



Hälsoundersökningar/ Hälsosamtal

En kartläggning av svenska och
internationella erfarenheter

2014



Gry Hatt
Viveka Hammelin
Birger Forsberg
Pia Bastholm-Rahmner

Utvecklingsavdelningen



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2015-01-30

Förord

Det svenska Nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) är en del av ett globalt nätverk med uppgift är att bidra till erfarenhetsutbyte och lärande för en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Arbetet sker inom patient-, medarbetar-, befolknings- och styr- och ledningsperspektiven. Med detta kunskapsunderlag vill HFS-nätverket bidra till erfarenhetsutbyte och lärande i ett befolkningsperspektiv.

Rapporten har tagits fram av utvecklingsavdelningen inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, med finansiellt stöd från HFS-nätverket.

Arbetet har utförts av MPh Gry Hatt och MPh Viveka Hammelin, under handledning av PhD Pia Bastholm-Rahmner och docent/överläkare Birger Forsberg. Arbetet har genomförts under augusti 2014 - januari 2015, med en omfattande kartläggning av arbetssätt och erfarenheter i Sverige (Gry Hatt) och en omfattande litteraturinventering av internationella och svenska artiklar (Viveka Hammelin). HFS-nätverkets temanätverk för Riktade hälsoundersökningar har fungerat som referensgrupp i arbetet. Resultatet är en rikhaltig rapport som både förmedlar en värdefull översikt av, och anger möjliga ramar för, riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal. Därtill finns en omfattande bilaga med program- och litteraturöversikt.

Genom denna rapport kan nu HFS-nätverket erbjuda sina medlemsorganisationer och övriga intresserade en sammanställning över svenska och internationella erfarenheter av riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal. Förhoppningen är att den dels ska bidra till ökad tydlighet i de begrepp som förekommer inom området, men framförallt bidra till ökade kunskaper om framgångsfaktorer för att nå goda resultat av riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal.

Ett stort tack till de medlemsorganisationer som generöst bidragit med sina kunskaper och erfarenheter i denna kartläggning! Likaså ett stort tack till författarna för ett viktigt arbete.

Nu finns en plattform för vidareutveckling inom aktiva landsting/regioner och för övriga intresserade.

Margareta Kristenson

Professor/Överläkare i Socialmedicin
Linköpings Universitet/Region Östergötland
Nationell koordinatör för det svenska HFS-nätverket

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	5
1. INLEDNING	6
1.1 UPPDRAG OCH SYFTE.....	6
1.2 DEFINITION OCH AVGRÄNSNINGAR.....	6
2. BAKGRUND.....	7
2.1 HÄLSOUNDERSÖKNINGAR OCH HÄLSOSAMTAL.....	7
3. KARTLÄGGNING AV SVENSKA PROGRAM MED RIKTADE HÄLSOUNDERSÖKNINGAR/HÄLSOSAMTAL.....	9
3.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	9
3.2 METOD FÖR DATAINSAMLING.....	9
4. RESULTAT SVENSK KARTLÄGGNING	11
4.1 INITIATIV OCH SYFTE MED HÄLSOUNDERSÖKNINGAR/HÄLSOSAMTAL.....	11
4.2 INFORMATION TILL ALLMÄNHETEN.....	11
4.3 INBJUDAN TILL DELTAGARE	12
4.3.1 Vem erbjuds hälsoundersökning/hälsosamtal?.....	12
4.3.2 Inbjudan	12
4.4 INNEHÅLL I PROGRAMMEN	12
4.4.1 Enkät.....	13
4.4.2 Pedagogiskt visuellt verktyg.....	13
4.4.3 Kliniska undersökningar.....	13
4.5 DOKUMENTATION AV SAMTAL OCH UNDERSÖKNINGAR.....	14
4.6 UPPFÖLJNING AV HÄLSOSAMTAL.....	14
4.7 DELTAGANDE I HÄLSOUNDERSÖKNING/HÄLSOSAMTAL.....	15
4.7.1 Variationer i deltagande mellan vårdcentraler	15
4.8 UTFÖRARE OCH SUPPORT	16
4.8.1 Vem utför hälsoundersökning/hälsosamtal?.....	16
4.8.2 Motiverande förhållningssätt.....	16
4.8.3 Stöd till utförare	16
4.9 REAKTIONER FRÅN VERKSAMHETER PÅ INFÖRANDE AV PROGRAMMEN.....	17
4.10 PRIORITERING AV HÄLSOUNDERSÖKNING/HÄLSOSAMTAL I VERKSAMHETEN	17
4.11 RESULTAT OCH EFFEKTER AV HÄLSOUNDERSÖKNING/HÄLSOSAMTAL	17
4.12 FINANSIERING AV PROGRAMMEN	18
4.13 SAMMANFATTNING AV DE SVENSKA PROGRAMMEN.....	19
5. GENOMGÅNG AV LITTERATUR OM HÄLSOUNDERSÖKNINGAR/HÄLSOSAMTAL	20
5.1 METOD.....	20
6. RESULTAT LITTERATURGENOMGÅNG.....	22
6.1 FINLAND	22
6.2 ENGLAND.....	22
6.3 DANMARK.....	23
6.4 KANADA.....	24
6.5 FRANKRIKE	25
6.6 AUSTRALIEN	25
6.7 BELGIEN.....	26
6.8 SVERIGE.....	26
7. SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....	31
7.1 SVENSK MODELL.....	33
7.2 FÖRTYDLIGANDE AV BEGREPP	34

7.3 VIDARE STUDIER	34
REFERENSER	35
BILAGA 1 INTERVJUGUIDE	40
BILAGA 2 ÖVERSIKT SVENSKA PROGRAM.....	42
BILAGA 3	43
HÄLSOSAMTAL GÄVLEBORG.....	43
BILAGA 4	44
HÄLSOSAMTAL JÖNKÖPING.....	44
BILAGA 5	46
HÄLSOSAMTAL NORRBOTTEN.....	46
BILAGA 6	47
SÖRMLANDS HÄLSOPROGRAM.....	47
BILAGA 7	49
VÄSTERBOTTENS HÄLSOUNDERÖKNINGAR.....	49
BILAGA 8	51
VÄSTERNORRLANDS HÄLSOSAMTAL	51
BILAGA 9	52
HÄLSOLYFTET I ÖSTERGÖTLAND.....	52

Sammanfattning

Det svenska Nätverket för Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS) är en del av ett globalt nätverk som verkar för att utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sedan januari 2014 finns ett temanätverk inom HFS för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling kring hälsoundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt-kärlsjukdomar. För att kunna förbättra och underlätta framtida beslut och diskussioner angående riktade hälsoundersökningar har HFS givit Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting, i uppdrag att sammanställa såväl nationella som internationella kunskaper och erfarenheter i ämnet.

Den internationella litteraturen visar att variationen är stor avseende hur programmen är utformade; främst i utformningen av interventioner, men även huruvida de är integrerade i den ordinarie vården eller genomförda i forskningsmiljö. Valet av målgrupper, uppföljningstider och miljöer skiljer sig också stort. De svenska, landstingsdrivna, programmen skiljer sig mot många program utförda i andra länder, främst genom att de svenska programmen bedrivs med ett sammanhållet och beprövat koncept. Tyngdpunkten ligger på det dialogbaserade hälsosamtalet, med stöd av pedagogiskt visuellt hjälpmedel. Verksamheten är integrerad i ordinarie primärvård. I alla landsting/regioner finns också ett samordnat kompetens- och metodstöd för att kvalitetssäkra arbetet.

Kartläggningen visar att de svenska programmen har följande gemensamma delar:

- Drivs integrerat i primärvården
- Samtliga i målgruppen erbjuds deltagande
- Ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel till stöd för dialogen mellan deltagare och utförare
- Ett individanpassat samtalsstöd till samtliga deltagare
- Ett samordnat kompetens- och metodstöd

Kartläggningen visar på att program med hälsoundersökningar/hälsosamtal är uppskattat av deltagarna och upplevs av utförare som ett värdefullt verktyg. Genom programmen identifieras individer i behov av att lägga om sina levnadsvanor eller i behov av medicinska insatser.

1. Inledning

1.1 Uppdrag och syfte

Det svenska Nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) är en del av ett globalt nätverk som verkar för att utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Organisationen strävar efter att kunskaper från hälso- och sjukvård skall komma hela samhället till nytta, och på så sätt stärka hälsan hos hela befolkningen. I Sverige har nätverket funnits sedan 1996 och har sedan dess jobbat aktivt för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård för alla.(1)

Sedan januari 2014 finns ett temanätverk inom HFS för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling kring riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal. För att kunna förbättra och underlätta framtida beslut och diskussioner angående riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal har temanätverket inom HFS givit Utvecklingsavdelningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting, i uppdrag att sammanställa såväl nationella som internationella kunskaper och erfarenheter i ämnet.

Uppdraget har delats upp i två delstudier:

- 1) En kartläggning av svenska erfarenheter från landstingsdrivna program för riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal som primärt syftar till att förebygga hjärt- kärlsjukdomar.
- 2) En sammanställning av vetenskaplig litteratur om hälsoundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdomar.

1.2 Definition och avgränsningar

Det finns olika typer av hälsoundersökningar och definitionerna skiljer sig åt. En viktig åtskillnad att göra är mellan generella och riktade hälsoundersökningar. I Socialstyrelsens termbank finns det inga definitioner av riktade eller generella hälsoundersökningar.(2) Enligt statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, innebär generella hälsoundersökningar sådana undersökningar där man utför ett antal tester för att upptäcka olika sjukdomar hos en befolkning utan symtom.(8) Däremot är riktade hälsoundersökningar, av SBU exemplifierat med Västerbottens hälsoundersökningar (se fallbeskrivning i bilaga 7), en verksamhet riktad mot ett visst sjukdomstillstånd.

I kartläggningen av svenska erfarenheter har program som riktas mot andra tillstånd än hjärt- kärlsjukdomar exkluderats. Endast program som drivs i landstingsregi och erbjuds i hela landstinget har inkluderats.

I litteraturgenomgången har vetenskapliga artiklar inkluderats som studerar program riktade mot hjärt- kärlsjukdomar, mot samtliga i definierade åldersgrupper och som är utförda av sjukvårdspersonal. Artiklar som studerat hälsoundersökningar riktade mot riskgrupper, specifika arbetsplatser och yrkesgrupper har exkluderats.

2. Bakgrund

De stora folksjukdomarna tar en allt större del av sjukdomsördan. Hjärt-kärlsjukdomar är den grupp sjukdomar som dödar flest personer i Sverige varje år och även står för den största andelen av förtida dödsfall.(3) Riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar är bland annat ohälsosamma levnadsvanor, som otillräcklig fysisk aktivitet och en ohälsosam diet. Enligt WHO är 80 % av riskfaktorerna bundna till livsstilen.(4) Riskfaktorerna som ökar risken för hjärt- kärlsjukdomar ökar även risken för diabetes typ 2.

Det finns ett antal mätbara faktorer som kan visa på en förhöjd risk för insjuknande, som är gemensamma för hjärt- kärlsjukdomar och diabetes. Dessa innefattar högt blodtryck, förhöjt blodsocker, höga blodfetter och fetma. Riskmarkörerna påverkas till en del av en individs arvsanlag, men till en stor del är det livsstilen som avgör värdena. Man kan alltså i hög grad förebygga både hjärt- kärlsjukdomar och diabetes genom att äta rätt, röra på sig tillräckligt, begränsa sitt alkoholintag och undvika tobak.(5)

Riskerna för att utveckla sjukdom är inte jämt fördelat över befolkningen. En individ med låg utbildning löper dubbelt så stor risk att drabbas av hjärtinfarkt som en högutbildad individ. För män är risken att drabbas tre gånger större än för kvinnor. Liknande förhållanden gäller för diabetes, som är dubbelt så vanligt bland lågutbildade som högutbildade.(6)

Det har även påvisats en större risk för insjuknanden i hjärtinfarkter för individer som skattar sin hälsa som mindre bra, jämfört med de som anser sig vara vid god hälsa.(7)

2.1 Hälsoundersökningar och hälsosamtal

Många som lever med ett förhöjt blodtryck eller blodsocker är inte medvetna om sitt tillstånd.(6) Ett sätt att göra människor medvetna om deras hälsa och hälsans samband med levnadsvanor är att bjuda in till hälsoundersökningar/hälsosamtal. Detta görs redan på flera håll i landet, antingen genom satsningar inom landstingen eller lokala erbjudanden på vårdcentraler eller specialistmottagningar. Hälsoundersökningar, ibland kombinerat med hälsosamtal, är också vanligt förekommande inom företagshälsovården.

Runt om i världen har program med hälsoundersökningar genomförts för att bland annat motverka en hög dödlighet i hjärt- kärlsjukdom. Variationen är stor avseende hur programmen är utformade; i hur stor utsträckning programmen är integrerade i den ordinarie vården eller om de är genomförda i forskningsmiljö. Även detaljerna i genomförandet skiljer sig stort mellan programmen; inbjudningsförfarande, åldersspann för deltagare, yrkesgrupp som utför hälsoundersökningen, instrument för att bedöma risk, typ av intervention och antal uppföljningar är bara några av punkterna för vilka programmen varierar.

Åsikterna om huruvida hälsoundersökningar har effekt eller inte går isär. Som beskrivits ovan gör SBU en åtskillnad mellan riktade och generella hälsoundersökningar. Vad gäller mer specifikt riktade hälsoundersökningar betonar SBU att det finns litteratur som till skillnad mot generella, visar på positiv effekt.(8)

Positiva effekter av hälsundersökningar har setts i Sverige och andra länder samtidigt som andra författare har dragit slutsatser att hälsundersökningar är verkningslösa. Detta har föranlett ett intresse för att ytterligare utreda vad som gjorts kring hälsundersökningar i olika delar av världen, hur insatserna genomförts samt vilka faktorer som varit viktiga för framgång.

Nedan presenteras resultatet av de två studier som nu utförts på uppdrag av HFS. Först presenteras de svenska erfarenheterna av programmen med riktade hälsosamtal och sedan följer en översiktlig genomgång av internationella erfarenheter av riktade hälsundersökningar/hälsosamtal såsom de rapporterats i vetenskaplig litteratur.

3. Kartläggning av svenska program med riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal

Idag erbjuder sju av Sveriges 21 landsting sina invånare att delta i hälsoundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdomar och diabetes. De sju landstingen är: Region Jönköpings län, Region Gävleborg, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Landstinget Sörmland och Region Östergötland.

I rapporten används landstingets geografiska beteckning följt av "landsting" för att ange respektive landstings befolkningsområde, såsom exempelvis "Gävleborgs landsting". Detta trots att vissa landsting har ombildats till regioner och bytt namn sedan kartläggningen genomfördes. I rapporten används begreppet vårdcentral för att beteckna primärvårdsenheter, trots att vissa landsting använder begreppet hälsocentral.

3.1 Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att sammanställa och systematisera erfarenheter och kunskaper från landsting som bedriver hälsoundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt-kärlsjukdomar. Vidare studeras följande frågeställningar:

- Vad är syftet med programmet med hälsoundersökningar/hälsosamtal?
- Vilka moment innefattas i hälsoundersökningar/hälsosamtal? Hur varierar innehållet mellan landstingen?
- Hur bjuds deltagarna in till ett samtal? Vilka åldersgrupper bjuds in? Vad görs för att uppnå ett högt deltagande? Vilka informationsstrategier har landstingen för att nå allmänheten?
- Vilka resultat och effekter nås med hälsoundersökningar/hälsosamtal?
- Vilken utbildning har personalen som utför hälsoundersökningar/hälsosamtal?
- Hur finansieras verksamheten?

3.2 Metod för datainsamling

Samtliga landsting som under hösten 2014 utför riktade hälsoundersökningar mot hjärt- kärlsjukdom deltar i denna kartläggning.

I syfte att få information om landstingens hälsoundersökningar/hälsosamtal har intervjuer utförts med tjänstemän i samtliga ingående landsting. Alla intervjuer utfördes av en av författarna (GH) till denna rapport i varje landsting hösten 2014. Utifrån studiens syfte och frågeställningar färdigställdes en intervjuguide (Bilaga 1). Varje intervju tog cirka två timmar, spelades in på ljudband och transkriberades. Vid intervjutillfällena erhöles även skriftligt material om respektive program, det vill säga deltagarinformation, inbjudningsbrev och skriftliga rapporter. Transkriptionerna

tillsammans med övrigt skriftligt material sammanställdes och tematiserades utifrån studiens syfte och frågeställningar.

Resultatet nedan är en sammanställning av kunskaper och erfarenheter från aktuella landsting. I bilaga 2 visas en översiktlig bild av de svenska programmens innehåll. I bilaga 3-9 är varje landstings program beskrivet mer ingående.

4. Resultat svensk kartläggning

4.1 Initiativ och syfte med hälsoundersökningar/hälsosamtal

Program med hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdomar för hela åldersgrupper har bedrivits länge i Sverige. Inom Jönköpings landsting (med början i Habo kommun i dåvarande Skaraborgs landsting) och Västerbottens landsting (med början i Norsjö kommun) har man bjudit in invånare till samtal sedan mitten av 80-talet. Under 80-talet framkom det att dödligheten i hjärt- kärlsjukdomar hade ökat i hela landet och mest i Västerbotten. Detta gjorde att det bland annat i Västerbotten och Jönköping (då Skaraborg) togs ett beslut om en kraftsamling kring problemet, varav hälsosamtalen skulle utgöra en viktig del.(9, 10) Även i Västernorrland genomförde man liknande program under 80- och 90-talen.(11) Gävleborgs landsting har det genomförts program med olika inslag sedan 1993.(12) Programmen har förändrats över tid vad gäller bland annat inbjudna åldersgrupper och innehåll.

I Sörmland startades initiativet upp med hälsosamtal av personal ute i verksamheterna, då de uttalade att det var något de var intresserade av att arbeta med. Då frågan lyftes till politikerna väcktes ett stort intresse bland dem och beslut togs centralt om snar uppstart.(13) I andra landsting har tjänstemän inom landstinget lyft frågan. Det har väckt en politisk vilja att införa hälsosamtalsprogram.(9, 12, 14)

Syftet med att bjuda in landstingets invånare för att undersökas och samtala om deras hälsa är oftast uttalat i intervjuer eller landstingens programmaterial som hälsofrämjande.(9-15) Många landsting har också formulerat att man vill förebygga ohälsa (9-11, 13, 15) och uppnå levnadsvaneförbättringar hos deltagarna eller göra invånarna uppmärksamma på sambandet mellan levnadsvanor och ohälsa.(10-12) I några fall hänger syftet med hälsosamtalen ihop med en landstingsvision om att främja invånarnas hälsa. Som exempel kan nämnas Norrbotten, vars vision är att uppnå Sveriges bäst självskattade hälsa 2020.(14)

4.2 Information till allmänheten

Informationsstrategierna är viktiga för att nå målgrupperna och få ett högt deltagande. I Sörmland har man valt att engagera både landstingets egen kommunikationsenhet och externa aktörer. En strategi har bland annat varit att ta fram en informationsfilm som visas i väntrummet på vårdcentraler runt om i landstinget.(13)

I andra landsting, som exempelvis Västerbotten, där man haft program under lång tid är konceptet med hälsosamtal så inarbetat att invånarna tar för givet att de kommer bli inbjudna då de når rätt ålder för hälsosamtalen. Det gör att man inte har något påtagligt behov att satsa på informationskampanjer.(10) I Västernorrland har programmet inte hunnit vara igång mer än två år, men redan är det många som hör av sig då de tycker de fått vänta länge på en inbjudan. På landstinget tror man att detta kan bero på närheten till Västerbotten, vilket gjort invånarna mer medvetna om vad programmet innebär.(11) I Norrbotten och Östergötland har landstinget informerat om programmet i landstingets egen tidning som skickas ut till alla hushåll.(14, 15) I Norrbotten har även vårdcentraler själva valt att informera i lokala reklamutskick. (14)

En utmaning i genomförandet av programmen är att nå så många invånare som möjligt och alla grupper i samhället. I Sörmland har man valt att göra radioreklam för programmet på flera olika språk. Där planerar man också att rikta information till deltagare i svenskundervisning för invandrare.(13)

4.3 Inbjudan till deltagare

4.3.1 Vem erbjuds hälsoundersökning/hälsosamtal?

I bilaga 2 visas en överblick över vilka åldersgrupper som bjuds in till samtal i de olika landstingen. Det vanligaste är att invånare blir erbjudna ett samtal det år de fyller 40, 50, och 60 år.(9-11, 13) I Östergötland driver man program med hälsosamtal i ett pilotprojekt och har valt att bjuda in sju åldersgrupper; 40-, 45-, 50-, 55-, 60-, 65- och 70-åringar.(15) I Gävleborg har man valt att bjuda in invånarna det år de fyller 40. Man bjöd tidigare även in 35-åringar, men det togs bort ur programmet av ekonomiska skäl och något lågt deltagande i gruppen.(12) I Jönköpings landsting bjuder man in 40-, 50- och 60-åringar och från 2015 även 70-åringar, men har även valt att erbjuda förstagångsföräldrar hälsosamtal runt barnets första födelsedag. Tanken med det är att fånga upp hela familjen och att påverka levnadsvanorna tidigt i livet.(9)

4.3.2 Inbjudan

Att deltagaren bjuds in på ett personligt vis från den egna vårdcentralen har visat sig mest framgångsrikt i alla berörda landsting. Det betonas i flera landsting att deltagarna ska känna till vem det är som bjuder in till hälsosamtal och att det är den egna vårdcentralen med personal som deltagaren känner bäst. Samtliga deltagare får en skriftlig inbjudan från sin vårdcentral när det är dags för samtal.(9-15) Utskick av inbjudan med förbokad tid används på flera håll, antingen på uppmaning av programansvariga på landstinget (13) eller på vårdcentralers eget initiativ.(12, 15) Ett problem med en förbokad tid är att vårdcentralen bokar upp tider som deltagare sedan inte utnyttjar.(12)

I Jönköpings landsting rekommenderas det att deltagarna får en skriftlig inbjudan som följs upp med ett telefonsamtal då man kommer överens om en tid. Detta tillvägagångssätt gör det även möjligt för deltagarna att ställa frågor om programmet.(9) Erfarenheterna har visat att det ökar deltagandet och ger en god möjlighet för deltagaren att förstå syftet och nyttan med programmet.(9)

4.4 Innehåll i programmen

Innehållet i programmen skiljer sig något mellan landstingen, men det finns även många likheter som förenar programmen. I samtliga landsting får deltagaren fylla i en enkät inför hälsosamtalet.(9-15) Gemensamt för alla landsting är även att dialogen med deltagaren lyfts fram, och att samtalet stöds av ett grafiskt hjälpmedel.

I bilaga 2 visas en översiktlig bild över innehållet i alla programmen. Samtliga landsting som bjuder in till hälsosamtal mäter, väger och tar blodtryck på deltagarna. Utöver detta genomgår deltagarna i de flesta landsting någon form av blodprovstagning.

4.4.1 Enkät

Enkäterna deltagarna får fylla i innehåller ett stort antal frågor som är relevanta för och har ett direkt eller indirekt samband med riskfaktorer för hjärtkärl-sjukdom.

Enkätsvaren ligger sedan tillsammans med mätningar och prover till grund för samtalet och det pedagogiska visuella verktyget (Hälsokurvan eller Stjärnprofilen, se nedan).

Frågorna besvaras genom att sätta kryss i olika alternativ eller på en graderad skala. De ämnen som behandlas i enkäterna är bland annat matvanor, motionsvanor, tobaks- och alkoholvanor, sjukdomshistoria, stress, socialt nätverk och livskvalitet.(9-15)

Hur och när deltagaren får fylla i enkäten skiljer sig åt. Det vanliga i de olika landstingen är att deltagaren får besvara enkäterna hemma och ta med sig till samtalet. I några fall skickar man hem enkäterna efter att deltagaren tackat ja till samtalet (9, 13) eller delar ut enkäten i samband med undersökning och provtagning.(15)

I Västerbotten har man valt att låta deltagarna fundera över frågorna under glukosbelastningen (se kliniska undersökningar) som tar två timmar. Detta tillvägagångssätt har valts för att man i ett annat sammanhang fick låg svarsfrekvens när deltagarna fick fylla i enkäter hemma. Deltagarna har gott om tid att svara på frågorna under glukosbelastningen.(10)

Vanligtvis får deltagarna bara en enkät att fylla i, alternativt uppdelat i sektioner, men i Östergötland och Jönköpings landsting får de även extra befolkningsenkäter som specifikt syftar till att samla in data till levnadsvanestudier.(9, 15)

4.4.2 Pedagogiskt visuellt verktyg

Enkätsvaren och undersökningen sammanställs i någon form av visuellt hjälpmedel i alla landsting. I Jönköping använder man sig av *Hälsokurvan* för att ge deltagaren en lättförståelig bild av deras hälsa. Kurvan är indelad i en färgskala, grön-gul-röd, vilket gör det lätt att förstå vilka värden som är bra och vilka som behöver förbättras.(9)

I Västerbotten har man utformat en *Stjärnprofil* som hjälper deltagaren att förstå resultatet av undersökningen och enkäten. I stjärnprofilen markeras resultaten från undersökning och enkät i ett runt diagram som, om alla värden är de bästa möjliga, formar en komplett stjärna. Syftet med Stjärnprofilen är att underlätta förståelsen om hur levnadsvanorna påverkar riskfaktorerna. Om ett värde är sämre, exempelvis om deltagarens matvanor behöver förbättras, sätts markeringen längre in mot mitten, och udden på stjärnan blir trubbigare.(16)

Alla landsting använder sig av ett visuellt hjälpmedel som pedagogiskt verktyg antingen *Hälsokurvan* från Jönköping eller Västerbottens *Stjärnprofil*, men de har ofta anpassat det något efter landstingets eget program.(11-15)

4.4.3 Kliniska undersökningar

Undersökningen utförs sällan i direkt samband med samtalet, utan deltagaren kommer till sin vårdcentral för mätning, vägning och eventuella blodprov och får då en ny tid för samtalet.(9-11, 13, 15) En praktisk anledning till detta är att provsvaren då kommit innan samtalet och utföraren har en möjlighet att ta ställning till det och anpassa

samtalet därefter. I Västerbotten utförs provtagningen då deltagaren är fastande och den tar lång tid. Samtalet blir därför bättre om det utförs vid ett senare tillfälle.(10)

De blodprover som tas under undersökningen är vanligtvis blodsocker och lipidstatus. Som enda landsting har Norrbotten valt att inte ta några blodprover vid undersökningen. Detta har varit uppe för diskussion i programmets referensgrupp och en expertgrupp för diabetes. Flera ur läkargruppen opponerade sig mot blodprovstagning för att de ansåg att det innebär en screening av den friska befolkningen, vilket lett till att man nu utför undersökningar utan blodprover. Istället ska utförarna av samtalen fånga upp deltagare i riskzonen och gå vidare med blodprover. Denna arbetsmodell kommer att utvärderas.(14)

Västerbotten har den mest omfattande provtagningen bland alla landsting som erbjuder hälsoundersökning/hälsosamtal för sina invånare. Utöver lipidstatus och blodsocker utförs även en glukosbelastning, som innebär att man tar ett fasteblodsocker, låter deltagaren dricka en glukoslösning, för att efter exakt två timmar ta ett nytt blodsockerprov. Deltagare som uppvisar ett högt fasteblodsocker, har en tidigare diagnostiserad diabetes eller är gravida genomgår inte den delen av undersökningen. (16)

Samtliga landsting lägger stort fokus på själva samtalsdelen i programmet. Som nämnts ovan tar man inga blodprover i Norrbotten, utan fokus är på samtalet.(14) Utförarna i Västerbotten får information om att deltagare som inte genomgått undersökning eller fyllt i enkät fortfarande kan ha ett givande samtal. Personer som avböjer samtal genomgår inte heller provtagning eftersom landstinget anser att provtagningssvaren endast bör ges i samband med ett ingående hälsosamtal.(10)

4.5 Dokumentation av samtal och undersökningar

Formerna för dokumentation av hälsosamtalen varierar mellan landstingen. Svaren deltagaren lämnat i hälsoenkäten behöver dokumenteras, vilket försvåras av att den är i pappersform. Ett sätt att bevara svaren är att föra in hela enkäten i sin helhet, då den sedan ligger som ett dokument i journalen.(11, 15) Västernorrland har löst detta genom att utförarna fyller i svaren, personnummer och provsvar i ett webbförmulär, som sparas som ett inskannat dokument i journalen.(11) Gävleborg har en liknande lösning, med en applikation som utförarna fyller i. Om något avviker vid samtalet, som övervikt eller ett riskbruk, skrivs det in som en egen anteckning i den ordinarie patientjournalen.(12) I flera fall har man i landstinget eller på enskilda vårdcentraler skapat journalmallar som passar in till hälsosamtalet.(9, 12, 14) Enkät- och provsvar bevaras också för vidare uppföljning och forskning i databaser utanför journalen.(9-15)

4.6 Uppföljning av hälsosamtal

Inbyggt i ett program med hälsosamtal är, förutom att uppmuntra goda levnadsvanor och främja hälsa, idén om att fånga upp deltagare som behöver någon form av insats. I samtliga landstings program ingår alltid en grundläggande insats, samtalet som alla deltagare erhåller. I samtalet uppmuntras goda levnadsvanor och det diskuteras hur deltagaren kan göra för att upprätthålla eller förbättra dessa. Om deltagaren behöver göra en mindre förändring, exempelvis röra på sig lite mer, behövs ibland bara motivation och förståelse under samtalet och ingen extra insats.(9-15) En viss del av

deltagarna kommer dock att behöva ytterligare stöd eller medicinska insatser. Många problem kan en utförare ta hand om direkt under samtalet, eller genom ett uppföljande besök.(10) Stöd för levnadsvaneförändring kan ges, exempelvis genom Fysisk Aktivitet på Recept eller hänvisning till rökavvänjningsgrupp. Andra deltagare erbjuds remiss till familjeläkare, diabetessköterska eller annan resurs.

Att kunna följa i rapporteringssystemen om samtalet leder till en insats är något man önskar i flera landsting.(13, 15) Det är dock en utmaning att göra så, eftersom det inte finns något sätt i den digitaliserade journalen att automatiskt koppla ihop en insats med ett föregående hälsosamtal.(10-15) Således skulle en sådan önskad uppföljning kräva att varje insats blev specialanpassad eller kodad för att kunna kopplas ihop med hälsosamtalet.

4.7 Deltagande i hälsoundersökning/hälsosamtal

Deltagandet i programmen skiljer sig något mellan olika grupper. Vanligt är ett något högre deltagande bland kvinnor.(11, 15) De som i något högre grad tackar nej är yngre invånare och invånare födda utanför EU.(9-13, 15) Östergötland kan också visa på att en låg inkomst ger en något högre tendens till att tacka nej till att delta i deras program.(17) Ofta är skillnaderna i deltagande inte markant.

För att nå deltagare från andra länder har landstingen information på andra språk än svenska.(10, 13) I intervjuerna lyftes även vikten av att använda sig av tolkresurs vid behov.(9) I Västerbotten finns det även en anpassning av programmet för invånare med psykiatriska diagnoser.(10) Det är exempel på hur hälsosamtal kan anpassas efter deltagarens behov och utgångspunkt.

Det har i vissa fall hävdats att deltagare i hälsosamtal skulle representera den friskare delen av befolkningen. Det tycks inte stämma med landstingens erfarenheter. Många som väljer att delta har något de vill ta upp eller är i behov av någon insats.(10, 11, 13, 14) Genom hälsoundersökning tycks man således nå individer som har ohälsosamma levnadsvanor eller andra risker för ohälsa.

Skillnaderna i deltagande i hälsoundersökningarna mellan olika grupper kan minska över tid, enligt en studie i Västerbotten. I den konstaterades att små skillnader fanns i deltagande mellan olika grupper, men då hälsoundersökningar erbjöds kontinuerligt över lång tid och integrerat i primärvården, minskade skillnaderna allt eftersom.(18)

4.7.1 Variationer i deltagande mellan vårdcentraler

Deltagandet varierar mycket mellan verksamheterna i landstingen. Detta bedöms i hög grad bero på förutsättningar och prioriteringar inom vårdcentralerna. Man har på flera håll erfarenheter av att ledningen på vårdcentralerna spelar en stor roll för deltagandegraden bland invånarna.(9-11) Ett exempel är en vårdcentral i Västernorrland där deltagandet ökade betydligt då en ny verksamhetschef tillträdde.(10) Ansvariga i Jönköpings landsting har uppmärksammat att vissa verksamheter utmärker sig genom ett lågt deltagande och har skickat ut brev till de berörda vårdcentralerna, med erbjudande om hjälp att reda ut vad det beror på och utveckla metoder för att öka deltagandet.(9)

4.8 Utförare och support

4.8.1 Vem utför hälsoundersökning/hälsosamtal?

Den personalgrupp som vanligtvis utför hälsosamtal är sjuksköterskor eller distriktsköterskor. Anledningen till detta anges i Västerbotten vara ett behov av medicinsk kompetens på rätt nivå för att fånga upp deltagare i behov av insatser.(10) I några landsting är det flera personalgrupper som jobbar med hälsosamtalen. I Norrbotten är det ett krav att utförare har en legitimation, vilket öppnar för att exempelvis fysioterapeuter, dietister eller arbetsterapeuter kan utföra samtalen. Att fler än en personalgrupp kan hantera samtalen ses i Norrbotten som en styrka i genomförandet, då det möjliggör en större flexibilitet och minskar sårbarheten för vårdcentralen.(14) Även i Gävleborg har man utförare med annan utbildning är sjuksköterska. Man har där utförare som är undersköterskor, hälsopedagog och fysioterapeuter, även om det absolut vanligaste i landstinget fortfarande är att utförarna har en sjuksköterskelegitimation.(12)

4.8.2 Motiverande förhållningssätt

Som nämnts ovan har samtliga landsting valt att lägga ett stort fokus på samtalet i hälsoprogrammen. Samtalen är en intervention som ingår för samtliga deltagare i alla landsting, oavsett resultat på undersökning eller enkätsvar. Detta återspeglas även i utbildningen utförarna erhåller inför arbetet med programmen. Ett motiverande förhållningssätt och utbildning i samtalsteknik baserat på beteendemedicinska teorier är centralt i alla landsting. Detta ingår i internutbildningen inför arbetet med programmen, alternativt ingår i rekommendationen eller kravspecifikationen för utförarna.(9-15)

Kompetensen i samtalsteknik tycks vara något deltagarna märker av i mötet med utförarna. I utvärderingsenkäter i Östergötland framkom det att deltagarna upplevde att sjuksköterskorna verkligen lyssnade och att det kändes som om samtalen handlade om något som var viktigt både för deltagaren och för sjuksköterskan.(15) I Västerbotten och Norrbotten har man beslutat att, för att säkra kvaliteten i samtalen, genomföra en diplomering för sjuksköterskor som arbetar med hälsoundersökningar.(10, 14) För att bli diplomerad kommer det krävas att utföraren har genomgått landstingets utbildningar kring metod och verktyg samt ha genomfört och reflekterat över ett visst antal samtal.(10)

4.8.3 Stöd till utförare

Landstingen har byggt upp supportsystem för att stötta personalen i arbetet med hälsosamtalen. Det kan exempelvis dyka upp frågor från deltagaren som utföraren inte har direkt svar på, eller en deltagares sjukdom kan påverka råden som ska ges. Detta kräver en beredskap hos uppdragsgivaren och uppgiften har lösts på olika sätt i landstingen. I Västernorrland har man en mailadress som utförarna kan vända sig till och få svar på frågor som de inte hittat i materialet på landstingets intranät. Utöver ansvariga tjänstemän är ett antal distriktsköterskor knutna till programmet och kan ge råd och stöd.(11) I Västerbotten finns ett supportsystem med medicinsk expertis inbyggd i organisationen kring programmet, dit utförarna kan vända sig för stöd. Om inte expertisen inom förvaltningen kan svara på en frågeställning, finns väl etablerade

kontakter till specialister för ytterligare råd.(10) I Jönköping kan utförare bland annat kontakta eller få besök av personal på förvaltningen som själv har lång erfarenhet av att genomföra hälsosamtal ute i verksamheterna.(9)

Stödet erbjuds inte bara löpande vid behov, utan också som fortbildning för alla utförare. För att den personal som jobbar med samtalen ska få möjlighet att uppdatera sin kunskap och utbyta erfarenheter med varandra genomförs någon form av fortbildningsträffar med jämna mellanrum i de flesta landstingen.(9-12, 14) Möjligheten att utvecklas och utveckla en speciell kompetens är något både utförare och uppdragsgivare värdesätter.(10, 11, 14) Utbildningen ger utförarna en kompetens och en trygghet inför samtalen, enligt återkopplingar från utförare.(10, 14)

4.9 Reaktionen från verksamheter på införande av programmen

Frågan om hälsosamtal är omdiskuterad. Det är inte ovanligt med negativa reaktioner då landstinget satsar på hälsosamtal för sina invånare. Så har varit fallet i Norrbotten. Oklarheter kring formerna och publicerade studier kring generella hälsokontroller kan bidra till detta. Man försöker möta dessa negativa reaktioner med dialog, information och utbildning. Exempelvis valde man i Norrbotten att åka ut till en verksamhet där man haft ett stort motstånd mot satsningen och ge en endagsutbildning kring programmet. Det påverkade attityden positivt. Norrbotten har belagt att de som gått landstingets utbildning är ofta mer positivt inställda till samtalen.(14)

Bland deltagande landsting upplever man att den personal som jobbar med hälsosamtalen är mer positivt inställd till arbetet än andra.(10, 12-14) Detta har man använt sig av i Sörmland, där de vårdcentraler som arbetat med en liknande satsning tidigare fick börja med hälsosamtalen och agera ambassadörer för programmet.(13)

I Jönköpings landsting har man också träffat på en del argument mot hälsosamtalen. Detta anser man på landstinget handlar mycket om ett missförstånd kring begreppen riktade och generella hälsoundersökningar.(9) I Västerbotten har reaktionerna varit mestadels positiva från början, mycket för att man startade upp programmet då det fanns en stor oro för invånarnas hälsa.(10)

4.10 Prioritering av hälsoundersökning/hälsosamtal i verksamheten

Det finns en tydlig tendens att hälsosamtalen får stå tillbaka då arbetsbelastningen ökar på verksamheterna.(9-11) Detta kan vara en naturlig följd i influensatider och andra pressade perioder, då akuta uppgifter får prioriteras på vårdcentralerna.(10) Något som kan minska denna sårbarhet är att fördela arbetet på flera anställda.(9, 14)

4.11 Resultat och effekter av hälsoundersökning/hälsosamtal

Från Västerbotten och Jönköping, där man genomfört hälsoundersökning/hälsosamtal under lång tid, finns det evidens för goda effekter. I Haboprojektet, som legat till grund för Jönköpings hälsosamtal, kunde man visa på en tydlig nedgång i dödlighet jämfört med andra liknande kommuner.(19) Västerbotten kan också redovisa goda resultat (se vidare avsnitt litteraturgenomgång och fallbeskrivning samt bilaga 10 och 11), exempelvis en höjd medellivslängd och sänkt systoliskt blodtryck.(20) I en enkätstudie i pilotkommunen Norsjö kunde man konstatera att det framförallt har varit

hälsosamtalen och undersökningarna som har påverkat deltagare att lägga om sin livsstil.(21) I litteraturgenomgången finns fler effekter redovisade från olika program i Sverige och utlandet.

Flera av programmen i svenska landsting är relativt nystartade och det är därför ännu svårt att visa på hur hälsosamtalen påverkar folkhälsan i de landstingen. Man kan dock konstatera att det genom undersökningar och samtal fångats upp flera deltagare med odiagnostiserade sjukdomar. I Västernorrland, vars nuvarande program pågått sedan 2012, har man genom detta hittat runt 300 personer med en odiagnostiserad diabetes som kunnat remitteras vidare. Utöver personer med diabetes har man även fångat upp prediabetiker och deltagare med ett förhöjt kolesterolvärde.(11)

I Östergötland och Jönköping får patienterna med sig en utvärderingsenkät att fylla i efter hälsosamtalet. Enligt inlämnade svar har 95 procent upplevt samtalen som något positivt och skulle komma igen om de blev erbjudna. Även här kan man visa på att det är många deltagare som kan behöva lägga om sina levnadsvanor eller erhålla någon insats. Exempelvis var det under 2012-2013 ungefär 15 procent av deltagarna som hade någon form av upplevd hög grad av stress eller stressymptom som sömnbesvär eller depression. Av deltagarna i Östergötland var det även 54 procent som uppvisade en för hög midja-stusskvot och runt en tredjedel hade ett för högt BMI.(17)

4.12 Finansiering av programmen

Verksamheternas ersättning för genomförande av hälsosamtal och undersökningar skiljer sig mycket över landet. I Jönköpings och Västerbottens landsting betalar deltagarna en avgift för att vara med i programmet.(9, 10) I Gävleborg är det just nu avgiftsfritt, men man har tidigare haft perioder då deltagarna har fått betala en avgift för att delta.(12)

I samtliga landsting ersätts vårdcentralerna av landstinget för att genomföra hälsosamtal.(9-15) I alla landstingen erhålls en ersättning för utförda samtal och undersökningar,(9-15) antingen för båda delar tillsammans eller en summa för samtalet och ytterligare en ersättning för undersökningen.

I några landsting finns det en målsättning att deltagandet ska nå en viss nivå.(10, 12, 15) I strävan att uppnå ett högt deltagande har man i Sörmland och Västerbotten valt att anpassa ersättningen efter graden av deltagande som varje vårdcentral uppnår bland sina listade patienter. I Västerbotten erhåller verksamheterna en ersättning för varje utfört samtal och undersökning. Fram till 2015 var detta en ersättning som reducerades enligt en given skala om man inte lyckats komma upp i minst 70 procents deltagande. Om en vårdcentral fått in 60-69 procent av de möjliga deltagarna på hälsosamtal drogs det av 1,35 kronor per utfört samtal, om deltagandet var 50-59 procent 2,7 kronor och så vidare. Detta system bör förstås mot bakgrund av att hälsosamtal har varit en del av grunduppdraget för vårdcentralerna i Västerbotten sedan nittioalet.(10)

I Sörmland har man valt en annan ingång. Där får verksamheterna en ersättning på förhand, ett så kallat startbidrag som baseras på antalet listade patienter på vårdcentralen. Utöver detta erhålls en summa för varje utfört samtal och undersökning. Anledningen till denna form av ersättning är att skapa incitament för verksamheterna

att avsätta resurser för arbetet och överbrygga den osäkerhet det nya uppdraget innebär. Nuvarande ersättning kommer att minskas under programmets andra år, genom att startbidraget försvinner och verksamheterna istället endast erhåller en ersättning per utförd undersökning och samtal.(13)

För att uppmuntra verksamheterna i Sörmland att sträva efter ett högt deltagande får de vårdcentraler som uppnår ett deltagande på 50 procent eller mer dela på en bonuspott. Uppnår vårdcentralen ett ännu högre deltagande, 70 procent eller mer, väntar en annan pott att dela på.(13)

4.13 Sammanfattning av de svenska programmen

Den svenska utformningen av hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdomar som används av landstingen har följande gemensamma komponenter:

- Drivs integrerat i primärvården
- Samtliga i målgruppen erbjuds deltagande
- Ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel till stöd för dialogen mellan deltagare och utförare
- Ett individanpassat samtalsstöd till samtliga deltagare
- Ett samordnat kompetens- och metodstöd

De gemensamma erfarenheterna av hälsosamtalen talar för att

- programmen uppskattas generellt av befolkningen och av dem som deltar i programmen
- hälsosamtalen upplevs som värdefulla av personalen som arbetar med dem
- ett antal personer med behov av att ändra sina levnadsvanor i mer hälsofrämjande riktning identifieras
- ett antal sjukdomstillstånd, såsom diabetes, identifieras genom samtalen och den provtagning som oftast utförs i anknnytning till ett hälsosamtal

Det saknas tillräckliga underlag för att uttala sig om hälsosamtalens samlade kostnadseffektivitet, men i de fall systematiska hälsoekonomiska studier genomförts har dessa visat på god kostnadseffektivitet.

5. Genomgång av litteratur om hälsundersökningar/hälsosamtal

För att ge en bredare kunskapsbas har en litteraturgenomgång av vetenskaplig litteratur om hälsundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdomar genomförts.

5.1 Metod

Litteratursökningen begränsades till PubMed och artiklar som stämde överens med inklusions- och exklusionskriterierna inkluderades. De artiklar som inte var tillgängliga online i fulltext beställdes via Stockholms läns landstings bibliotek.

Inklusionskriterier

- Hälsundersökningar riktade mot hjärt- kärlsjukdom samt mot hela åldersgrupper
 - Vuxna ≥ 25
 - Hjärt- kärlsjukdomar kopplade till levnadsvanor
 - Utförd av sjukvårdspersonal
 - Fanns i PubMed vid tiden för sökningen
 - Skrivna på svenska eller engelska

Exklusionskriterier

- Hälsundersökningar riktade till särskild riskgrupp, arbetsplats, yrkesgrupp
- Screening för enskilda diagnoser
- Låg- och medelinkomstländer
- Hälsundersökningar som gjorts för att kartlägga prevalens
- Program med enbart befolkningsinriktning
- Fokus på utvärdering av särskilda behandlingsmetoder eller läkemedel
- Debattartiklar och ledare

En första sökning gjordes den 9 oktober 2014, som resulterade i 114 unika artiklar (tabell 1). Efter möte med HFS temagrupp gjordes, den 16 oktober, en kompletterande sökning som resulterade i tio unika artiklar (tabell 1).

Tabell 1. Schema över sökord

Första sökning 141009	Kompletterande sökning 141016
ischaemic heart disease AND population AND lifestyle AND screening	health dialogue [tiab]
health check AND cardiovascular disease AND lifestyle	counselling AND cardiovascular [tiab] OR ischaemic [tiab] AND lifestyle AND intervention [tiab] AND population [tiab]
health check AND cardiovascular disease AND population	counselling [tiab] AND cardiovascular [tiab] OR ischaemic [tiab] AND lifestyle AND intervention [tiab]
health conversations AND cardiovascular disease	
health check AND cardiovascular disease OR cvd mortality AND lifestyle AND population	
intervention programme AND Sweden AND cardiovascular	
health check AND cardiovascular disease AND cost benefit analysis	
screening AND ischaemic heart disease AND cost benefit analysis AND population	
Unika artiklar 114/1399	Unika artiklar 10/209
Totalt antal unika artiklar 124	

De 124 artiklarna granskades och 38 artiklar (debattartiklar, ledare, artiklar som fokuserade på utvärdering av instrument, effekt av specifika behandlingar eller läkemedel) exkluderades från litteraturgenomgången. Kvarvarande 86 artiklar sorterades och sammanställdes i två matriser.

Matrisen *Programöversikt* visar de 38 artiklar som beskrivit och utvärderat program som genomförts eller är pågående (bilaga 10). Programöversikten syftar till att ge en överskådlig bild av de olika programmen som inkluderats i litteraturgenomgången. Matrisen *Litteraturoversikt* sammanställer kortfattat resterande 48 artiklar som behandlat bland annat kvalitativa frågeställningar, genomförande och kostnadseffektivitet (bilaga 11). Artiklarna i litteraturoversikten är sorterade efter vad de haft i syfte att undersöka samt design på studien. Bilaga 10 och 11 ligger som en extern bilaga i anslutning till rapporten.

6. Resultat litteraturgenomgång

Nedan följer ett avsnitt som redogör för resultatet i litteraturgenomgången och ger exempel på program och erfarenheter. Programmen finns även presenterade i Programöversikten (bilaga 10).

6.1 Finland

Redan 1972 startade man i Nordkarelen i **Finland** ett befolkningsinriktat program som syftade till att minska total och specifik dödlighet i hjärt- kärlsjukdom. För att få ett tvärsnitt som skulle fungera som baseline vid uppföljning av programmet erbjöds män och kvinnor mellan 25-59 år i Nordkarelen och i referensområdet Kuopio hälsoundersökning som innefattade enkät, kontroll av blodtryck och kolesterol samt intervju.(22-24) Interventionen innehöll inte något strukturerat hälsosamtal med deltagarna och inget fokus lades på individuella möten. Istället fokuserades det på information och ökad kunskap i samhället via media, tillgänglighet av mer hälsosamma alternativ som rökfria lokaler och förändring av allmänna åsikter, till exempel uppfattningen att man måste äta mycket fett kött om man arbetar hårt.(25) Vid utvärdering jämfördes resultaten från baseline med tvärsnittsstudier som gjorts efter fem och tio år, delvis med samma deltagare som vid baseline. Resultatet visade positiva effekter i Nordkarelen gällande kolesterol, blodtryck och rökning. De effekterna sågs dock inte när man tittade på den individuella effekten bland de som deltagit i tvärsnittsstudien vid baseline och vid uppföljning. Jämfört med referensområdet, Kuopio, sågs en snabbare förbättring av levnadsvanorna i Nordkarelen. Resultatet av programmet påverkades av levnadsvaneförbättringar och sänkt dödlighet totalt och i hjärt- kärlsjukdom i referensområdet och nationellt snarare än "smittoeffekten" som det ofta talas om i befolkningsinriktade studier, det vill säga att förändringar i ett område även påverkar andra, närliggande, områden.(22, 24, 25)

6.2 England

Stora projekt har genomförts i **England**, bland annat OXCHECK, NHS Health Checks Programme och ett litet program som genomfördes på en enskild klinik. Det senare programmet syftade till att ta fram en metod för att identifiera personer med riskfaktorer och personer i behov av behandling, som var genomförbar i primärvården. Programmet utfördes på en primärvårdsenhet i en mindre kuststad. Tretusen åttahundra (3800) män och kvinnor mellan 25-55 år bjöds in via brev, varav 2353, eller 62 procent, svarade på enkäten som innehöll frågor angående tidigare hjärt- kärlsjukdom, social klass, arbetssituation, rökning, alkoholvanor och för kvinnor även användande av preventivmedel. Därefter genomgick deltagarna en undersökning i vilken en sjuksköterska undersökte längd, vikt, blodtryck och kolesterol. Undersökningen följde ett schema men innehöll inget strukturerat samtal. Deltagarna fick broschyrer med kostråd och råd för rökavvänjning. Alla deltagare med högt kolesterol erbjöds levnadsvanerådgivning och de deltagare som var i behov av annan behandling remitterades vidare. Drygt hälften av de som konstaterats ha högt kolesterol, deltagit i interventionen och därefter kommit till uppföljningen sänkte sitt kolesterol, vilket författarna menar var kostnadseffektivt.(26)

I OXCHECK bjöd man under slutet på 80-talet in 17 965 personer mellan 35-64 år till att svara på en enkät och till hälsoundersökning. Av de inbjudna samtyckte 11 090

personer till att delta i studien. Undersökningen innefattade ett strukturerat möte med en sjuksköterska som tog upp anamnes och kontrollerade BMI, kolesterol, blodtryck och kost- och rökvanor och tog 45-60 minuter. Deltagarna randomiserades till att undersökas olika år för att fungera som kontrollgrupp. Fokus låg framför allt på själva undersökningen och att identifiera individer med riskfaktorer. Personer som rökte och de med högt kolesterol erhöll rådgivning. OXCHECK hade högt deltagande vilket kan förklaras med att mycket fokus låg på att hålla deltagande högt (>80 procent) i alla grupper och potentiella deltagare kontaktades upp till tre gånger via brev och telefon, vilket upptog ungefär 30 procent av sjuksköterskornas tid. Vid uppföljning efter tre år visade deltagarna upp förbättrade mätvärden, minskat intag av mättat fett och ökad fysisk aktivitet men ingen signifikant minskning av rökning eller alkoholkonsumtion.(27) Sjuksköterskor som utförde undersökningar har betonat vikten av att utbilda utförarna i hur man kommunicerar med deltagaren.(28)

Även de sjuksköterskor som deltagit i Englands senare hälsoprogram NHS Health Checks, påtalade vikten av att på ett professionellt och balanserat sätt kommunicera risk för sjukdom men även bra och positiva resultat. De pekade också på de etiska aspekterna i att kommentera och ge råd om andras levnadsvanor.(29) I NHS Health Checks har primärvården sedan 2008 erbjudit hälsoundersökningar för personer mellan 40-74 års ålder. Modellen bygger på att vårdcentraler ges stor frihet att, inom en ram som givits ut av det brittiska hälsodepartementet, bjuda in individer till en undersökning och provtagning vart femte år från och med året de fyller 40 år.

Alla deltagare har ett samtal med en sjukvårdsassistent om sin hälsoprofil, erhåller rådgivning motsvarande sin status och remitteras vid behov till passande åtgärd, till exempel rökavvänjning eller kostrådgivning. De som bedöms ligga i riskzonen beträffande någon riskfaktor remitteras till fortsatt utredning. Programmet beräknas förhindra ca 2000 (1 procent) dödsfall till följd av hjärt- kärlsjukdom varje år. Vid ett-årsuppföljning av programmet sågs små men signifikanta sänkningar på risk score och vissa förbättringar på levnadsvanorna.(30) Extra stöd från vården för att förändra sina levnadsvanor visade sig underlätta minskning av fetma men jämfört med ordinarie hälsokontroller i programmet ändrades inte övriga mätvärden.(31) Hälsodepartementet räknade med att nå 75 procent av de potentiella deltagarna. Enligt en studie lyckades de nå 45 procent av individer med hög risk för hjärt- kärlsjukdom.(32) En tvärsnittsstudie från 2013 visade att det var stor variation mellan vårdcentraler gällande förmågan att nå individer i sitt område. Dock verkade vårdcentraler i sociodemografiskt missgynnade områden nå fler än de i mer gynnade områden.(33)

6.3 Danmark

I en randomiserad kontrollerad studie, Inter99, utförd i **Danmark** som pågick mellan 1999-2000, erbjöds 11 708 personer att svara på en enkät om sin egen hälsa, undersökas samt lämna blodprov. De inbjudna individerna var mellan 30 och 60 år gamla. Av de inbjudna valde 6091 personer, 52 procent, att delta. Endast de deltagare som föll inom ramen för förhöjd risk för hjärt- kärlsjukdom, samt de som uppvisade något av ett antal förbestämda riskbeteenden eller riskfaktorer fick hälsoråd efter undersökningen. De med förhöjd risk erbjöds även att delta i gruppaktiviteter (rökstopp, kost/diet, fysisk aktivitet). Deltagarna följdes upp ett, tre och fem år efter

första undersökningstillfället. Resultaten visade inte på någon effekt på insjuknandet i hjärt- kärlsjukdom eller mortalitet för de inbjudna deltagarna, varav 52 procent faktiskt deltagit i studien. Däremot var det en stor andel av de som deltog som rapporterade en ändrad livsstil vid femårsuppföljningen. Studien genomfördes i forskningsmiljö och var ej integrerad i den ordinarie vården. En studie som tittat på jämlikhetsgraden bland deltagarna i Inter99 visade att det vid baseline var stor ojämlikhet eftersom de med hög socioekonomisk status var mer benägna att komma till undersökning. Författarna till studien menar att fokus bör läggas på jämlikhet i upptagning för att undvika ökade samhällsklyftor i hjärt- kärlsjukdom.

En tidigare studie i Danmark är Ebeltoftstudien som genomfördes inom ramen för ordinarie vård och som vid femårsuppföljning visade positiva effekter på provtagningsvärden och risk för hjärt- kärlsjukdom men som inte kunde uppvisa positiva effekter på levnadsvanorna. Två tusen av kommunens 3467 män och kvinnor mellan 30 och 50 år bjöds in till att fylla i en enkät och delta i hälsoundersökningar, varav 1370 tackade ja (1507 enligt en senare studie (34)). Deltagarna randomiserades till antingen hälsoundersökning, hälsoundersökning och hälsosamtal eller kontrollgrupp.(35)

Alla som hade genomgått hälsoundersökning fick skriftlig feedback på sina resultat med individuella råd baserat på resultatet och de som tillhörde gruppen med hälsosamtal i tillägg erbjöds en tid för samtal med läkaren samt att sätta upp tre hälsomål inför kommande år. Samtalet varade i 45 minuter och föregicks av en kort enkät i syfte att underlätta samtalet. Deltagarna gavs även möjlighet att boka in ytterligare rådgivning tre månader senare. Alla med förhöjd risk rekommenderades att ta kontakt med sin läkare.(35) Vid uppföljning sågs ingen skillnad mellan gruppen som haft hälsosamtal i tillägg jämfört med de som endast haft undersökning. Precis som i tidigare försök till randomiserade kontrollerade studier ifrågasattes resultatet med tanke på smittoeffekt och att eventuella positiva effekter doldes i generellt bättre levnadsvanor i samhället.(34)

Ytterligare en studie, CORE, sattes igång i Danmark 2013 och kommer att pågå till och med 2017. Alla (n=10 505) mellan 30-49 år i det danska samhället Randers har randomiserats till hälsoundersökning och uppföljning eller kontrollgrupp med försenad intervention. Projektet utförs i primärvården och har ännu inte redovisat några resultat.(36)

6.4 Kanada

Positiva effekter på levnadsvanor och minskad förekomst av metabolt syndrom sågs efter en icke randomiserad kontrollerad studie som genomfördes i **Kanada** åren 2006-2008.(37) Personer över 30 år, sammanlagt 1509 individer, bjöds in till studien via bland annat läkarbesök och telefon varav 416 (27 procent) avstod. Programmet innefattade ett möte med en sjuksköterska för undersökning och samtal och var inriktat på levnadsvane-, beteendeförändring och känslöhantering. Förutom ordinarie undersökning och provtagning för att beräkna risk score mättes även deltagarnas motivation för att kunna anpassa programmet. De som bedömdes ha måttlig eller hög risk för hjärt- kärlsjukdom erbjöds återbesök sex gånger under ett år i syfte att

uppmuntra och stötta levnadsvaneförbättring. Efter ett år hade högriskdeltagarna sänkt kolesterol, BMI, blodtryck, blodglukos och risk score. Lågriskdeltagarna hade under samma period minskat i BMI, midjemått och blodglukos. Författarna påpekade att detta gjorts utan större förändring i läkemedelsförskrivning.(38)

6.5 Frankrike

I **Frankrike** tittade man i en kohortstudie närmare på de som kommit till hälsoundersökning åren 1980-1985. Hälsoundersökningar erbjöds alla mellan 40-59 år med socialförsäkring, 50 116 personer deltog. Undersökningen bestod av en enkät med frågor kring levnadsvanor, provtagning, EKG, medicinsk undersökning och tandundersökning. I slutet av undersökningen erhöll deltagarna råd om förbättrade levnadsvanor och hälsoutbildning gällande de riskfaktorer som identifierats hos deltagaren. Vid uppföljning efter 25 år sågs en minskad dödlighet, framför allt bland män och bland de som deltagit i upprepade hälsoundersökningar. Jämfört med befolkningen i stort var risken att dö hälften så stor bland de som deltagit i hälsoundersökning. Huruvida minskningen i mortalitet berodde på de upprepade hälsoundersökningarna eller om det var ett ökat intresse för hälsa som gav upphov till ett högt deltagande, är oklart.(39)

6.6 Australien

I slutet på 80-talet genomfördes "North Coast intervention" i **Australien** som syftade till att informera deltagare om deras kolesterolvärde och ge råd för att, vid behov, sänka det. Alla över 18 år fick delta i programmet som genomfördes av vårdpersonal och volontärer i lättillgängliga lokaler som till exempel gallerior. Sammanlagt deltog 42 869 personer i programmet. Vid uppföljning tre och fem år senare var deltagandet lågt men ungefär hälften av de som följdes upp rapporterade att de ändrat sin kost till lågfettkost.(40)

År 2006 gjordes en randomiserad kontrollerad studie i Australien, HIPS.(41, 42) Hälsoundersökningar i syfte att förbättra levnadsvanor erbjöds 3128 personer mellan 40-64 år, 928 tackade ja. Studien inkluderade personer mellan 56-64 år utan riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom medan de mellan 40-55 år inkluderades om de hade en eller flera riskfaktorer. Vid den första undersökningen kvarstod 699 personer varav 315 randomiserades till kontrollgrupp.(42) Utförarna, läkare och sjuksköterskor, hade blivit erbjudna kurser i motiverande samtal och samtalet gick ut på att vara rådgivande. Högriskindivider skulle remitteras vidare till kostrådgivning och fysisk aktivitet. Remitteringen från primärvårdsläkare till mer intensivt stöd var dock alltjämt låg och programmet resulterade därför, förutom hälsosamtalet, i få interventioner. Studien genomfördes i den ordinarie vården och sökte svar på om interventionerna hade någon effekt på beteendemässiga och fysiologiska riskfaktorer. Fokus låg på att uppmuntra deltagarnas egna aktiviteter för förändring, att bedöma viljan till förändring och anpassa interventionen efter deltagaren. Vid uppföljning efter sex månader hade deltagarna förbättrat sina matvanor. Den positiva förändringen höll inte i sig till uppföljning efter ytterligare sex månader. Då sågs dock vissa positiva förändringar gällande fysisk aktivitet men några signifikanta förändringar på mätvärdena kunde inte visas.(41, 42)

6.7 Belgien

Under 2002 pågick ett projekt i **Belgien** i vilket man bjöd in alla invånare mellan 45-64 år i tre små samhällen till hälsoundersökning hos sin läkare. Undersökningen innefattade en enkät gällande rök- och alkoholvanor, medicinsk historia och fysisk aktivitet samt kontroll av BMI, blodtryck, kolesterol, blodfetter och blodglukos. Två veckor efter första besöket träffade deltagaren sin läkare för ytterligare en kontroll av blodtryck. Läkarna instruerades att, vid behov, erbjuda deltagaren intervention i form av ytterligare medicinsk behandling eller muntliga och skriftliga råd angående levnadsvanor. Uppföljning planerades efter två år. Dels var deltagandet väldigt lågt från början, endast 7 procent av de inbjudna kom till undersökning, och dels hade läkarna som utförde undersökningarna remitterat vidare till intervention i låg utsträckning. Författarna menade att kravet att fasta inför blodglukosprovet hade minskat viljan att delta och de menade även att eftersom läkarna träffade sina ordinarie patienter hade de redan vidtagit de åtgärder de ansåg nödvändiga och därför inte skrev ytterligare remisser.(43) Ingen uppföljande studie har hittats.

6.8 Sverige

I **Sverige** startade man tidigt med hälsointerventioner; i **Malmö** testade man mellan 1974-1992 ett projekt på Universitetssjukhuset där man bjöd in varannan årskull mellan 32-51 år till hälsoundersökning, varannan årskull användes som kontroll. Sammanlagt deltog 33 336 personer i undersökningen. De som bjöds in till att delta genomgick undersökning och provtagning samt fyllde i en enkät gällande familjehistoria, socioekonomisk status och levnadsvanor. Kvinnor genomgick även mammografi. Deltagare som bedömdes ha hög risk för sjukdom, ungefär 25 procent, remitterades till relevant klinik, i övrigt ingen intervention.(44) Projektet utfördes i forskningsmiljö och var ej implementerat i den ordinarie vården. Vid uppföljning 1995 användes nationella databaser för statistik gällande dödsorsak. Bland män i interventionsgruppen var dödligheten till följd av andra orsaker än hjärt- kärlsjukdom (självmod, alkohol) lägre. Cancerrelaterad död var lägre bland kvinnor i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Den totala dödligheten var lägre bland dem som tackat ja till att delta jämfört med dem som tackat nej. Den socioekonomiska statusen var lägre bland dem som valt att inte delta i studien.(45) Kostnaden för programmet vägdes inte upp av besparingen från förebyggd sjukhusvistelse.(46)

Några år efter starten i Malmö, 1985, startades ett projekt i **Västerbotten** som ett svar på den höga dödligheten i hjärt- kärlsjukdom.(47) Pilotprojektet, ett första steg i en länsomfattande interventionsplan, genomfördes i Norsjö och var riktat både mot individ och mot samhälle. Hälsoundersökningar med strukturerade hälsosamtal erbjöds till individer det år de fyllde 30, 40, 50 och 60 år. De som deltog 1986 inbjöds i pilotprojektet till ny undersökning efter tre och fem år. Bland annat mättes kolesterol, blodtryck, blodglukos, längd och vikt. Deltagarna besvarade också en omfattande enkät med frågor kring hälsa tobaks- och alkoholvanor, kost och fysisk aktivitet samt psykosociala och socioekonomiska förhållanden. Det satsades även på bland annat märkning av mat i butiker, bättre mat i skolan och informationskampanjer i lokala media, engagemang av folkrörelserna och det lokala arbetslivet. Både nationell och lokala media rapporterade om aktiviteterna. Piloten var utformad för att passa ett

mindre samhälle i Sverige och interventionsprogrammet planerades utifrån dess sociala karakteristika, till exempel att personer träffas och pratar i matbutiken. Deltagandet i hälsoundersökningarna var högt (90 procent).(47) Under de första 7 åren sjönk kolesterolvärdet och blodtrycket i Norsjö hos både män och kvinnor i påtagligt högre grad än för män och kvinnor i det samtidigt pågående WHO-MONICA projektet i Västerbottens och Norrbottens län. I WHO-MONICA undersökningen, vars deltagare genomgick samma undersökning och besvarade samma enkät, där ingen intervention pågick, sågs endast små förändringar i riskfaktorer (undantag signifikant sänkning av kolesterol hos kvinnorna). Skillnaden i trend mellan Norsjö och referensområdet var statistiskt signifikant. Under hela perioden låg Norsjö något lägre avseende rökning än referensområdet utan påtaglig förändring i variabeln i Norsjö eller i referensområdet. Resultatet blev att från att ha legat högre i riskfaktorbördan i början av perioden var nivån ungefär densamma i Norsjö och i omgivande län i slutet av perioden. Det tolkades som att hälsosamtalen accelererade den nedåtgående sekulära trenden. De som deltagit upprepade gånger i projektet ansåg att de hade påverkats av hälsoundersökningen och hälsosamtalen. Efter fem år låg blodtryck och kolesterol lägre bland deltagare i Norsjö som deltagit upprepade gånger i undersökningarna än bland personer i referensområdet. Hälsoskillnaderna mellan de med lång utbildning och de med kort utbildning utjämnades också successivt.(48)

Efter Norsjöprojektet startades Västerbottens hälsoundersökningar (VHU). Det har sedan dess varit en del av den ordinarie vården i Västerbotten. Det går att läsa mer om hur VHU är organiserat i case-beskrivningen (bilaga 7).

Västernorrland har nu ett landstingstäckande program som det går att läsa mer om i fallbeskrivningen (bilaga 8). Även där har tidigare projekt genomförts, bland annat i **Härnösand**. Det programmet genomfördes i primärvårdens regi mellan 1987-1995 och syftade till att förhindra hjärt- kärlsjukdom.(49) Programmet var inriktat mot män 35, 45 och 55 år gamla med motivering att de hade störst risk att utveckla hjärt- kärlsjukdom. Det var samhällsinriktat med studiegrupper, annonsering i lokala media och märkning av mat, med mera. Männerna bjöds via enkäter på vårdcentralen in till en hälsoundersökning med samtal, mätning av längd, vikt, blodtryck och kolesterol. Interventionen var att via hälsosamtalen erbjuda hälsoutbildning, information och motivation till levnadsvaneförändringar. Hälsosamtalen var ett 60-90 minuter långt strukturerat möte med en sjuksköterska gällande riskfaktorer samt möjliga och önskvärda levnadsvaneförändringar utifrån individens profil. Vid behov erbjöds uppföljningssamtal.

I syfte att stödja positiva levnadsvaneförändringar öppnades ett hälsocenter med tillgång till gym, rökavvänjningsgrupper med mera för de boende i Härnösand. Programmets genomförande kom att påverkas av omorganisering och förändringar i budget och personaltillgång. På grund av hur programmet var upplagt försvårades uppföljning av eventuella effekter. Även omorganiseringen bidrog till svårighet med utvärdering.(49)

I en studie som gjordes år 2000, några år efter att programmet avslutats, jämfördes den grupp män som bjöds in 1989 med en referensgrupp av personer som genomgått

hälsoundersökning utan strukturerade hälsosamtal i företagshälsovården. De män som rapporterade att de deltagit i hälsosamtal under programmets gång rapporterade lägre förekomst av hjärt- kärlsjukdom.(50)

I **Skaraborgs landsting** genomfördes från mitten av 80-talet till mitten av 90-talet två efterföljande projekt. Först ut var Haboprojektet, som drevs mellan 1985-1987 med uppföljning ett, tre och sex år senare. Då män stod för större delen av insjuknandet i hjärt- kärlsjukdom begränsade man programmet till att endast gälla män. Män födda 1943-1952 bjöds in till hälsoundersökningen som innefattade en enkät med frågor angående levnadsvanor, familjehistorik, stress och yrke. Provtagning genomfördes och en hälsoprofil upprättades som syftade till att vara ett pedagogiskt instrument i dialogen med deltagaren. Baserat på resultatet från provtagning och samtal delades deltagarna in i låg- och högriskgrupp. Lågriskgruppen erhöll, förutom hälsosamtalet med sjuksköterskan, ingen vidare intervention medan högriskgruppen erbjöds möte med läkare samt stöd för att förbättra levnadsvanor, till exempel rökavvänjning, stresshantering eller kostrådgivning. Alla som genomfört den första undersökningen bjöds in till uppföljning efter 3-6 år vid vilken deltagandet låg runt 80 procent. Blodtrycket hade sänkts oavsett grupp medan bland annat Body Mass Index (BMI) och kolesterol hade ökat i båda grupperna. Den sammanlagda risken hade minskat signifikant i högriskgruppen.(51)

Det andra projektet "Lev hela livet" ("Live for life") utvecklades utifrån erfarenheterna från Haboprojektet och pågick 1989-1996. Projektet var riktat till både individ och samhälle i hela Skaraborgs landsting. I den individuella satsningen erbjöds män och kvinnor 30 och 35 år gamla, hälsoundersökning inför vilken de fyllde i enkät gällande levnadsvanor och psykosociala faktorer. Även i det nya projektet användes den pedagogiska hälsoprofil som kom att kallas "Hälsokurvan". Alla deltagare hade ett strukturerat hälsosamtal och vid behov remitterades deltagaren till läkare, rådgivning, psykolog eller gruppaktivitet. Den samhällsinriktade satsningen inkluderade hälsoinformation i lokalradio och -tidning, information i matbutik med mera. Några kommuner i landstinget hade endast bjudit in vid 35 och inte vid 30 års ålder och deltagarna i de kommunerna kunde därför fungera som kontrollgrupp för dem som genomgått undersökning vid både 30 och 35 års ålder. Vid uppföljning hade kontrollgruppen ökat sitt BMI medan interventionsgruppens BMI var oförändrat. Även avseende blodtryck, kolesterol, bukfetma och metabol profil sågs en gynnsammare utveckling för dem som varit på hälsosamtal fem år tidigare.(52) Från att ha legat högst bland jämförbara kommuner i Sverige gällande dödlighet i hjärtinfarkt bland kvinnor i mitten av 80-talet sjönk dödligheten i hjärtinfarkt i Habo med 86 procent fram till mitten av 90-talet och var då den lägsta bland jämförbara kommuner. Även bland män minskade dödligheten i hjärt- kärlsjukdom i Habo jämfört med resten av Sverige.

Projektet i Skaraborg flyttade vid omorganisationen 1997 över till Jönköpings landsting. Hur projektet utvecklades vidare i Jönköpings landstings regi går att läsa om i fallbeskrivningen (bilaga 4). Projektet hade ytterligare en förlaga i form av Skaraborgprojektet som startade 1977 med syftet att ta kontroll över det höga blodtrycket bland personer mellan 40-69 år i området. (53)

I slutet av 80-talet startade man ett program i **Sollentuna** i vilket man erbjöd vårdcentralsbesökare under 60 år att delta i en studie.(54) Programmet var ett samarbete mellan primärvården och forskare på dåvarande Karolinska sjukhuset. De potentiella deltagarna fyllde i en enkät gällande riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom och de vars enkätsvar påvisade någon riskfaktor blev erbjudna att genomgå en hälsoundersökning av läkare eller sjuksköterska. Undersökningen inkluderade BMI, blodtryck, blodfetter och kolesterol. De som uppfyllde kriterierna för förhöjd risk erbjöds gruppinterventioner riktade mot levnadsvanor som rökavvänjning, stresshantering och kostrådgivning. I tillägg till den individuella interventionen anordnades informationsmöten för matvaruhandlare, skolbispisningspersonal och restaurangpersonal med flera.

Interventionsgruppen följdes upp och resultaten jämfördes med en mindre grupp (n=422) som blivit inbjudna via brev och genomgick ett program liknande det förra i syfte att fungera som referens. Referensgruppen hade vid baseline och uppföljning generellt bättre värden än den opportunistiskt inbjudna gruppen. Framför allt de med riskfaktorer deltog i uppföljningen, ju högre risk vid baseline desto större sannolikhet att delta. Vid jämförelse för baseline och uppföljning inom gruppen hade BMI inte förändrats signifikant, medan blodtryck och blodfetter hade sänkts för både män och kvinnor. Data gällande rökvanor samlades inte in vid uppföljning och kunde därför inte utvärderas.(54) Vid en uppföljningsstudie såg man en association mellan de som lyckats sänka sina blodfetter och högre socioekonomisk status.(55)

I mitten på 80-talet pågick i **Strömstad** ett program som riktade sig till kvinnor mellan 45-64 år. Programmet syftade till att förbättra kunskap och därmed också levnadsvanor hos deltagare med en eller fler riskfaktorer. Deltagarna genomgick en undersökning av längd, vikt, blodtryck, kolesterol, blodfetter och blodglukos. De som hade en eller flera riskfaktorer kvalificerade sig till intervention i form av kurser i matlagning och kost (6 x 3h) samt gruppträning (6 x 1h).(56) Programmet pågick i tre månader och visade goda resultat på kostvanor hos de som deltagit i interventionen vid uppföljning sex och arton månader senare. Även de som inte deltagit i interventionen rapporterade förbättringar i kostvanor till följd av att ha blivit informerade om riskfaktorer.(57)

På Hisingen i **Göteborg** genomfördes under 2008 ett program riktat till män och kvinnor mellan 18-79 år. Deltagare rekryterades genom att vårdcentralsbesökare erbjöds fylla i en väntrumsenkät för screening av riskfaktorer och motivation till förändring samt intresse för att delta i en hälsoundersökning. Därefter fick de som tackat ja genomföra en hälsoprofil, ett hälsosamtal samt en undersökning som inkluderade mätning av BMI, blodglukos och blodtryck. Hälsoprofilen var ett självadministrerat instrument som deltagarna fyllde i hemma inför hälsosamtalet. Efter hälsosamtalen fick de deltagare med en eller flera riskfaktorer möjlighet att delta i något program motsvarande observerade riskfaktorer, till exempel hantering av sömnsvårigheter eller överdriven alkoholkonsumtion eller låg fysisk aktivitet. Det övergripande syftet var att stärka deltagarens egna hälsofrämjande aktiviteter.

Deltagarna följdes upp efter ett år för jämförelse med baseline. De som hade svarat på enkäten och valde att delta rapporterade generellt sämre levnadsvanor och fler

riskfaktorer än de som svarat och valt att inte delta. Vid uppföljningen sågs sänkt BMI, blodglukos och blodtryck hos både kvinnor och män. Positiva förändringar sågs även gällande fysisk aktivitet, rök- och alkoholvanor samt mental stress. Överlag hade kvinnorna större förbättringar än männen.(58)

7. Sammanfattande diskussion

Denna rapport visar att de program med hälsoundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdomar som genomförs i landstingsregi har flera gemensamma nämnare. De skiljer sig från internationella program genom att alla bedrivs integrerat i primärvården, bygger på en dialog med deltagaren, erbjuds samtliga i målgruppen och har ett centralt supportsystem. Flera av programmen har inte pågått så länge, men visar redan på goda resultat. I de fall man har bedrivit programmen under en längre tid finns evidens för ett verksamt koncept.

I den internationella litteraturen skiljer sig programmen betydligt vilket gör jämförelser svåra att genomföra. Olika settings, målgrupper och interventioner visar på att det inte finns ett sammanhållet koncept för riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal som sträcker sig över gränserna.

Hälsosamtalen i de inkluderade landstingen innefattar i samtliga fall ett strukturerat samtal som ämnar utbilda, stödja och ge deltagaren verktyg att påverka sin egen hälsostatus. I programmen har man lagt ett stort fokus på dialogen mellan deltagaren och utföraren. Samtalet används som ett instrument för att informera om och väcka intresse för den egna hälsan och vad man själv kan göra för att förbättra eller bibehålla sin hälsa.(9-15) Personalen som arbetar med hälsosamtalen får en utbildning som grundar sig på ett hälsofrämjande och motiverande tankesätt. Det framgår från landstingens erfarenheter att personalen som utför hälsosamtal erhåller en kompetens som bör vara till stor nytta för övrig verksamhet.(9-15)

Dessa hälsoprogram behöver kontinuerlig uppdatering i enlighet med implementering av ny evidens inom hälso- och sjukvården. Detta kräver kompetens, organisation och struktur. Det som startades 1990 är inte enligt dagens riktlinjer och medicinska kunnande. Man måste kontinuerligt följa den medicinska utvecklingen och justera programmen därefter. Exempel på förändringar är definitionen av diabetes, betydelsen av midjemått och stillasittande som en oberoende riskfaktor.

Internationellt har programmen likheter och olikheter med avseende på ett antal komponenter, såsom vilka provtagningar som genomförts och typen av intervention. Skillnaderna mellan programmen, såsom olika målgrupper, miljöer och uppföljningstider, gör att de är svåra att jämföra på ett systematiskt sätt. De flesta program syftar till att öka deltagarnas kunskap om och uppmuntra till hälsosamma levnadsvanor, ofta genom personlig rådgivning av sjuksköterska eller genom gruppaktiviteter. Vissa program har tagit ytterligare steg för att göra det hälsosamma alternativet enkelt genom breda samhällsinterventioner.

Samverkan med och stöd från övriga samhällsaktörer som exempelvis motionsföreningar eller lokala handlare har visat sig vara ett mycket bra komplement till hälsoundersökningarna. Genom att engagera flera olika aktörer sprids information om hälsoundersökningarna, vilket ökar deltagandet i programmet. Genom samarbeten med matbutiker kan utbudet påverkas att bli mer hälsofrämjande, vilket både Västerbotten och Jönköpings landsting framgångsrikt har visat.

En del av kritiken angående hälsoundersökningar till en bred grupp i befolkningen är att resurser tas ifrån grupper med sjukdom och låg socioekonomisk status och istället satsas på friska personer från gynnade förhållanden.(59, 60) Flera studier i den här genomgången har istället visat att de med större behov gynnas, ibland allra mest, av breda interventioner.(61-63) Erfarenheter från deltagande landsting talar också för att de socioekonomiskt mer utsatta är de med större behov av stöd till förbättringar. Samtal och i vissa fall behandling lär därmed ha ett extra stort värde för de socioekonomiskt mer utsatta. En förutsättning är att det bjuds in på ett sådant sätt att de väljer att delta.

Den uppsökande karaktären av hälsosamtalen, med inbjudningar till alla invånare i utvalda åldersgrupper torde ge en möjlighet att nå de invånare som inte annars har kontakt med sin vårdcentral. Om en verksamhet dessutom väljer att ringa till dem som inte svarat på inbjudan är det ett ypperligt tillfälle att etablera en kontakt med individen. Vid de tillfällen då en deltagare besöker sin vårdcentral för första gången vid hälsosamtalet lär den kontakt de får då sänka tröskeln för att söka vård eller stöd om behov skulle uppstå.

Inom landstingen finns ett antal exempel på vårdcentraler där över 70 procent av de inbjudna väljer att delta i hälsosamtal. Framgångsfaktorer hos dessa vårdcentraler har beskrivits som en ledning som är engagerad i frågan, personlig inbjudan till deltagarna och ett väl inarbetat koncept som är välkänt av invånarna. Former för personlig inbjudan, till exempel i Jönköpings landsting, visar att om deltagare känner personalen de ska träffa, alternativt får telefonkontakt med dem, tenderar de att i högre grad tacka ja till ett hälsosamtal. Liknande erfarenheter finns i samtliga landsting.

Programmen i litteraturgenomgången är integrerade i samhället i olika grad, det vill säga om det är ett primärvårdsbaserat program som det gjorts studier på eller om programmet utförts i forskningsmiljö, exempelvis på ett universitetssjukhus. Värdet av en studie som genomförts i forskningsmiljö är diskutabelt, eftersom program med riktade hälsoundersökningar är menade att fungera ute i samhället där helt andra förutsättningar råder.

Hur programmet kan integreras i sin omgivning är beroende av hur omgivningen ser ut. I de program som genomförts i mindre samhällen är gemenskapen och de naturliga nätverk som finns inbyggt i samhällsstrukturen en värdefull byggsten i metoden. Individuella insatser kan bli breda interventioner genom kontakten mellan människor, det vill säga hälsoundersökningar får legitimitet och spridning via sociala nätverk. Program i större städer kan inte förlita sig på de strukturer och spridningsmekanismer som fungerar i ett mindre samhälle. I Västerbotten beskrivs det att invånarna på 80-talet förväntade sig att det skulle införas insatser mot den höga dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar.(10) Ett sådant engagemang kan vara svårt att uppnå i en storstadsregion, där många är inflyttade och den sociala kontrollen är lägre. Därför skulle ett program i en sådan miljö sannolikt kräva andra informationsstrategier.

Kritiker har menat att eftersom läkare inom primärvården känner sina patienter har de redan vidtagit nödvändiga åtgärder, vilket gör ytterligare hälsoundersökningar onödiga.(43, 64) Å andra sidan söker sig inte individer till vårdcentralen om de känner sig friska.

Vinsten med att nå fler personer och inte bara de med förhöjd risk ligger i att även om en stor del av de i högriskgruppen kommer att drabbas av hjärt- kärlsjukdom är det totalt sett fler personer i lågriskgruppen som kommer att insjukna, vilket talar för en bred och tidig intervention.(65, 66) Ur ett folkhälsoperspektiv finns det större vinster att hämta genom att påverka den stora lågriskgruppen lite än att påverka den lilla högriskgruppen mycket.(67)

Sverige har ett väl utbyggt system med primärvårdsverksamheter som den största delen av befolkningen besöker med jämna mellanrum. En studie har konstaterat att under fyra år besöktes en vårdcentral av 87 procent av sina inskrivna patienter mellan 20 och 60 år.(54) Det innebär att långt de flesta har en relation till personalen till sin vårdcentral och alltså är mer benägna att tacka ja till en inbjudan.(9) Det är ur genomförande- och kostnadsperspektiv praktiskt att använda etablerade plattformar, i vilka utförare känner deltagarna och det finns hög tillit.(46, 69)

Kostnadseffektiviteten hos hälsoundersökningar varierar mellan olika länder, på grund av olika sjuktal, olika vårdorganisation och social organisation.(68) Att använda en plattform som redan finns och är integrerad i samhället, till exempel primärvården i Sverige, kan innebära flera fördelar för effekt och kostnad. Om utföraren känner deltagarna kan det öka deltagandet, underlätta genomförandet genom högre tillit bland deltagarna och därmed ge bättre resultat.(69) Den metod som kan ses i Sverige, det vill säga att kombinera en bred intervention med rådgivning till hela befolkningen samtidigt som man söker efter högriskindivider i behov av behandling och ytterligare stöd, bedömdes kostnadseffektiv redan på 80-talet.(70)

Sammanfattningsvis kan det konstateras att de svenska, landstingsdrivna, programmen skiljer sig mot program utförda i andra länder, främst genom att de svenska programmen bedrivs med ett sammanhållet och beprövat koncept. De svenska programmen bygger på att personalen är utbildad i motiverande samtalsteknik och att man använder sig av ett pedagogiskt visuellt hjälpmedel under samtalet med deltagaren.(9-15) Hjälpmedlet bygger i sin tur på bland annat deltagarens svar i ett uttömmande formulär. Deltagarna har alltså redan innan de kommer in till samtalet fått en möjlighet att fundera över ämnena som samtalet tar upp, vilket ger en god grund att stå på då man ska åstadkomma förändringar.

7.1 Svensk modell

Ur genomgången av de landstingsdrivna programmen framträder ett antal gemensamma nämnare som tillsammans kan ligga till grund för en svensk modell för hälsosamtal/hälsoundersökningar riktade mot hjärt- kärlsjukdomar:

- Drivs integrerat i primärvården
- Samtliga i målgruppen erbjuds deltagande
- Ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel till stöd för dialogen mellan deltagare och utförare
- Ett individanpassat samtalsstöd till samtliga deltagare
- Ett samordnat kompetens- och metodstöd

7.2 Förtydligande av begrepp

Mot bakgrund av inventeringen av såväl internationella och svenska erfarenheter föreslås en fortsatt diskussion kring fokus och tydlighet för de former av riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal som diskuterats i rapporten.

Eftersom de gemensamma svenska erfarenheterna samlas kring samtalets betydelse, med stöd av pedagogiskt hjälpmedel, och att dessa erbjuds befolkningen i utvalda årsklasser, för att förebygga hjärt-kärlsjukdom, så föreslås följande begrepp:

- Befolkningsbaserade riktade hälsosamtal

7.3 Vidare studier

Vidare genomgång av tillgänglig litteratur behöver göras. I detta arbete användes sökningar enligt bestämda sökord vilket kan ha inneburit begränsningar av vilka program och studier som ingick i genomgången. Vid ett fortsatt arbete rekommenderas en annan metod vid litteraturinsamling. Förslagsvis en snöbollsmetod vilket ger möjlighet till en djupare och mer fokuserad analys. En sådan metod skulle ge en bredare kunskapsbas och en möjlighet att belysa fler aspekter av arbetet med hälsoundersökningar/hälsosamtal. Eftersom det inte finns någon klar internationell definition eller benämning på det som i Sverige kallas hälsosamtal missas många program när man söker efter vetenskapliga artiklar. För att underlätta vid fortsatta undersökningar och studier skulle en mer konsekvent terminologi vara till stor hjälp.

I Sverige vore det värdefullt med en större studie på kostnadseffektiviteten för programmen. Vidare torde det vara av värde att närmare utforska deltagarnas och utförarnas upplevelser av hälsosamtalen och hälsoundersökningarna. En tydlig definition av vad som innefattas i den svenska modellen för hälsosamtal, inklusive en modell för resultatuppföljning, skulle ge en möjlighet att utveckla programmen ytterligare och göra det lättare att sprida metoden.

Referenser

1. HFS-nätverket -för en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård. <http://www.hfsnatverket.se/sv/om-oss/2014> [cited 2014 15 december].
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. <http://socialstyrelsen.iterm.se/> [cited 2014 19 januari].
3. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2013. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12823/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2013.pdf2013>.
4. WHO. Diabetes, Fact sheet N°312. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/2013>.
5. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet N°317. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html2011>.
6. Norberg M, Danielsson M. Overweight, cardiovascular disease and diabetes: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 7. Scandinavian Journal of Public Health. 2012;9(40):135-63.
7. Weinehall L, Johnson O, Jansson JH, Boman K, Huhtasaari F, Hallmans G, et al. Perceived health modifies the effect of biomedical risk factors in the prediction of acute myocardial infarction. An incident case-control study from northern Sweden. J Intern Med. 1998;243(2):99-107.
8. SBU Sbfmu. Generella hälsokontroller för vuxna. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Generella-halsokontroller-for-vuxna/-fr22013> [cited 2014 16 December].
9. Landstinget i Jönköpings län T. Intervju. Intervju med ansvariga tjänstemän i Landstinget i Jönköpings län. ed2014.
10. Västerbottens läns landsting T. Intervju. Intervju med ansvariga tjänstemän i Västerbottens läns landsting. ed2014.
11. Landstinget Västernorrland T. Intervju. Intervju med ansvariga tjänstemän i Landstinget Västernorrland. ed2014.
12. Landstinget Gävleborg T. Intervju. Intervju med ansvariga tjänstemän i Landstinget Gävleborg. ed2014.
13. Landstinget Sörmland T. Intervju. Intervju med ansvariga tjänstemän i Landstinget Sörmland. ed2014.
14. Norrbottens läns landsting T. Intervju. Intervju med ansvariga tjänstemän i Norrbottens läns landsting ed2014.
15. Landstinget i Östergötland T. Intervju. Intervju med ansvariga tjänstemän i Landstinget i Östergötland. ed2014.
16. landsting V. Manual för Västerbottens hälsoundersökningar 2012. 2012.
17. Åsberg K, Ekberg J, Borgstedt-Risberg M, Mako E, Valter L. Hälsolyftet, Hälsoundersökningar och hälsosamtal på vårdcentraler i Östergötland, En sammanställning av resultatet från 2012-2013. http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/147261/Resultat_fran_Halsolyftet_ar_2012-2013_141009.pdf: 2014.
18. 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. Glob Health Action. 2012;5:1-9.
19. Lingfors H, Persson LG, Lindstrom K, Ljungquist B, Bengtsson C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? Scand J Prim Health Care. 2002;20(1):28-32.
20. Ng N, Carlberg B, Weinehall L, Norberg M. Trends of blood pressure levels and management in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2010. Glob Health Action. 2012;5.
21. Weinehall L, Janlert U, Asplund K, Wall S. [Public health work needs new evaluation models. Primary care projects are more effective than large scale

- campaigns]. *Lakartidningen*. 1998;95(36):3812-6. Folkhalsoarbetet behover nya utvarderingsmodeller. Primarvardsstodda program nar djupare an storskaliga kampanjer.
22. Puska P, Salonen JT, Tuomilehto J, Nissinen A, Kottke TE. Evaluating community-based preventive cardiovascular programs: problems and experiences from the North Karelia project. *J Community Health*. 1983;9(1):49-64.
 23. Salonen JT, Heinonen OP, Kottke TE, Puska P. Change in health behaviour in relation to estimated coronary heart disease risk during a community-based cardiovascular disease prevention programme. *Int J Epidemiol*. 1981;10(4):343-54.
 24. Tuomilehto J, Nissinen A, Salonen JT, Kottke TE, Puska P. Community programme for control of hypertension in North Karelia, Finland. *Lancet*. 1980;2(8200):900-4.
 25. McAlister A, Puska P, Salonen JT, Tuomilehto J, Koskela K. Theory and action for health promotion illustrations from the North Karelia Project. *Am J Public Health*. 1982;72(1):43-50.
 26. Jones A, Davies DH, Dove JR, Collinson MA, Brown PM. Identification and treatment of risk factors for coronary heart disease in general practice: a possible screening model. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988;296(6638):1711-4.
 27. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. *BMJ*. 1995;310(6987):1099-104.
 28. O'Neill C. The OXCHECK Study: a nursing perspective. Oxford and Collaborators Health Check. *Health Rep*. 1994;6(1):160-5.
 29. Honey S, Bryant LD, Murray J, Hill K, House A. Differences in the perceived role of the healthcare provider in delivering vascular health checks: a Q methodology study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:172.
 30. Artac M, Dalton AR, Majeed A, Car J, Millett C. Effectiveness of a national cardiovascular disease risk assessment program (NHS Health Check): results after one year. *Prev Med*. 2013;57(2):129-34.
 31. Cochrane T, Gidlow CJ, Kumar J, Mawby Y, Iqbal Z, Chambers RM. Cross-sectional review of the response and treatment uptake from the NHS Health Checks programme in Stoke on Trent. *Journal of Public Health*. 2013;35(1):92-8.
 32. Dalton ARH, Bottle A, Okoro C, Majeed A, Millett C. Uptake of the NHS Health Checks programme in a deprived, culturally diverse setting: cross-sectional study. *Journal of Public Health*. 2011;33(3):422-9.
 33. Artac M, Dalton ARH, Babu H, Bates S, Millett C, Majeed A. Primary care and population factors associated with NHS Health Check coverage: a national cross-sectional study. *Journal of Public Health*. 2013;35(3):431-9.
 34. Engberg M, Christensen B, Karlsmose B, Lous J, Lauritzen T. General health screenings to improve cardiovascular risk profiles: A randomized controlled trial in general practice with 5-year follow-up. *Journal of Family Practice*. 2002;51(6):546-52.
 35. Lauritzen T, Leboeuf-Yde C, Lunde IM, Nielsen KD. Ebeltoft project: baseline data from a five-year randomized, controlled, prospective health promotion study in a Danish population. *Br J Gen Pract*. 1995;45(399):542-7.
 36. Maindal HT, Stovring H, Sandbaek A. Effectiveness of the population-based Check your health preventive programme conducted in primary care with 4 years follow-up [the CORE trial]: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15:341.
 37. Cox JL, Carr B, Vallis TM, Szpilfogel C, O'Neill BJ. A novel approach to cardiovascular health by optimizing risk management (ANCHOR): a primary prevention initiative examining the impact of health risk factor assessment and management on cardiac wellness. *Can J Cardiol*. 2011;27(6):809-17.

38. Cox JL, Vallis TM, Pfammatter A, Szpilfogel C, Carr B, O'Neill BJ. A novel approach to cardiovascular health by optimizing risk management (ANCHOR): behavioural modification in primary care effectively reduces global risk. *Can J Cardiol.* 2013;29(11):1400-7.
39. Henny J, Paulus A, Helfenstein M, Godefroy T, Gueguen R. Relationship between the achievement of successive periodic health examinations and the risk of dying. Appraisal of a prevention scheme. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(12):1092-6.
40. James R, Tyler C, van Beurden E, Henrikson D. Implementing a public cholesterol screening campaign: the North Coast experience. *Community Health Stud.* 1989;13(2):130-9.
41. Fanaian M, Laws RA, Passey M, McKenzie S, Wan Q, Davies GP, et al. Health improvement and prevention study (HIPS) - evaluation of an intervention to prevent vascular disease in general practice. *BMC Fam Pract.* 2010;11:57.
42. Harris MF, Fanaian M, Jayasinghe UW, Passey ME, McKenzie SH, Powell Davies G, et al. A cluster randomised controlled trial of vascular risk factor management in general practice. *Med J Aust.* 2012;197(7):387-93.
43. Devroey D, Kartounian J, Vandevoorde J, Betz W, Cogge M, De Man B, et al. Primary prevention of coronary heart disease in general practice: a cross sectional population study. *Int J Clin Pract.* 2004;58(2):130-8.
44. Trell E. Community-based preventive medical department for individual risk factor assessment and intervention in an urban population. *Prev Med.* 1983;12(3):397-402.
45. Berglund G, Nilsson P, Eriksson KF, Nilsson JA, Hedblad B, Kristenson H, et al. Long-term outcome of the Malmo preventive project: mortality and cardiovascular morbidity. *J Intern Med.* 2000;247(1):19-29.
46. Norinder A, Persson U, Nilsson P, Nilsson JA, Hedblad B, Berglund G. Costs for screening, intervention and hospital treatment generated by the Malmo Preventive Project: a large-scale community screening programme. *J Intern Med.* 2002;251(1):44-52.
47. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjo community intervention programme--motives, methods and intervention components. *Scand J Public Health Suppl.* 2001;56:13-20.
48. Weinehall L, Westman G, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Pearson TA, et al. Shifting the distribution of risk: results of a community intervention in a Swedish programme for the prevention of cardiovascular disease. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53(4):243-50.
49. Farnkvist L, Weinehall L. Assessment of intervention intensity: experiences from a small-scale Swedish cardiovascular disease prevention programme. *Scand J Public Health.* 2006;34(3):279-86.
50. Farnkvist L, Olofsson N, Weinehall L. Did a health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(3):135-9.
51. Persson LG, Lindstrom K, Lingfors H, Bengtsson C. Results from an intervention programme dealing with cardiovascular risk factors. Experiences from a study of men aged 33-42 in Habo, Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 1996;14(3):184-92.
52. Lingfors H, Persson LG, Lindstrom K, Bengtsson C, Lissner L. 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(1):20-4.

53. Rastam L, Berglund G, Isacsson SO, Ryden L. The Skaraborg hypertension project. II. Feasibility of a medical care program for hypertension. *Acta Med Scand.* 1986;219(3):249-60.
54. Hellenius ML, Johansson J, de Faire U, Elofsson S, Krakau I. Four years experience of a cardiovascular opportunistic screening and prevention programme in the primary health care in Sollentuna, Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 1999;17(2):111-5.
55. Hellenius ML, Nilsson P, Elofsson S, Johansson J, Krakau I. Reduction of high cholesterol levels associated with younger age and longer education in a primary health care programme for cardiovascular prevention. *Scand J Prim Health Care.* 2005;23(2):75-81.
56. Bjorkelund C, Bengtsson C. Risk factor pattern for cardiovascular and cerebrovascular disease as observed in the female population of a Swedish community, Stromstad. *Scand J Prim Health Care.* 1991;9(1):11-5.
57. Bjorkelund C, Bengtsson C. Feasibility of a primary health care programme aiming at reducing cardiovascular and cerebrovascular risk factors among women in a Swedish community, Stromstad. *Scand J Prim Health Care.* 1991;9(2):89-95.
58. Blomstrand A, Ariai N, Baar AC, Finbom-Forsgren BM, Thorn J, Bjorkelund C. Implementation of a low-budget, lifestyle-improvement method in an ordinary primary healthcare setting: a stepwise intervention study. *BMJ Open.* 2012;2(4).
59. Hoebel J, Starker A, Jordan S, Richter M, Lampert T. Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health.* 2014;14:913.
60. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Larsen CG, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012(10).
61. Weinehall L, Hallgren CG, Westman G, Janlert U, Wall S. Reduction of selection bias in primary prevention of cardiovascular disease through involvement of primary health care. *Scand J Prim Health Care.* 1998;16(3):171-6.
62. Siren R, Eriksson JG, Peltonen M, Vanhanen H. Impact of health counselling on cardiovascular disease risk in middle aged men: influence of socioeconomic status. *PLoS One.* 2014;9(2):e88959.
63. Weinehall L, Lewis C, Nafziger AN, Jenkins PL, Erb TA, Pearson TA, et al. Different outcomes for different interventions with different focus!--A cross-country comparison of community interventions in rural Swedish and US populations. *Scand J Public Health Suppl.* 2001;56:46-58.
64. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD009009.
65. Makover ME, Ebrahim S. What is the best strategy for reducing deaths from heart disease? *PLoS Med.* 2005;2(4):e98.
66. metodik Sbfuam. Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program - *en systematisk litteraturöversikt.* Stockholm: SB Offset AB; 1997.
67. Oberman A, Kuller LH, Carleton RA. Prevention of cardiovascular disease--opportunities for progress. *Prev Med.* 1994;23(5):727-32.
68. Schuetz CA, Alperin P, Guda S, van Herick A, Cariou B, Eddy D, et al. A Standardized Vascular Disease Health Check in Europe: A Cost-Effectiveness Analysis. *Plos One.* 2013;8(7).
69. Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glumer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *Bmj-British Medical Journal.* 2014;348.

70. Hall JP, Heller RF, Dobson AJ, Lloyd DM, Sanson-Fisher RW, Leeder SR. A cost-effectiveness analysis of alternative strategies for the prevention of heart disease. *Med J Aust.* 1988;148(6):273-7.
71. Long GH, Simmons RK, Norberg M, Wennberg P, Lindahl B, Rolandsson O, et al. Temporal shifts in cardiovascular risk factor distribution. *Am J Prev Med.* 2014;46(2):112-21.

Bilaga 1 Intervjuguide

- 1) Hur länge har programmet varit igång?
- 2) Vem har tagit initiativet till satsningen?
- 3) Vad är syftet med satsningen?
- 4) Hur vet allmänheten att man har tillgång till hälsoundersökningar? (På apotek/vårdcentraler? Via skyltar/broschyrer etc.?)
- 5) Vilka åldersgrupper bjuds in? I vilka intervall (Var 5:e/10:e år)? Vilket syfte finns det med att bjuda just de aktuella åldersgrupperna?
- 6) Hur bjuds deltagarna in? (Brev, annons, telefon...)
- 7) Vilket av begreppen jobbar man med? Hälsosamtal eller hälsoundersökning? Hur definieras begreppen inom landstinget?
- 8) Vad görs för att säkra deltagandet?
- 9) Vilken utbildning har personalen som utför hälsoundersökningarna? Vilka personalgrupper utför undersökningarna? Hur förbereder man personalen inför arbetet med hälsoundersökningar/hälsosamtal?
- 10) Vilka strategier har man för att nå särskilda grupper? När man de grupper man vill nå? Vilka problem stöter man på?
- 11) Vilka grupper når man,
 - a. med förhöjd risk,
 - b. med svag socioekonomi
 - c. män/kvinnor
- 12) Vilka moment innefattas i hälsoundersökningar/hälsosamtal? Blodsocker, blodfetter, blodtryck, längd, vikt, enkät före eller i samband med undersökningen? Rådgivande samtal?
- 13) Hur dokumenteras undersökningen?
- 14) Hur följer man upp deltagarna efter undersökningen?
- 15) Görs det någon uppföljning av programmet? Hur går det till? Vem gör det (lokalt/centralt)? Hur dokumenteras det? Vilka indikatorer används?
- 16) Vilka uppföljningsrapporter finns? Vilka utvärderingar har gjorts? Deras upplägg?
- 17) Vilka resultat och effekter når man? Vilka mål har man med verksamheten? Sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande? Att nå en viss andel av de inbjudna? Att förhindra en viss andel insjuknanden? Hur mäter man effekterna av satsningen?
- 18) Hur finansieras verksamheten? Extra tillskott från landsting? Ingår det i vårdcentralernas ordinarie verksamhet?

- 19) Ges någon bonus för utförda undersökningar, eller vite för ej uppfyllda mål (exempelvis antal utförda undersökningar, andel inbjudna som erhållit undersökning etc.)?
- 20) Finns dokumenterade effekter på övrig verksamhet? Hur påverkas resten av verksamheten? Tar undersökningarna resurser från annat håll, på vilket vis?
- 21) Tror man att det är rätt väg att gå? Skulle man kunna göra på något annat sätt? Hur viktigt tycker man att detta uppdrag är?
- 22) Vad behöver utvecklas? Vad skulle landstinget se som värdefullt i utvecklingsarbetet?
- 23) Finns det något ni vill lägga till?

Bilaga 2 Översikt svenska program

Landsting	Startår	Åldersgrupper	Brevinbjudan	Telefoninbjudan	Längd/Vikt	BMI	Blodtryck	Midjemått	Blodsocker	Glukosbelastning	Lipidstatus	Enkät	Samtal	Visuellt hjälpmedel	DSK	SSK	Leg. personal	All personal	Ersättning från landsting	Deltagaravgift
Sörmland	2014	40, 50, 60	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	
Norrbottn	2011	30,40, 50, 60	X		X		X					X	X	X			X		X	
Gävleborg	2007	40	X		X	X	X	X	X			X	X	X				X	X	
Jönköping	1984	40, 50, 60, 70	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X
Västerbotten	1985	40, 50, 60	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
Västernorrland	2012	40, 50, 60	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	
Östergötland	2012	40, 45, 50, 55, 60, 65, 70	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	

Tabellen visar grundutbudet i varje program, det vill säga de moment som alla deltagare erbjuds, oavsett eventuella riskfaktorer.

Bilaga 3

Hälsosamtal Gävleborg

I landstinget Gävleborg har man haft ett hjärt- kärprogram sedan 2001. Landstingets primärvård var delad i två förvaltningar, Gästriklands primärvårdsförvaltning och Hälsinglands primärvårdsförvaltning, till 2008. I Gästriklands primärvård hade man hälsosamtal från 2001 och 2006 följde Hälsinglands primärvårdsförvaltning efter och införde hälsosamtal på alla vårdcentraler.

I början bjöds invånarna in till hälsosamtal det år det fyllde 35 och 40 år. År 2007 beslöt man att slopa samtalen för 35-åringarna, och endast fokusera på 40-åringarna. Anledningen till detta var både ekonomisk och att deltagandet varit något lägre hos 35-åringarna. Man hade även fått signaler om att 35-åringarna som deltog inte var lika motiverade som de deltagande 40-åringarna.

Initiativet till satsningen kom från politiskt håll, men även från primärvårdsförvaltningen, främst från folkhälsoutvecklare med intresse i frågan. Man har haft olika typer av samtalsprogram sedan 1993, som startades upp och utvärderades lokalt. Fokus i de olika programmen har alltid varit på hjärt- kärlsjukdomar. Från början var det även sekundärpreventivt, med samarbete med sjukhus, apotek och intresseföreningar som engagerades.

Deltagarna blir inbjudna till hälsosamtal, men tidigare har man även använt begrepp som hälsokontroll eller bara hjärt- kärprogrammet. Syftet med dagens program är fortfarande fokuserat på hjärt- kärlsjukdomar och det övergripande målet är att öka befolkningens hälsa och välbefinnande. Man har även ett mål om att 60 procent av de inbjudna ska delta och att deltagarna skall vara representativa för befolkningen i den aktuella åldersgruppen.

Man har tidigare haft affischer uppsatta på vårdcentralerna som informerat allmänheten om hälsosamtalen, men just nu har man ingen sådan informationsstrategi. Under 2015 kommer en intensiv marknadsföringskampanj att genomföras. Deltagarna får oftast inbjudan på posten och de samordnande funktionerna rekommenderar att de även får en förbokad tid tillsammans med inbjudan. Detta är dock något som vårdcentralerna själva bestämmer, det kan därför se olika ut mellan verksamheterna. Deltagandet varierar på metod för inbjudan, men under 2013 deltog 48 procent av de inbjudna. Från 2015 har ledande positioner i landstinget bestämt att kallelse med tid ska genomföras. För varje genomfört samtal ersätts vårdcentralerna med 1100 kronor.

Då deltagaren kommer för samtal mäts längd, vikt, blodtryck och blodsocker. På deltagare som bedöms vara i riskzonen ska man också ta kolesterol, följsamheten av detta är dock också något som varierar mellan olika verksamheter. Enkät- och provsvar utmynnar i en stjärnprofil, som man sedan utgår ifrån under samtalet och då man erbjuder eventuella åtgärder.

Personalen som arbetar med hälsosamtalen är främst sjuksköterskor och distriktssköterskor, samt undersköterskor, sjukgymnaster och en hälsopedagog. Utförarna kallas för *hälsosamordnare* och har nätverksträffar en gång per termin. Träffarna syftar till att utveckla hälsosamordnarnas kompetens inom området och man jobbar med olika teman varje träff, exempelvis matvanor och riskbruk av alkohol.(12)

Bilaga 4

Hälsosamtal Jönköping

I Jönköping har enstaka vårdcentraler erbjudit hälsosamtal sedan 1998. Grunden till programmet lades långt tidigare, i Skaraborgs landstings landsting, som hade haft liknande satsningar innan landstinget delades och Habo och Mullsjö kommuner gick över till Jönköpings landsting. I Habo hade man startat upp hjärt- kärlsatsningar, som spreds till hela Skaraborg och sedan till Jönköpings landsting. Grunden till att programmet startades upp i Habo, Skaraborg, var den hälsopolitiska proposition som kom 1984 *Hälsa för alla år 2000*, med ett mål att sträva efter en minskning av insjuknande och dödlighet i framförallt hjärt- kärlsjukdomar med 25 procent.

I Habo ville man bryta osunda levnadsvanor tidigt, varför man valde att rikta in sig mot män i åldern 33-42 år som bjöds in till en hälsoprofilsbedömning 1985-1987. Projektet gav gensvar i resten av dåvarande Skaraborg och programmet infördes snart i resten av landstinget (1989). Målgruppen blev då alla 30- och 35-åringar, både män och kvinnor. Inspirationen till det pedagogiska verktyget hittade man bland annat från en hälsoprofilsbedömning som tagits fram på företagshälsovården i Linköping.

Sedan 2012 ingår det i alla vårdcentralers uppdrag att erbjuda hälsosamtal till alla förstagångsföräldrar, 40-, 50- och 60-åringar. Tanken är att fånga upp många under unga år, då man bildar familj, för att sedan få möjlighet igen då deltagarna blir 40 år. Inbjudan sker brevlades, med ett brev och information om erbjudandet. Sedan blir deltagaren uppringd av en sjuksköterska som kan svara på frågor och boka in en lämplig tid. Då deltagaren tackat ja, skickas två delenkäter hem för att fyllas i hemma innan undersökningen. Det hör tre enkäter till hälsosamtalet, varav de två första är tänkta att fyllas i hemma. Under samtalet fyller man i en enkät om sina matvanor, tillsammans med sjuksköterskan. Hela samtalet dokumenteras i journalen, i en särskild journalmall och en tabell som kopplas till en journalanteckning och därigenom hamnar i det ordinarie journalsystemet.

Det finns en metodpärm med förslag på vad man kan erbjuda de deltagare som vill ha någon form av stöd. Vid enklare råd kan sjuksköterskan erbjuda hjälpen under samtalet, eller boka in ett uppföljande samtal. Annars finns det kvalificerade rådgivare att tillgå, enligt nationella riktlinjer.

Deltagandet skiljer sig en del mellan olika vårdcentraler, från några få procent, till 60-70 procent. Vårdcentralerna bjuder in på olika vis, vilket påverka deltagandet. På vissa vårdcentraler har man valt att göra enligt rekommendationerna, nämnda ovan, vilket också har visat sig ge bäst effekt. Man har nu skickat ut brev till de vårdcentraler som har ett deltagande under 10 procent, med erbjudande om praktiskt stöd för att hitta orsaken till det och få upp deltagandet. Deltagandet skiljer sig lite mellan svenskfödda och de som är födda utanför EU, men det är ingen större skillnad som man ännu tänker agera på. Det ses ingen skillnad i deltagande med avseende på utbildningsnivå. Det är även en smärre skillnad på deltagandet mellan kvinnor och män framför allt bland de yngsta deltagarna, där kvinnor kommer i högre utsträckning. Programmet är nu inne på sitt tredje år och deltagandet ser ut att öka.

Programmet bygger på metoden *Hälsosamtal* och verktyget *Hälsokurvan*. Utförarna är oftast distriktssköterskor eller sjuksköterskor. De genomgår en tvådagarskurs i metod och verktyg,

som sedan byggs på med fortbildningsdagar varje år. Det rekommenderas även att utförarna ska ha en utbildning i någon form av patientcentrerad samtalsmetodik, vilket vanligen oftast innebär *Motiverande samtalsmetodik, MI*. Fortbildningsdagarna bygger till stor del på vad utförarna har angett att de önskar förkovra sig i, exempelvis kostfrågor och evidensen kring nya dieter.

För att ge vårdcentralerna en bild över sina deltagare testar landstinget att skicka ut så kallade vårdcentralprofilerna, med information som vårdcentralerna sedan kan använda för eventuella satsningar. I profilen syns olika karakteristiska, exempelvis andel listade med diabetes, andel med kort utbildning, andel som är födda utomlands eller hur många i åldern 40-70 år som har haft hjärtinfarkt. Vissa riskgrupper plockas ut och redovisas i reella tal, som vårdcentralen sedan kan begära ut listor på, om de exempelvis vill erbjuda en rökavvänjningskurs eller göra en satsning för ensamstående föräldrar. Tanken är att vårdcentralerna från och med 2015 ska få extra bidrag för sådana särskilda insatser.

Deltagarna betalar en mindre avgift för samtalet, och vårdcentralerna får också en summa för utfört samtal och eventuell uppföljning. Materialet som behövs för att genomföra programmet går att beställa gratis.(9)

Bilaga 5

Hälsosamtal Norrbotten

I Norrbottens landstings landsting startade man upp en pilotsatsning med hälsosamtal för 30-åringar i två kommuner, Gävle och Piteå, under 2011-2012. Samtalen ingick i en bred hälsosatsning, som även innefattade projekt inom både de två kommunerna, mödravårdscentraler, barnavårdscentraler och skolhälsovården. Initiativet till satsningen, *Livsviktigt*, togs av dåvarande landstingsdirektör. Pilotprojektet med hälsosamtal pågick i två år, varefter man gjorde ett breddinförande i hela landstinget i 2013. Första året gällde satsningen fortfarande endast 30-åringar, följt av 40- 50- och 60-åringar from 2014. Anledningen till att man började med att endast erbjuda samtal till 30-åringar var att man strävade efter att vid behov kunna sätta in tidiga insatser mot sjukdomar och ohälsa. Inför satsningen på hälsosamtal för 30-åringar fick man bland annat inspiration från Västernorrland som genomfört liknande hälsosamtal med 35-åringar på ett par vårdcentraler. Man hittade evidens i litteraturen från arbetet i Jönköping, av bland annat Hans Lingfors, som visade på bl.a. gynnsamma effekt på riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom.

Information har gått ut till befolkningen genom flera olika kanaler. Man har annonserat i tidningar och arrangerat presskonferenser. I landstingets egen tidning har man haft ett reportage med intervju av en utförare och en deltagare. Man har nu även tagit fram en informationsfolder för att skicka med inbjudningarna, och att ha stående på vårdcentralerna. För att stödja vårdcentralerna i arbetet med att sprida information kommer man annonsera med jämna mellanrum även i fortsättningen. Lokala annonsblad har varit en god hjälp i informationsspridningen, och en del vårdcentraler har själva valt att annonsera i dessa, vilket landstinget nu överväger att göra centralt. Deltagarna bjuds in brevlades, med en förbokad tid i inbjudan. 2014 är det första året man erbjuder samtal för fler åldersgrupper än 30-åringar. Landstingets beställarenhet och Folkhälsocentrum har fått signaler om att vårdcentralerna har haft bemanningsproblem och gett hälsosamtalen olika prioritet. Exempelvis har inte alla bjudit in alla åldersgrupper. Verksamhetsrapporter sammanställs årligen.

När deltagaren kommer för samtal mäter man längd, vikt och blodtryck. I övrigt tas inga prover, utan det är ett helt renodlat samtal med patienten. Vid samtalet fyller deltagaren i en pappersenkät med frågor om sina levnadsvanor. I enkäten är även en fråga inkluderad om erfarenheter av våld i nära relationer. Hälsosamtalet dokumenteras i en "levnadsvanejournal" som är anpassad utifrån enkätens frågor. För närvarande pågår ett arbete med att utveckla en webbenkät. Enkätdata kommer att sparas i en databas för uppföljning och utvärdering. Redan insamlade data kommer att föras in i databasen. Initiativet till satsningen, *Livsviktigt*, togs av dåvarande landstingsdirektör. Det är framför allt sjuksköterskor som utför samtalen, men all legitimerad personal har möjlighet att medverka. Detta innebär att bland utförarna finns det även fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Man har satt upp en kravspecifikation för utförarna, som säger att för att få arbeta med hälsosamtalen ska personen vara legitimerad, ha en utbildning i motiverande samtalsmetodik och ha ett intresse av arbetsområdet. Dessutom ska utförarna genomgå en tredagars utbildning som bland annat omfattar Nationella riktlinjer sjukdomsförebyggande metoder, levnadsvanor, stress och sömn, våld i nära relation och sexuell hälsa. Man har tagit fram en manual som behandlar både hälsosamtalen, sjukdomar och motiverande samtalsmetodik. En av dagarna på utbildningen är vikt åt att gå igenom materialet för hälsosamtalen.(14)

Bilaga 6

Sörmlands hälsoprogram

Landstinget i Sörmland har erbjudit hälsosamtal och hälsoundersökningar under benämningen Sörmlands hälsoprogram sedan januari 2014. Programmet erbjuds alla invånare det år de fyller 40, 50 och 60 år.

Idén om att börja jobba med hälsosamtal kom från en vårdcentral som sökte medel för att testa ett hälsoprogram liknande Västerbottens på vårdcentralen riktat till listade som under året fyllde 40 år.

Politikerna var positiva till idén och i mål och budget för 2013 kom så ett uppdrag att erbjuda alla Sörmlänningar en "hälsoundersökning" det år de fyller 40, 50 och 60 år.

En grupp bestående av representanter från Hälsoval, enheten Hälsofrämjande Landsting och Primärvården besökte Västerbotten under hösten 2012. Gruppen enades efter detta om att en tjänst skulle tillsättas för att skapa beställningen av Sörmlands hälsoprogram utifrån en grov ram gällande innehåll (provtagning och samtal) och inriktning. Ansvarig för programmet anställdes i februari 2013.

En "referensgrupp" fick tycka till om programmet och dess innehåll under våren 2013 och en arbetsgrupp tillsattes och påbörjade sitt arbete i september 2013. Programmet testades på fyra vårdcentraler under november-december 2013, för att sedan breddinföras i januari 2014. Alla Sörmlands 26 vårdcentraler ska nu ha kommit igång, men man har kommit olika långt i arbetet.

Målet med Sörmlands hälsoprogram är att minska dödlighet och sjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar samt diabetes. För att göra allmänheten medveten om satsningen har man under året haft en marknadsföringskampanj i landstinget. En informationsfilm har spelats in, som finns att se på 1177 Vårdguiden. Filmen finns i både en lång och en kort version, varav den korta är textad och spelas upp i väntrummen på vårdcentralerna. Man har även skickat ut pressmeddelanden och gjort reklam i radio, på flera olika språk. Det har även gjorts riktade utskick till företag och SFI, svenska för invandrare.

Invånare som är i aktuell ålder får ett erbjudande om att delta per post. Med erbjudandet följer en bokad tid för provtagning, där deltagaren sedan får en ny tid för samtal. Att låta deltagaren själv boka en första tid för provtagning har i andra landsting visat sig vara mindre effektivt än att erbjuda en tid direkt i inbjudan. Då deltagarna kommer för provtagning får de även fylla i en enkät med frågor kring hälsa, levnadsvanor och socialt nätverk. Därefter bokas en tid för samtal med distriktssköterska. Enkät- och provsvar matas in i en databas som genererar ett resultat/ "samtalsstöd" och visas för deltagaren i en så kallad stjärnprofil.

Det är främst distriktssköterskor som utför samtalen, medan provtagningen oftast handhas av labbpersonal. För att garantera att alla utförare har en fördjupad kompetens i motiverande samtalsmetodik, MI, har man genomfört extra utbildningsinsatser för dem som arbetar med hälsoprogrammet. Man har också infört grupphandledning för att ytterligare höja kompetensen hos utförarna. Distriktssköterskorna har fått gå en webbaserad utbildning om programmet innan programmets Kick-off där de vårdcentraler som testat programmet delade med sig av sina erfarenheter och man fick ytterligare information och möjlighet att ställa frågor.

För deltagaren är både provtagning och samtal avgiftsfria. Sörmlands landsting har inför 2014 gett vårdcentralerna ett startbidrag, beräknat utifrån antalet listade patienter, samt en

grundersättning, beräknad på samma antal. Efter utfört program får vårdcentralerna ytterligare ersättning, baserat på utförda undersökningar och samtal. Till nästa år kommer man att göra om ersättningssystemet och då kommer man endast att ge ersättning (som höjts från 2014) för utförda program.

Idag får de vårdcentraler som kommer upp i ett deltagande på 50 procent dela på en bonuspott, och de som kommer upp i ett deltagande på 70 % får dela på ytterligare en bonuspott. Även detta system är unikt för i år, och kommer ej finnas kvar till nästa år.(13)

Bilaga 7

Västerbottens hälsoundersökningar

Västerbottens hälsoundersökningar tog sin början i Norsjö kommun 1985, som en följd av att data visade på att Västerbotten hade mycket höga dödstal i hjärt- kärlsjukdomar. Inom landstinget var det Norsjö som låg sämst till och det beslutades politiskt att man skulle genomföra en satsning för att minska hjärt- kärlsjukdomar och diabetes i landstinget. Det fanns även en medvetenhet hos befolkningen om problemet och det förväntades någon form av insats. Projektet innefattade inte bara primärvården, utan man genomförde även samhällsinriktade insatser genom ett samarbete med kommunens olika förvaltningar, näringslivet, frivilligorganisationer och statliga organ. Programmet började som pilot i Norsjö, för att sedan spridas i hela landstinget under 1990-1991. Sedan 1995 är Västerbottens hälsoundersökningar en del av primärvårdens ordinarie verksamhet.

Programmet heter Västerbottens hälsoundersökningar, men det diskuteras att ändra namnet för att lägga tyngdpunkten på det man anser viktigast, vilket är hälsosamtalet.

Från början erbjöds invånarna ett hälsosamtal då de fyllde 30, 40, 50 och 60 år. I mitten av 90-talet krävdes nedskärningar, och man valde att stryka hälsosamtalen för 30-åringar. Syftet med programmet är att förebygga hjärt- och kärlsjukdom och diabetes. Man strävar efter att deltagarna ska förstå sambandet mellan sina levnadsvanor och eventuella hälsoproblem och hitta sin motivation för ett hälsofrämjande leverne, och, om så behövs, att även genomföra en effektiv läkemedelsbehandling i förebyggande syfte.

Allmänheten får information om hälsosamtalen genom lokala medier, men eftersom programmet har varit igång under så lång tid är det väl inarbetat och invånarna förväntar sig en inbjudan då de fyller 40, 50 och 60 år har möjlighet att själva bestämma hur man vill utforma sin inbjudan till hälsoundersökningen. Däremot är det fastställt att inbjudan inte får vara en kallelse, utan just en inbjudan. Detta gör att inbjudan ser olika ut i landstinget där vissa verksamheter har valt att deltagarna bjuds in genom ett brev, medan andra väljer att bjuda in via telefon direkt, för att lättare komma överens om en passande tid med deltagaren. Det finns en broschyr med information om programmet som skickas ut till deltagarna, tillsammans med inbjudan.

Deltagaren får en första tid för provtagning, då man bland annat genomför en sockerbelastning som innebär att man efter två timmar tar nytt blodsockerprov. Under de två timmarna som deltagaren väntar besvaras den omfattande hälsoenkäten som bland annat innehåller frågor om deltagarens hälsa, livskvalitet, levnadsvanor och sociala nätverk. Efter provtagningen bokas en ny tid för hälsosamtalet som bygger på svaren i hälsoenkäten och provsvaren. Det händer att deltagaren inte tagit alla eller bara några prover eller fyllt i delar av enkäten, men det hindrar inte att hälsosamtalet genomförs.

För varje hälsosamtal erhåller vårdcentralen 700 kr från landstinget samt ordinarie patientavgift från deltagarna (200 kr). Man har en målsättning att 70 procent av befolkningen ska delta, en målsättning som de flesta vårdcentralerna uppnår. Det finns också en förskjutning i systemet, vilket ger vårdcentraler möjlighet att bjuda in deltagare från föregående år och få ersättning. Västerbottens Hälsoundersökningar ingår i basåtagandet, oavsett om vårdcentralen bedrivs i privat eller offentlig regi.

De som utför hälsosamtalen är sjuksköterskor eller distriktssköterskor som genomgått en grundutbildning för Västerbottens Hälsoundersökningar. Ett antal vårdcentraler, framförallt de större, har en tjänst avsatt för arbetet. Eftersom det är ett så välavgränsat arbete är det lättare att planera än mycket av den andra verksamheten på en vårdcentral. Några sjuksköterskor kombinerar uppdraget med tjänst som diabetes- eller hypertonsköterska. Ett särskilt utbildningsprogram riktar sig till dem som genomför Västerbottens hälsoundersökning. Detta bekostas av folkhälsoenheten. Dels genom med halvdagsträffar varje termin med olika teman inom arbetsområdet. Årligen genomförs utbildningsdagar från lunch till lunch, och alltid i två omgångar, så att alla ska kunna delta. Man går igenom resultat avseende insamlade data, uppdateringar i VHU-manualen, nya forskningsrön presenteras och föreläsningar ges inom specifika områden med relevans för programmet. Detta ger även möjlighet till erfarenhetsutbyte och VHU-sköterskorna har möjlighet att ta upp egna frågor. På så sätt ges kontinuerligt fortbildning och uppdatering inom området prevention av hjärtkärlsjukdom, och även närliggande områden som är viktiga för samtalen, t.ex. psykosocial hälsa.

VHU-sköterskorna kan alltid vända sig till hälsoutvecklare eller medicinsk koordinator vid Folkhälsoenheten om det finns frågor omkring programmet. Landstinget har lagt stor vikt på att det ska finnas ett bra supportsystem och att programmet ska utföras enligt aktuell evidens.

Programmet utvecklas och uppdateras kontinuerligt i takt med medicinsk evidens och kliniska riktlinjer. Som stöd för detta finns ett Vetenskapligt råd med företrädare som har medicinsk kompetens inom relevanta områden, epidemiologi, statistik och forskningskompetens.

De data som programmet samlar in är även underlag för mycket omfattande forskning, vilket i sin tur påverkar kliniska rutiner och genererar medel för fortsatta forskningsaktiviteter inom landstinget och universitetet, både lokalt, regionalt, nationellt och internationellt.(10)

Deltagandet i VHU var initialt runt 55 %, steg sedan till från 65 % i början av 2000-talet för att under senare år pendla runt 70 % (var 68 % år 2014).(18) Utvecklingen av riskfaktorer har beskrivits i en serie artiklar publicerade i tidskriften Global Health Action. Utvärderingar över tid av kardiovaskulära riskfaktorer visar både på positiva (sjunkande kolesterol, blodtryck och rökning) och mindre positiva förändringar (stigande BMI- och blodsockernivåer). En jämförelse med WHO-MONICA talar återigen för att sänkningen av kolesterol och blodtryck varit större i Västerbotten än i referensområdet (trots att Västerbotten som län ingår i WHO-MONICA).(71) Preliminära ännu ej publicerade data visar att totaldödlighet och CVD-dödlighet minskat mer i de åldersgrupper som inbjudits att delta i VHU sammantaget (oavsett om individerna faktiskt deltagit eller ej), jämfört med den svenska befolkningen i motsvarande ålder och under motsvarande tid.

Bilaga 8

Västernorrlands hälsosamtal

I Västernorrlands landstings landsting erbjuds invånarna att delta i hälsosamtal det år de fyller 40, 50 och 60 år sedan 2012. Man har tidigare haft hälsosamtal för 35-åringar på olika håll i landstinget, i mindre projektform. Under 80- och 90-talet hade landstinget ett projekt, *Satsa på hjärtat*, som framförallt riktade sig till män i åldrarna 40 och 45 år. Numera finns en hjärt-kärlplan för landstinget som sträcker sig från 2011 till 2020, *Ett friskare Västernorrland*, med nio insatsområden varav ett är hälso-undersökningar med hälsosamtal.

Syftet är framför allt att öka invånarnas medvetenhet om sambandet mellan levnadsvanor och sjukdomar. Utöver det strävar man efter att fånga upp personer som befinner sig i riskzonen för hjärt- kärlsjukdom eller diabetes, samt deltagare som eventuellt har oupptäckta sjukdomar. Det hela startades som en följd av att det uppdragades att landstinget låg högt jämfört med resten av landet gällande hjärt- kärlsjukdomar och diabetes. Man kan redan nu se att man fångat upp flera deltagare med bland annat prediabetes, förhöjt kolesterolvärde och oupptäckt diabetes. Under de två år som programmet varit igång har man fångat upp cirka trehundra diabetiker genom hälsosamtal och hälsoundersökningar. Undersökningen dokumenteras både i journalen och ett särskilt webbformulär, där både provsvar och enkätsvar läggs in. Då sjuksköterskan fyller i webbformuläret genererar det ett så kallat samtalsstöd inför samtalet med deltagaren. Hela sammanställningen skickas digitalt till journalsystemet, så att dokumentationen hamnar som ett inskannat dokument i journalen.

Allmänheten har informerats om satsningen genom bland annat radioinslag och reportage i landstingets egen tidning. En del vårdcentraler har också en kort informationstext på sina egna hemsidor. Deltagarna får inbjudan på posten, oftast tillsammans med en hälsoenkät att fylla i inför besöket. Verksamheterna har fått fria händer att bestämma hur inbjudan ska gå till. På landstingets intranät finns material att skriva ut, bland annat en inbjudan som vårdcentralen har möjlighet att märka med sina egna uppgifter och logotyp.

Det är sjuksköterskor som genomför samtalen. Många av utförarna har olika specialistkompetens i bagaget, varför man i våras införde ett grundkoncept som alla ska ha genomgått. Man förordar även att utförare ska ha kompetens i motiverande samtalsteknik. De som är intresserade av att jobba med hälsosamtalen är ofta samma personer som tidigare visat intresse av förebyggande arbete, och nu jobbar inom både offentliga och privata verksamheter. Man har dialogträffar med utförarna, då man förkovrar sig i aktuella ämnen, som exempelvis kostfrågor. Man har valt att ha dubbla möten, på två olika håll, för att underlätta för utförarna att delta. Man har haft en grundutbildning vid ett tillfälle som vid behov kommer att upprepas. Önskvärt är också att de sjuksköterskor som börjar arbeta med hälsosamtalen senare, blir inskolade av sin föregångare/kollegor. Utförarna har alltid möjlighet att ställa frågor till processtödarna genom en funktionsbrevlåda och på landstingets intranät finns ett omfattande utbildnings- och informationsmaterial att tillgå. Processtödarna är personal på förvaltningen och verksamheter som är knutna till programmet för support och utveckling.

Deltagandet skiljer sig lite mellan könen, där kvinnorna är något överrepresenterade. Man har även sett att det är ett lägre deltagande bland utrikesfödda än svenskfödda.(11)

Bilaga 9

Hälsolyftet i Östergötland

I Östergötland pågår en satsning, *Hälsolyftet*, som påbörjades 2012. Piloten avslutas vid årsskiftet 2015/2016, varefter ett beslut om breddinförande kommer att tas. Projektet går parallellt med en studie som Hälsouniversitetet, Linköpings universitet, genomför, *Livsvillkor, Stress och Hälsa -LSH*. Till Hälsolyftet blir ett antal slumpvis utvalda personer i åldrarna 40, 45, 50, 55, 60, 65 och 70 år inbjudna att delta. Samtidigt som man bjuder in till hälsosamtal och hälsoundersökning erbjuds deltagarna att delta i LSH-studien. Syftet med satsningen är att främja hälsa och förebygga hjärt- kärlsjukdomar.

Hittills har ungefär 4500 personer deltagit i satsningen, som bygger till stor del på Jönköpings modell för hälsosamtal, *Hälsokurvan*. Deltagarna bjuds in via brev. Om svar ej inkommer skickas en extra inbjudan ut via brev, alternativt att inbjudan via telefonsamtal. Då deltagaren tackat ja, får vederbörande lämna blodprov på laboratoriet en vecka innan det är dags för samtal. De deltagare som även deltar i LSH-studien lämnar extra blodprov vid detta tillfälle. Vid provtagningen får deltagaren med sig enkäter att fylla i hemma. Provsvaren och enkätsvaren ligger sedan till grund för hälsosamtalet. Efter samtalet får deltagaren med sig en enkät med frågor om hur de upplevt samtalet. Samtalet dokumenteras i journalsystemet och enkäter och Hälsokurva sparas i pärmar.

Allmänheten har kunnat läsa om satsningen i landstingets tidning Hälsotecken, lokalpress och på landstingets webbsida. På webbsidan kan man även hitta en film som förklarar vad Hälsolyftet innebär.

Av de ca 4500 personer som deltagit var en något större andel kvinnor och äldre. Framförallt är det 40-åringarna som väljer att inte delta. Utvärderingen visar att deltagarna gärna hade önskat uppföljande samtal och vidare stöd.

Det är framförallt distriktssköterskor som utför samtalen och undersökningar. Utförarna har genomgått en utbildning under tre och halv dag innan de börjat arbetet med hälsolyftet. Tyngdpunkten på utbildningen är att lära ut ett motiverande förhållningssätt och att utförarna ska kunna tolka och tillämpa Hälsokurvan.

Verksamheterna som deltar i satsningen skriver på en överenskommelse med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), Landstinget i Östergötland. Det är frivilligt för vårdcentralerna att ingå i satsningen och de avgör själva omfattning på åtagandet. En ersättning utgår till verksamheterna för varje inbjudan och utfört samtal.(15)

