

Befolkningsuppdraget, exemplet hälsoundersökningar – först misstrott, nu evidensbaserat

Margareta Norberg, Jesper Ekberg,
Lars Weinehall, Hans Lingfors

Margareta Norberg, distriktsläkare, docent, Epidemiologi och global hälsa,
Umeå universitet. E-post: margareta.norberg@umu.se.

Jesper Ekberg, folkhälsochef, Folkhälsa och sjukvård,

Region Jönköpings län. E-post: jesper.ekberg@rjl.se.

Lars Weinehall, professor, Epidemiologi och global hälsa,

Umeå universitet. E-post: lars.weinehall@umu.se.

Hans Lingfors, distriktsläkare, med dr, Primärvårdens FoU-enhet, Futurum,

Region Jönköpings län. E-post: hans.lingfors@rjl.se.

Västerbottens Hälsoundersökningar och Hälsosamtal i Skaraborg och Jönköpings län representerar konceptet riktade hälsosamtal för prevention av hjärt-kärlsjukdomar. Utvärderingar visar en positiv effekt med lägre mortalitet, både på befolkningsnivå (deltagare och icke-deltagare sammantaget) och i ännu högre grad bland deltagarna, i jämförelse med motsvarande grupper nationellt. Utmaningar återstår, både vad gäller andelen deltagande invånare och hur motiven för arbetet kan stärkas utifrån primärvårdens perspektiv. Det centrala i konceptet, som skiljer det från andra mer generella hälsokontroller, är att det:

- drivs integrerat i primärvården
- är befolkningsbaserat
- kombinerar hälsofrämjande insatser med sjukdomsförebyggande lågrisk- och högriskstrategi
- fokuserar på hälsosamtalen utifrån individens preferenser och möjligheter, levnadsvanor och levnadsförhållanden samt kardiovaskulära riskfaktorer
- använder personcentrerad samtalsmetodik och visuella pedagogiska hjälpmedel
- utvecklas i takt med ny medicinsk evidens för hjärt-kärlprevention
- anpassas till lokala förutsättningar
- kvalitetssäkras genom ett strukturerat kompetens- och metodstöd.

Västerbotten Intervention Programme and health dialogues in the Counties of Skaraborg and Jönköping represent a concept of targeted health dialogues for prevention of cardiovascular diseases. Evaluations show lower mortality both on a population level (participants and non-participants together) and to an even higher degree among participants compared to the national level. There are differences between general health checks and the model for targeted Health dialogues which is characterized by:

- Integration in primary care
- Population based
- Combines health promotion with lowrisk- and highrisk strategy for disease prevention
- Focus on the health dialogue taking the individuals preferences, life situation and cardiovascular risk factors into consideration
- Person centred dialogue methods and visual pedagogic tools
- Updated continuously according to new medical evidence for cardiovascular prevention
- Adaptation to local conditions
- Systematic structure for competence and method support.

Vi vet att hälso- och sjukvården har stora utmaningar att vänta, dels genom demografiska förändringar med en allt äldre befolkning, dels genom ökande sjuklighet inom kroniska sjukdomar. Enligt den befolkningsprognos som SCB publicerade i maj 2015 kommer antalet personer äldre än 85 år att öka med mer än 90 procent till 2035. Det betyder också att den demografiska försörjningskvoten förändras i negativ riktning. År 2035 kommer 100 personer i arbetsför ålder att försörja 85 personer i icke arbetsför ålder. Motsvarande siffra är idag 74 personer. Det förebyggande arbetet kommer därför att bli än mer centralt. 80 procent av kostnaderna i hälso- och sjukvården gäller kroniska sjukdomar och merparten av dessa går att förebygga¹. Former för spridning av effektiva sjukdomsförebyggande insatser är därför nödvändiga. Det har därtill visats att cirka 40 procent av dem som får en hjärtinfarkt före 70 års ålder dör innan de kommer till sjukhus (Rosvall M et al 2004). Detta belyser vikten av ökade primärpreventiva insatser, det vill säga innan man blivit sjuk.

Hälso- och sjukvården är en viktig aktör som möter en stor del av befolkningen. Vilken roll kan hälso- och sjukvården ha i arbetet för befolkningens hälsa? Den strukturerade uppsökande verksamhet i landet som avser alla gravida (mödravårdcentral; MVC) och alla barn (barnavårdscentral; BVC) har funnits mycket länge. Den anses vara en central orsak till den låga dödligheten i Sverige vid förlösningar och till svenska barns goda hälsa. Den form av systematiskt, be-

folkningsinriktat förebyggande arbete som sker för barnen, sker fortfarande i mycket begränsad utsträckning i den vuxna befolkningen.

I detta avsnitt ges exempel på hur hälso- och sjukvården genom en modell för hälsoundersökningar och hälsosamtal kan arbeta i ett befolkningsperspektiv, för att förebygga insjuknande i våra stora folksjukdomar. Exempelen beskriver även hur detta kan bidra till det folkhälsoarbete som bedrivs av andra samhällsaktörer, som föreningsliv och näringsliv, men också att detta behöver utvecklas. Primärvården har en särskild roll genom sin möjlighet att anpassa arbetssätten till de lokala behoven i befolkningen.

Exemplet Västerbottens Hälsoundersökningar och SALUT-satsningen

Västerbottens Hälsoundersökningar (VHU), blev svaret från landstingets sida när rapporten ”Hälsoproblem i ett landsting” presenterades². Rapporten var resultatet av ett samarbete mellan Socialmedicinska Institutionen, Umeå Universitet, Västerbottens läns landsting och Sjukvårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut (SPRI). En nedbrytning av nationella data om sjukdomsförekomst till regional och lokal nivå, visade att i början av 1980-talet var andelen personer som i Västerbotten avled i hjärt-kärlsjukdom före 75 års ålder högst i landet. Det framkom även stora olikheter inom länet och situationen var särskilt alarmerande i de små inlandskommunerna där den lilla kommunen Norsjö med drygt 5 000 invånare låg sämst

till. Det fanns en stark medvetenhet i befolkningen om att alltför många rycktes bort i förtid och invånarna uttryckte en förväntan på att landstinget skulle göra något åt situationen.

Landstingsfullmäktige beslutade därför 1984 att sätta ett tioårigt projekt med målet att minska sjuklighet och död i hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Man byggde vidare på erfarenheter från tidigare projekt i bland annat USA och Finland, där preventionsinsatserna hade riktats mot enskilda riskfaktorer eller grupper och varit centralt administrerade, storskaliga och företrädesvis genomförda inom ramen för forskningsorganisationer utan medverkan av sjukvården.

Huvudparten av alla hjärtinfarkter och strokefall inträffar i den majoritet av befolkningen som bara har lätt eller måttligt ökad risk för insjuknande, medan de med mycket hög risk utgör en betydligt mindre grupp som, trots sin höga, individuella risk, är grund för ett betydligt mindre antal fall³. På grund av denna ”preventiva paradox” antogs i Västerbotten redan från början en modell som kombinerade en befolkningsstrategi och en högriskstrategi under mottot ”Det är bättre att många gör små förändringar, än att några få gör stora förändringar”.

Norsjö fick stå modell

Programmet började i liten skala i kommunen Norsjö. Lokalbefolkningen och kommunala förvaltningar, näringsliv, föreningar och kulturliv engagerades genom en rad aktiviteter. Initialt fanns ett visst folkligt ifrågasättande av tanken att levnads-

vanorna hade ett direkt samband med hjärtinfarkter. Men offentliga möten och diskussioner, lokala aktiviteter i media, studiecirkel och kulturella aktiviteter gjorde att attityden förändrades. Dessutom bidrog den lokala livsmedelshandeln till hälsosammare levnadsvanor genom att i samarbete med Livsmedelsverket genomföra den livsmedelsmärkning som sedan blev Nyckelhålet och som påtagligt underlättade för konsumenterna att välja produkter med mindre fett och mera fibrer. Vårdcentralen tog ansvaret för hälsoundersökningarna. Alla invånare bjöds in till vårdcentralen det år de fyllde 30, 40, 50 eller 60 år. De fick ta prover på blodfetter, blodsocker, mäta längd och vikt och svara på en omfattande enkät om sin hälsa och livskvalitet, levnadsvanor, sociala kontakter och arbetsförhållanden. Detta låg sedan som grund för ett individuellt samtal med en distriktssköterska med syfte att motivera till hälsofrämjande levnadsvanor. Samtidigt slussades individer med hög risk, till exempel högt blodtryck eller diabetesvärden, direkt in i hälsocentralens vanliga omhändertagande.

Hela Västerbotten deltar

Under åren som följde spreds VHU successivt till fler kommuner. Efter en bred utbildningsinsats riktad till all personal i primärvården, och efter omfattande samråd med lokala företrädare i kommunerna, kom alla kommuner med på tåget. En modifierad Norsjömodell var i början av 1990-talet implementerad vid samtliga hälsocentraler i Västerbotten. Program-

met anpassades i viss mån till varje hälsocentrals förutsättningar men en gemensam kärna identifierades och en gemensam manual fastställdes. År 1995 beslutade Västerbottens läns landsting att projektet skulle övergå i ordinarie verksamhet som en del i primärvårdens ordinarie uppdrag. På grund av 90-talskrisen bantades inbjudningar av 30-åringarna bort och modellen omfattade fortsättningsvis länets alla 40-, 50- och 60-åringar.

Andelen deltagare låg initialt på drygt 50 procent och har succesivt ökat. Under 2010-2014 deltog runt 70 procent, men under 2015 märktes en viss nedgång då stora resurser behövdes i samband med den stora flyktingvågen. Efterfrågan från befolkningen och förväntan att få en inbjudan till VHU det år man fyller ”jämnt”, illustrerat genom arga brev och insändare om man inte får en inbjudan, speglar den förankring i befolkningen som kan uppstå när en intervention pågår uthålligt och med högt deltagande. Det bildar även en grund för spridning av det hälsofrämjande budskapet genom diskussioner på arbetsplatser och bland släkt och vänner, där detta stora antal hälsosamtal i en avgränsad befolkning även i sig utgör en samhällsintervention.

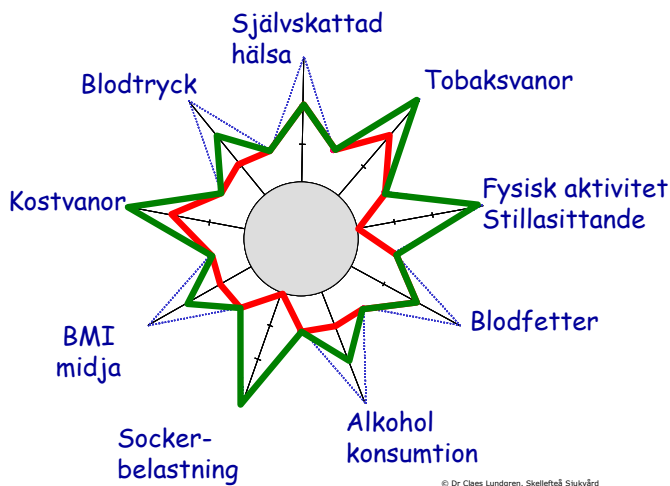
Sedan VHU har implementerats i hela länet har landstingets bidrag till det lokala folkhälsoarbetet varit mer stödjande och indirekt, eftersom svaret för det lokala folkhälsoarbetet ligger hos kommunerna. Landstinget och VHU bidrar exempelvis genom att leverera underlag i form av resultat från hälsoundersökningarna presenterat på kommunnivå för politiker

i landstinget och i kommunerna och genom att medverka i lokala folkhälsoråd. Andra former av stöd har varit att utbilda och delta i diskussioner i kommunernas olika verksamhetsområden, medverka vid offentliga möten med intresseföreningar, vid lokala och regionala konferenser samt att ge inspel till allmänheten via artiklar om folkhälsofrågor i lokala media. Genom ett samarbete med lokala aktörer har landstinget och VHU också sammanställt ”aktivitetskataloger” med information om utbudet av möjligheter för fysisk aktivitet.

Landstingets Samhällsmedicinska enhet, sedermera Folkhälsoenheten, har sedan starten ansvarat för det långsiktiga stödet till hälsocentralerna och för programmets innehåll. Tre hälsoutvecklare ansvarar för var sin del av länet. De har direktkontakt med utförarna, utarbetar skriftligt material och arrangerar årligen ett tvådagars utbildningsinternat för alla som arbetar med VHU. De ansvarar också för grundutbildning av ny personal. En medicinsk koordinator ansvarar för kontinuerlig uppdatering av programmet och åtgärds katalogen i enlighet med medicinsk evidens och gällande riktlinjer om prevention av hjärt-kärlsjukdom. Ett vetenskapligt råd med kompetens inom epidemiologi, folkhälsovetenskap, medicin, allmänmedicin, statistik, kostvetenskap och socialt arbete verkar som rådgivare.

Från rådgivning till motiverande samtal

Det dagliga arbetet har under de gångna 30 åren utvecklats från fokus



Figur 1: Stjärnprofilen.

på biologiska riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom till en helhetssyn med individen och alla dess olika förutsättningar i centrum. Samtalen har gått från övervägande enkelriktad rådgivning till motiverande samtal. För att underlätta detta har hela primärvården först utbildats i motiverande samtalsmetodik och sedan fått möjlighet till återkommande fortbildning. Ett viktigt pedagogiskt verktyg är den så kallade Stjärnprofilen som underlättar förståelsen av hur riskfaktorer och levnadsvanor samverkar (figur 1). På så sätt kan deltagaren stödjas i att hitta sin motivation och sina möjligheter till långsiktiga förebyggande åtgärder^{4,5}.

Minskade hälsoklyftor

Förutom ett mycket stort antal vetenskapliga artiklar baserade på VHU-data, har även VHU-interventionens effekter utvärderats. I en jämförelse med data från forskningsprojektet MONICA Norra Sverige visade det sig att riskfaktorerna i Norsjö hade sjunkit

påtagligt efter tio år med VHU-intervention, medan de i stort var oförändrade i Västerbotten/Norrbotten.

Dessutom hade hälsoskillnaderna mellan grupperna med kort respektive lång utbildning minskat i Norsjö, men tenderade att växa i MONICA-området⁶. En hälsoekonomisk utvärdering visade att satsningen var mycket effektiv⁷.

En betydligt mer omfattande utvärdering av VHU, baserad på metoden ”Intention to treat” (det vill säga med beaktande av resultatet för deltagare och icke-deltagare sammanlagt), publicerades 2015. Enligt den utvärderingen, som omfattade perioden 1990-2006, var andelen förtida (före 75 års ålder) dödsfall i målpopulationen cirka tio procent lägre än förväntat i jämförelse med motsvarande befolkning i Sverige⁸. Resultatet var likartat oberoende av utbildningsnivå, men effekten var genomgående bättre bland kvinnor än bland män; cirka tolv procent lägre för kvinnor jäm-

fört med cirka åtta procent för män. Det motsvarar sammanlagt ungefär 590 förtida dödsfall som inte inträffat. Det största antalet förebyggda dödsfall fanns i grupperna med kort och medellång utbildning. Akademiker har således mindre ”nytta” av delta-gande i VHU. En tänkbar förklaring till den större effekten hos dem med lägre utbildning är att VHU och det stora antalet hälsosamtal, förutom minskat nyinsjuknande, också kan ha bidragit till en ökad kunskap och vilja att följa rekommendationer om levnadsvaneförändringar. Det vill säga även effektivare sekundärprevention.

Under årens lopp har kraven på att upphöra med VHU och att sluta ”prata med friska” återkommit, ofta i samband med prioriteringsdiskussioner och ekonomisk snålblåst. I dessa lägen har den politiska ledningens beslut-samhet att behålla det befolkningsba-serade förebyggande arbetet varit tydlig och det har skapat förutsättningar för ett långsiktigt arbete. Det belyser ledningens centrala roll för att prevention ska kunna nå framgång. En annan förklaring till att VHU varit så uthålligt är att forskarsamhället har vidareutvecklat analysen av insamlade data och därmed genererat ny medicinsk kunskap både i preventivt, diagnostiskt och behandlingsmäs-sigt avseende. Dessa medicinska och forskningsmässiga mervärden har bidragit till en successivt ökande acceptans av VHU inom olika medicinska professioner. En hälsoekonomisk utvärdering som visar god kostnads-effektivitet (i manuskript mars 2017) förväntas ge ytterligare ökad legitimitet åt VHU-insatserna.

Det fanns således en förväntan hos allmänheten och en ”jordmån” bland forskare att ta sig an den utmaning som 80-talets epidemiologiska kart-läggning pekade på. Starten i Norsjö var kraftfull, befolkningen och primärvården kunde komma överens om ett arbetssätt som gav individen insikt kring nödvändiga livsstilsförändring-ar och vården hade verktyg att bidra med stöd och vägledning i detta avse-ende. Här fanns tydliga aktörer inom ordinarie verksamhet (primärvård, landstingets folkhälsoenhet), som successivt kunde skala upp Norsjöpi-loten till hela länet samtidigt som ut-förarna fortbildades kring preventiva insatser. Därefter har VHU kontinu-erligt utvecklats för att kunna mot-svara förväntningar hos befolkning, beslutsfattare, forskare och verksam-het och programmet anpassats till ny medicinsk och folkhälsovetenskaplig evidens och till att möta samtidens nya utmaningar.

Salut-satsningen – för barn och ungas hälsa

Folkhälsoarbetet med inriktning på barns och ungdomars hälsa har stärkts sedan 2005 då Salut-satsningen startades i Västerbottens läns landsting (www.vll.se/salut)⁹. Salut-satsningen strävar efter att alla barn och ungdomar upp till 18 år nås av förebyggande och hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, med början hos för-äldrarna redan under graviditeten. Samverkan mellan mödra- och barn-hälsovården, öppna förskolan, försko-lan, grundskolan, gymnasiet, elev- och ungdomshälsan samt Folkvandvården

är grunden i arbetet. Specifika insatser har utvecklats och införts i syfte att förebygga ohälsa, med särskilt fokus på övervikt och karies, och för att främja trygga och goda uppväxtvillkor, goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.

Några exempel på insatser:

- Föräldrastödsprogrammet Vägledande samspel – för blivande och nyblivna föräldrar
- Hälsoformulär – som grund för hälsosamtal vid första barnmorskebesöket
- Enskilt mamma- respektive pappasamtal på BVC – hälsosamtal om känsliga frågor
- 3-årsenkät på BVC – som grund för hälsosamtal om barnets mående och utveckling
- Bodil krokodils verktygslåda – pedagogiska redskap för att främja tandhälsan i förskolan
- Elevhälsoenkäter – som grund för hälsosamtal i skolan

Salut-satsningen är en universell intervention där hälso- och sjukvårdens aktörer tillsammans med kommuner i Västerbotten utvecklar det evidensbaserade hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och ungdomar.

Exemplet Hälsosamtal i Skaraborgs och Jönköpings län

WHO:s uppmaning från 1984 om ”Hälsa för alla år 2000”, som framför allt tog sikte på att minska förtida insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom, blev startsignalen för ett långsiktigt förebyggande och hälsofrämjande arbete på vårdcentralen i Habo i dåvarande Skaraborgs län.

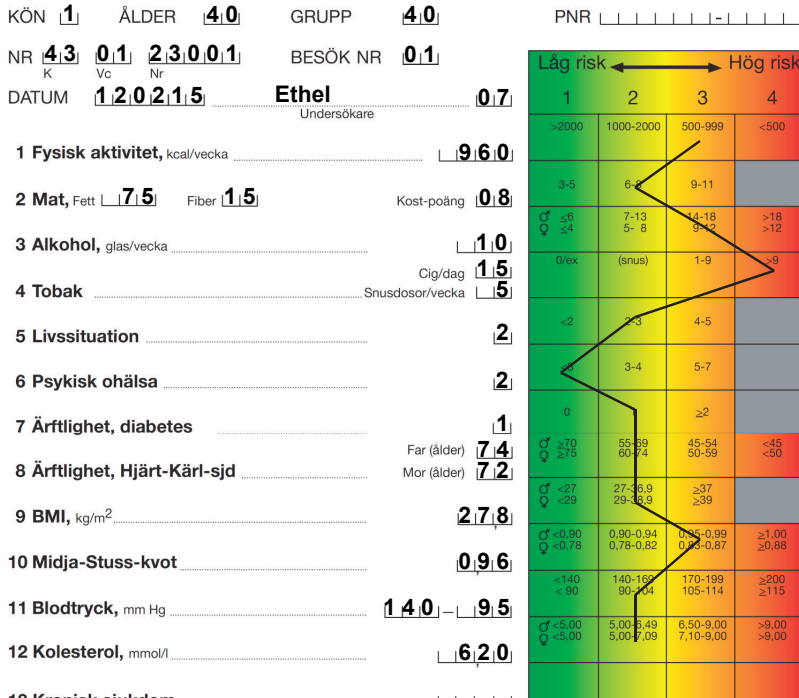
Det började i Habo

Med början 1985, samma år som Norsjöprojektet startade i Västerbotten, bildades ett lokalt hälsoråd på vårdcentralen och alla män i Habo, födda mellan 1943 och 1952, bjöds in till en livsstilsinriktad hälsoundersökning. För att underlätta hälsosamtal, som genomfördes av en sjuksköterska, togs en grafisk, pedagogiskt utformad hälsoprofil fram med tio riskfaktorer (hereditet död, hereditet diabetes, rökning, alkohol, motion, upplevd stress, psykisk ohälsa, viktindex, blodtryck, kolesterol), som graderades i fyra eller fem risknivåer^{10,11}. Intresset att delta var stort och 652 (86 %) av de 757 inbjudna männen hörsammade inbjudan. Kopplat till hälsosamtalen utformades särskilda interventionsprogram för rökavvänjning, avslappning och kostprogram, samt för fysisk aktivitet i samarbete med lokala idrottsföreningar. För att studera hur det hade gått för männen genomfördes en uppföljande undersökning efter i genomsnitt 24 år, då männen var 57-66 år¹². Det genomfördes också en registeruppföljning med individdata från Apoteksregistret, SCB och Socialstyrelsens register¹³. Av de inbjudna männen deltog 83 procent i uppföljningen.

Mindre sjukdom och minskad dödlighet

Uppföljningen visade att den framtagna Hälsoprofilen hade god förmåga att förutsäga framtida risk för sjukdom. För män med sunda levnadsvanor avseende rökning, alkohol och fysisk aktivitet samt låga värden för biologiska riskmarkörer avseende

Hälsokurvan



Figur 2. Hälsokurvan – pedagogiskt verktyg för riktat hälsosamtal

hjärt-kärlsjukdom och cancer (BMI, blodtryck och kolesterol), var risken signifikant minskad, till motsvarande en tredjedel av risken för dem som hade ogynnsamma levnadsvanor och höga värden på dessa riskmarkörer.

Bland de 652 män som deltog i hälsosamtalen 1985-1987 var dödligheten nästan halverad jämfört med män i motsvarande ålder i övriga Sverige vid långtidsuppföljningen efter 24 år (i manuskript mars 2017). Bland dem som inte deltagit i hälsosamtalen var dödligheten tre gånger högre jämfört med deltagarna. Även en analys enligt ”intention to treat”, som omfattade

alla 757 män (både deltagare och icke deltagare) visade en signifikant lägre dödlighet i Habo 24 år efter denna intervention.

Baserat på de goda erfarenheterna från Habo fattade politikerna i Skaraborg 1988 beslut om att införa hälsosamtal både för män och för kvinnor som en del i alla vårdcentralers ordinarie uppdrag. Samtidigt fick vårdcentralen i Habo status som utvecklingsenhet för primärvården i Skaraborg och uppdraget att vidareutveckla Hälsoprofilen, samt svara för utbildning och kompetensstöd för övriga vårdcentraler.

Hälsoprofilen blir Hälsokurva

Hälsoprofilen utvecklades genom att matvanor och midja-stuss-kvot lades till och profilen bytte namn till Hälsokurvan. Det innebar att samtliga nio riskfaktorer (tobak, alkoholvanor, matvanor, fysisk aktivitet, blodtryck, kolesterol, övervikt/fetma, diabetes och psykosociala faktorer), som enligt Interheartstudien förklarar drygt 90 procent av alla hjärtinfarkter, fanns med¹⁴. De fyra eller fem risknivåer, som fanns på Hälsoprofilen, reducerades till tre eller fyra nivåer på Hälsokurvan. Samtidigt förstärktes den pedagogiska effekten med färger från grönt (låg risk), via gult, till rött (hög risk) (figur 2). Speciella formulär för mat och fysisk aktivitet utvecklades och även dessa fick en hälsopedagogisk utformning så att de kunde fungera både som mät- och interventionsverktyg¹⁵. Efter förslag från en arbetsgrupp i länet rekommenderades att bjuda in både män och kvinnor vid 30 och 35 års ålder.

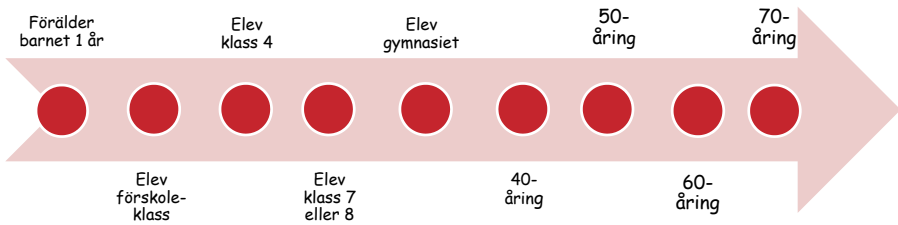
Hälsosamtalen har utvärderats och resultaten har publicerats i flera vetenskapliga artiklar¹⁵⁻²⁰. Bland de 35-åringar som varit på hälsosamtal, hade 75 procent förbättrat sina matvanor, 22 procent slutat röka och andelen med låg eller ingen fysisk aktivitet minskat med 43 procent vid en uppföljning efter i genomsnitt 2,5 år¹⁸. De som hade förbättrat sina levnadsvanor hade också förbättrat sina biologiska riskmarkörer.

I en längre uppföljningsstudie sågs efter fem år en gynnsammare utveckling i fyra interventionskommuner jämfört med fyra referenskommuner

avseende BMI, bukfetma, kolesterol, blodtryck, metabol profil och psykisk hälsa¹⁹. I Habo, där Hälsokurvan använts i en befolkningsstrategi i hälsofrämjande och primärpreventivt syfte i kombination med sekundärpreventivt arbete, minskade den åldersstandardiserade mortaliteten betydligt snabbare jämfört med både hela Sverige och likartade kommuner. Dödligheten i hjärtinfarkt före 75 års ålder minskade med 25 procent i Sverige från mitten av 1980-talet till mitten av 1990-talet. I Habo halverades dödligheten bland män under motsvarande period och den minskade med 86 procent för kvinnor²⁰. Genom en folkomröstning ändrades länsindelningen i Skaraborg så att Habo och Mullsjö kommuner numera tillhör Jönköpings län. I och med ändringen flyttades utvecklingsenheten i Habo till Jönköping. Primärvårdens FoU-enhet, som den nu benämns, är en del av "Futurum – Akademin för hälsa och vård" och ansvarar i samarbete med Sektionen för folkhälsa för metod- och kompetensstöd samt utbildning och fortbildning för den personal som genomför hälsosamtalen. FoU-enheten följer också den vetenskapliga utvecklingen inom området och ansvarar för att uppdatera Hälsokurvan och övrigt material.

Brett politiskt stöd

Hälsosamtalen har ett brett stöd från regionledningen och alla politiska partier i Region Jönköpings län. Sedan 2012 ingår det i alla vårdcentralers uppdrag i Region Jönköpings län att erbjuda alla sina listade invånare riktade hälsosamtal med stöd av Häl-



Figur 3. Nio återkommande hälsosamtal under livscykeln i Jönköpings län.

sokurvan det år de fyller 40, 50 och 60 år samt, från och med 2015, även 70 år. Dessutom ska barnhälsovården erbjuda alla förstagångsföräldrar hälsosamtal när barnet fyllt ett år. I skolan ska alla elever erbjudas hälsosamtal i samband med hälsobesök inom elevhälsan i förskoleklass, årskurs 4 och 7 samt första året i gymnasiet. Även för dessa har en Hälsokurva eller ett liknande målgruppsanpassat grafiskt hjälpmedel tagits fram²¹.

Återkommande hälsosamtal hela livet

Det betyder att invånarna erbjuds hälsosamtal vid nio tillfällen under livscykeln med ett första samtal för familjen inom barnhälsovården och det sista vid 70 års ålder på vårdcentralen (figur 3).

Samtalen är, precis som i Västerbotten, inriktade på att kombinera ett hälsofrämjande befolkningsperspektiv och ett förebyggande högriskperspektiv. De genomförs på ett personcentrerat och strukturerat sätt, där den som genomför samtalet utöver ämneskunskap även har utbildning i motiverande samtal. Det pågår ständigt ett utvecklingsarbete för att förbättra processen. För närvarande pågår ett arbete som syftar till att ta

fram ett digitaliserat webbstöd för hälsosamtal.

Ett svenskt koncept för riktade hälsosamtal

Västerbottens Hälsoundersökningar och Hälsosamtal i Skaraborg och Jönköpings län representerar ett svenskt befolkningsbaserat koncept för riktade hälsosamtal för prevention av hjärt-kärlsjukdomar där arbetssättet har en gemensam kärna. Detta arbetssätt kan sägas utgöra en tredje generation av program för hjärt-kärlprevention som omfattar både en hälsofrämjande och en sjukdomsförebyggande strategi. Det skiljer sig på väsentliga punkter från de program som utvärderats i Cochrane-genomgångar 2012 (generella hälsokontroller) och 2016 (högriskfokuserad screening), varför slutsatserna i Cochranes genomgångar inte är tillämpliga på detta koncept²²⁻²⁴. HFS-nätverket har i en temagrupp samlat erfarenheter från hela landet kring riktade hälsosamtal. Det centrala i denna modell kan sammanfattas i följande punkter:

- Drivs integrerat i primärvården
- Är befolkningsbaserat, det vill säga samtliga i målgruppen erbjuds att delta vid sin hälsocentral
- Integrerar sjukdomsförebyggande

låg- och högriskstrategi utifrån principen proportionell universalism, det vill säga alla ska erbjudas generella insatser, anpassade och utformade så att de motsvarar olika gruppers behov

- Hälsosamtalet är den centrala komponenten i interventionen och utgår från individens preferenser och möjligheter, enkätsvar ifråga om levnadsvanor och levnadsförhållanden samt mätvärden för centrala kardiovaskulära riskfaktorer

- Ett strukturerat arbetssätt med personcentrerad samtalsmetodik tillämpas, samt ett hälsofrämjande förhållningssätt som fokuserar på individens motivation och resurser

- Ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel används vid hälsosamtalet

- Baseras på aktuell medicinsk evidens för hjärt-kärlprevention

- Har utrymme för anpassning till lokala förutsättningar

- Kvalitetssäkras genom ett strukturerat och samordnat kompetens- och metodstöd inom hälso- och sjukvårdsorganisationen

Framtida utmaningar

Utvecklingsarbetet av ett koncept för riktade hälsosamtal och hälsoundersökningar exemplifierar hur hälso- och sjukvården kan ha en roll i det befolkningsriktade arbetet också vad gäller vuxna. I det svenska konceptet bjuds alla i målgruppen in, i analogi med verksamheten inom BVC och MVC, till ett personcentrerat hälsosamtal med fokus på levnadsvanor anpassat efter varje individs behov. Detta skiljer sig från de allmänna hälsokontroller, som har sitt fokus

på provbaserad screening i ett högrisktänkande, som inte tar hänsyn till kunskapen om ”den preventiva paradoxen”. Om tillräckligt många omfattas ökar chansen att man uppnår en kritisk massa, som är tillräckligt stor för att skapa en hälsofrämjande rörelse i lokalsamhället, vilket också kan leda till ”smittoeffekter”, även till dem som inte blivit inbjudna eller valt att inte delta. Hälsosamtalet syftar ju bland annat till att öka efterfrågan på hälsosamma val. Genom att vända sig till alla i målgruppen blir också efterfrågan större och sätter press på andra aktörer i lokalsamhället att möta upp med ett bättre utbud av hälsoamma valmöjligheter. Det leder också till att risken för stigmatisering minskar och kan underlätta politiska beslut i en mer hälsosam riktning.

Trots påvisade resultat återstår flera utmaningar. En sådan gäller hur motiven för arbetet kan vässas utifrån primärvårdens perspektiv. En regelbunden dialog med ledning och personal inom primärvården är av stor betydelse för att minska variationen i prioritering och genomförande.

En annan grundläggande fråga gäller deltagande. Vid en genomgång av deltagandet i Jönköpings och Västerbottens län framkommer att det inte är några dramatiska skillnader i deltagande sett till olika grupper i samhället. Yngre personer, främst yngre män, deltar i något lägre utsträckning än kvinnor. Några nämnvärda skillnader beroende på utbildningsnivå eller mellan stads- eller glesbygdsmiljö ses inte. Däremot redovisas något lägre deltagande hos den fjärdedel av befolkningen som har lägst inkomst,

är ensamstående eller utrikesfödda. Detta är en utmaning och åtgärder för att utjämna dessa skillnader bör prioriteras. En annan utmaning är att utveckla hälsosamtalen som metod med målet att nå samma goda effekt hos män som hos kvinnor.

Här behöver alternativa sätt att kommunicera med invånarna utvecklas och alternativa sätt för inbjudan prövas. Detta skulle bland annat kunna ske genom att ta hjälp av hälsokommunikatörer med goda språkkunskaper och större kännedom om kulturella skillnader. Många av de vårdcentraler och samhällen som har ett högt deltagande har en djupare förståelse över hur befolkningsstrukturen ser ut i närområdet och kan rikta kommunikationen utifrån det vardagssammanhang som invånarna befinner sig i. I detta perspektiv är en etablerad samverkan med övriga samhällsfunktioner, föreningsliv och andra mötesplatser centralt för att nå framgång. Det kan bland annat ske genom samverkan i lokala folkhälsoråd. Ett tydligare geografiskt ansvar för primärvården skulle också öka möjligheterna för det samhällsinriktade hälsoarbetet. Inom temagruppen för riktade hälsosamtal inom HFS pågår ett intensivt erfarenhetsutbyte mellan de landsting och regioner, som i dag erbjuder dessa samtal för att vidareutveckla olika angreppssätt och optimera konceptet.

Konklusion

Det befolkningsbaserade systematiska folkhälsoarbete riktat till befolkningen i medelåldern, som exemplifieras

av Västerbottens Hälsoundersökningar och Hälsosamtalen i Jönköping och Skaraborg i primärvårdens regi, har visats fungera väl och ha god effekt och förtjänar därför en vidare spridning.

Referenser

1. Hälsa och sjukvården år 2035. FOU-fonden för fastighetsfrågor. Sveriges kommuner och landsting, 2016.
2. Health problems in Västerbotten - a new agenda for planning? [Hälsoproblem i ett landsting: en ny agenda för hälsoplanering]. Stockholm: Spru; Umeå: VästerbottenCounty council, Umeå Univeristy, 1984.
3. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*. 1985;14(1):32-8.
4. Norberg M, Blomstedt Y, Lonnberg G, Nystrom L, Stenlund H, Wall S, et al. Community participation and sustainability--evidence over 25 years in the Vasterbotten Intervention Programme. *Global health action*. 2012;5:1-9.
5. Norberg M, Wall S, Boman K, Weinehall L. The Vasterbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Global health action*. 2010;3.
6. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap?-10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl*. 2001;56:59-68.
7. Lindholm L. Health economic evaluation of community-based cardiovascular disease prevention: Some theoretical aspects and empirical results. 1996.
8. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, Nystrom L, Lonnberg G, Boman K, et al. Impact of a combined community and primary care pre-

- vention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Vasterbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009651.
9. Kristina Edvardsson. Health promotion in pregnancy and early parenthood The challenge of innovation, implementation and change within the Salut Programme, Thesis Umeå University, 2013. <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:619839/FULLTEXT02.pdf>
 10. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, et al. A study of men aged 33-42 in Habo, Sweden with special reference to cardiovascular risk factors. Design, health profile and characteristics of participants and non-participants. *Scand J Soc Med*. 1994;22:264-72.
 11. Persson LG, Lindström K. Hk 33- 42. Primärprevention vid hälsokontroll av yngre medelålders män i Habo. *AllmänMedicin*. 1988;9:51-4.
 12. Persson LG, Lingfors H, Nilsson M, et al. Lifestyle, Biological Risk Markers, Morbidity and Mortality in a Cohort of Men 33 - 42 Years Old at Baseline, after 24-Year Follow-Up of a Primary Health Care Intervention. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2015;5:92-102.
 13. Persson LG, Lingfors H, Nilsson M, et al. The possibility of lifestyle and biological risk markers to predict morbidity and mortality in a cohort of young men after 26 years follow-up. *BMJ Open*. 2015;5:e006798.
 14. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
 15. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Evaluation of a pedagogic dietary questionnaire aimed for health surveys. *Scand J Nutr*. 1994;38:106-11.
 16. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Evaluation of "Live for Life", a health promotion programme in the County of Skaraborg, Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:277-82.
 17. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, Bengtsson C, Lissner L. Cardiovascular risk during early adult life. Risk markers among participants in "Live for Life" health promotion programme in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Jul;52(7):425-32.
 18. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21:248-52.
 19. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, et al. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only - results from the Live for Life health promotion programme. *Prev Med*. 2009;48:20-4.
 20. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, et al. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care*. 2002;20:28-32.
 21. Golsäter M, Sidenvall B, Lingfors H, Enskär K. Adolescents' and school nurses' perceptions of using a health and lifestyle tool in health dialogues. *Journal of Clinical Nursing*. 2011 Sep;20(17-18):2573-83. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03816.x. Epub 2011 Jul 14.
 22. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2012;345:e7191.
 23. <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/generella-halsokontroller-for-vuxna/fortydligande-om-generella-halsokontroller/>
 24. Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, Drew CM, Sime M, MacIver J, et al. Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;1:CD010411.