta i interventionen har man getts möjlighet att arbeta strategiskt med hälsofrämjande insatser på

- ✓ Stärkt hälsofrämjande roll
- ✓ Arbeta strategiskt hälsofrämjande
- ✓ Utveckla hälsofrämjande och utåtrikade arbetssätt
- ✓ Förstärkt lärandeperspektiv
- ✓ Ökat engagemang och inspiration
- ✓ Utökad samverkan med lokala aktörer
- ✓ Utökad samverkan med andra vårdcentraler

Figur 1. Observerade effekter av interventionen ur personalperspektiv.



ett sätt man sätter stort värde på. Det nya arbetssättet har inneburit möjligheter att arbeta fokuserat för att nå grupper som man annars inte når, för att diskutera levnadsvanor och livsstilsförändringar. Vid de utåtriktade aktiviteterna upptäckts och uppmärksammas personer som är i riskzonen så att ohälsa kan förebyggas och man kan samtidigt öka förtroendet för vården. I Figur 1 nedan sammanfattas interventionens observerade effekter ur personalperspektiv.

### **Erfarenheter och framgångsfaktorer**

De aktiviteter som vårdcentralerna valt att fokusera på är kopplade till behoven och hälsoläget i områdena där de verkar (7-9). Att ha valfrihet i utformandet av mål och aktiviteter och tillgång till samråd och metodstöd från HSF har varit betydelsefullt för den inspiration och det engagemang som rapporteras från vårdcentralerna, se Figur 2.

Arbetssättet medför möjligheter att kunna arbeta strategiskt hälsofrämjande och att utveckla nya arbetssätt och metoder och har i många fall lett till ökat fokus på hälsa i verksamheten i stort. Vårdcentralerna når grupper i befolkningen som man vanligtvis har

svårt att nå och påverkar hälsa och levnadsvanor i dessa grupper (se (10, 11) för diskussion kring dessa frågor). Förändringar har ägt rum vid vårdcentralerna vad gäller attityder till och kunskaper om hälsofrämjande arbete, detta lärandeperspektiv (12) är en positiv effekt av interventionen.

Hälsofrämjande satsningar i primärvården stärks av samarbete med lokala aktörer där vårdcentralerna befinner sig (13, 14). Samtliga vårdcentraler har upprättat samverkan med aktörer i lokalsamhället. 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.

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.

- ✓ Bottom-up perspektiv
- ✓ Långsiktighet
- ✓ Stöd från HSF
- ✓ Anpassat efter befolkningens behov
- ✓ Konstnadsfria aktiviteter
- ✓ Utåtriktat arbete, finnas där befolkningen är
- ✓ Lyhördhet i möten

Figur 2. Framgångsfaktorer i interventionen.

Det nya arbetssättet innebär också ett ökat erfarenhetsutbyte och lärande mellan de deltagande vårdcentralerna.

Det är tydligt att interventionen har en viktig funktion och att det är ett framgångsrikt arbetssätt för att arbeta hälsofrämjande. Det fokus på hälsa som interventionen innebär har ökat arbetsglädjen hos personalen och lett till att den ordinarie verksamheten

har utvecklats. Nya samarbeten har utvecklats och ökat kontaktytorna mot befolkningen. Interventionen kan i förlängningen bidra till ökad jämlikhet i hälsa och även öka intresset för nyrekrytering av personal och att arbeta vid dessa vårdcentraler. Fokus framöver kommer ligga på att förstärka möjligheterna till uppföljning av insatser.

## Referenser

1. Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A. (red). Folkhälsorapport 2015: Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2015.
2. Fritzell S, Schultz A, Burström B, Bokedal C. Erfarenheter från hälsofrämjande befolkningsinriktat arbete i primärvården vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt utsatta områden i Stockholms län, 2013–2015. Stockholm: Hälso- och sjukvårdens förvaltning, 2016.
3. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 01;3(2):77-101.
4. Comino E, Davies G, Krastev Y, Haas M, Christl B, Furler J, Raymont A, Harris MA. 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(2):415.
5. Mårtensson L, Hensing, G. Förmågan att förstå, förvärva och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet. Sahlgrenska akademien 2009.
6. Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet. *Läkartidningen* 2011;108(51-52):2718-20.
7. Burström B, Burström K, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län- öppna jämförelser 2014. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholm 2015.
8. Tao W, Bruce D, Burström B. Områdesskillnader i sjukdomsförekomst. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2015.
9. Rasmussen F, Bjeremo 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.
10. Mackenzie M, Reid M, Turner F, Wang Y, Clark J, Sridharan S, Platt S, O'Donnell C. Reaching the Hard-to-reach: conceptual puzzle 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. Hellstrand M. Samtal om implementeringsforskning. *Främja hälsa*. 2011(2):8.
13. Varda D, Shoup JA, 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.
14. Graham R, Sibbald SL, Patel P. Public health partnerships: Does the evidence justify the enthusiasm? *Healthcare Management Forum*. 2015;28(2):79-81.