

# Den svenska modellen för Riktade Hälsosamtal – effekter på förtida död och jämlik hälsa

*Margareta Kristenson  
Professor emerita/överläkare  
Socialmedicin och folkhälsovetenskap  
Linköpings Universitet/Region Östergötland*

*Lars Jerden  
Specialist och docent i allmänmedicin  
Falun, Dalarna*



NPO levnadsvanor anser att hälso- och sjukvården behöver vägledning vad gäller Riktade hälsosamtal

Varför har ingen evidensgranskning gjorts tidigare?



Bredare arbetssätt som liknar  
hälsosamtal på BVC

Befolkningsinriktad!

Uppdrag från NPO att genomföra en

# Systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal

Expertgrupp

Margareta Kristenson (ordf) professor emerita, Linköpings universitet

Mats Börjesson, professor Göteborgs universitet

Yvonne Forsell, professor Karolinska Institutet

Lars Jerdén, docent Högskolan Dalarna

# Allmänna hälsokontroller

Individer inbjuds till en allmän, ofta omfattande, hälsoundersökning med fokus på provtagning/undersökning för tidig upptäckt av sjukdom eller riskfaktorer avseende flera olika sjukdomar och kroppsfunktioner.

Kriterier för att inkluderas i Cochrane metaanalyser 2012 och 2019:  
Screening för *mer än en sjukdom eller riskfaktor i mer än ett organ*, med syfte att förebygga ohälsa genom tidig upptäckt av sjukdom eller riskfaktorer, eller att ge lugnande besked.

Undersökningarna var ofta relativt komplicerade (ex lungröntgen, sigmoideoskopi eller ultraljud av buken). Några studier innehöll att råd gavs om levnadsvanor.

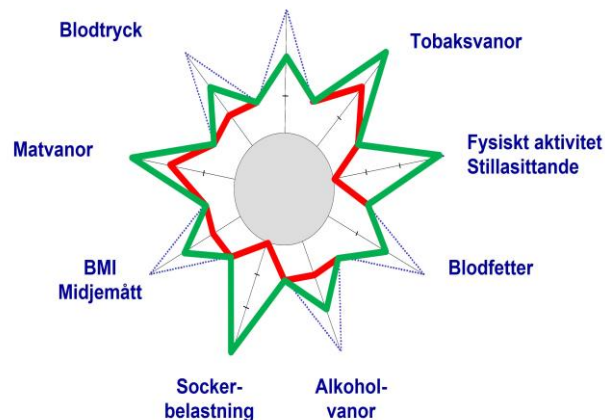
Detta har ingen effekt på insjuknande och död (Cochrane 2012 och 2019)

# Den svenska modellen Riktade Hälsoamtal

- Integrerad i primärvården
  - Befolkningsbaserat
  - Erbjuds alla i utvalda grupper
  - Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande
  - Kombineras med samhällsinriktade åtgärder
  - Hälsosamtal utifrån individens förutsättningar
  - Stöd till förändring och uppföljning
  - Personcentrerad och motiverande samtalsmetodik
  - Bas i evidens för hjärtkärlprevention
  - Kvalitetssäkrad
- 



Källa: HFS-nätverket



© Dr Claes Lindgren, Skellefteå Sjukhus

# Hälsokurvan

**KÖN** ☐ **ÄLDER** ☐

**NR**  **Vc**  **NR**

**DATUM**

**GRUPP**

**BESÖK NR**

**PNR**

**1 Fysisk aktivitet, kcal/vecka**

**2 Mat, Fett**  **Fiber**  **Kost-poäng**

**3 Alkohol, glas/vecka**

**4 Tobak**  **Cig/dag**  **Snusdosor/vecka**

**5 Livssituation**

**6 Psyiskisk ohälsa**

**7 Ärttighet, diabetes**

**8 Ärttighet, Hjärt-Kärl-sjd**  **Far (ålder)**  **Mor (ålder)**

**9 BMI, kg/m<sup>2</sup>**

**10 Midja-Stuss-kvot**

**11 Blodtryck, mm Hg**

**12 Kolesterol, mmol/l**

**13 Kronisk sjukdom**

**14 Vikt, kg**

**15 Längd, meter**

**16 Midja, cm**

**17 Stuss, cm**

**18 LDL, mmol/l**

**19 HDL, mmol/l**

**20 Triglyc, mmol/l**

**21 P-glukos, mmol/l**

**22 y-GT, µkat/l**

**23 Hb, g/l**

**24 fP-Glukos, mmol/l**

**25**

**Uppföljning**

Nej = 1, Vill ej = 2, Ja = 3

**Att förbättra 1**  **Hur 1**  **Stöd av 1**

**Att förbättra 2**  **Hur 2**  **Stöd av 2**

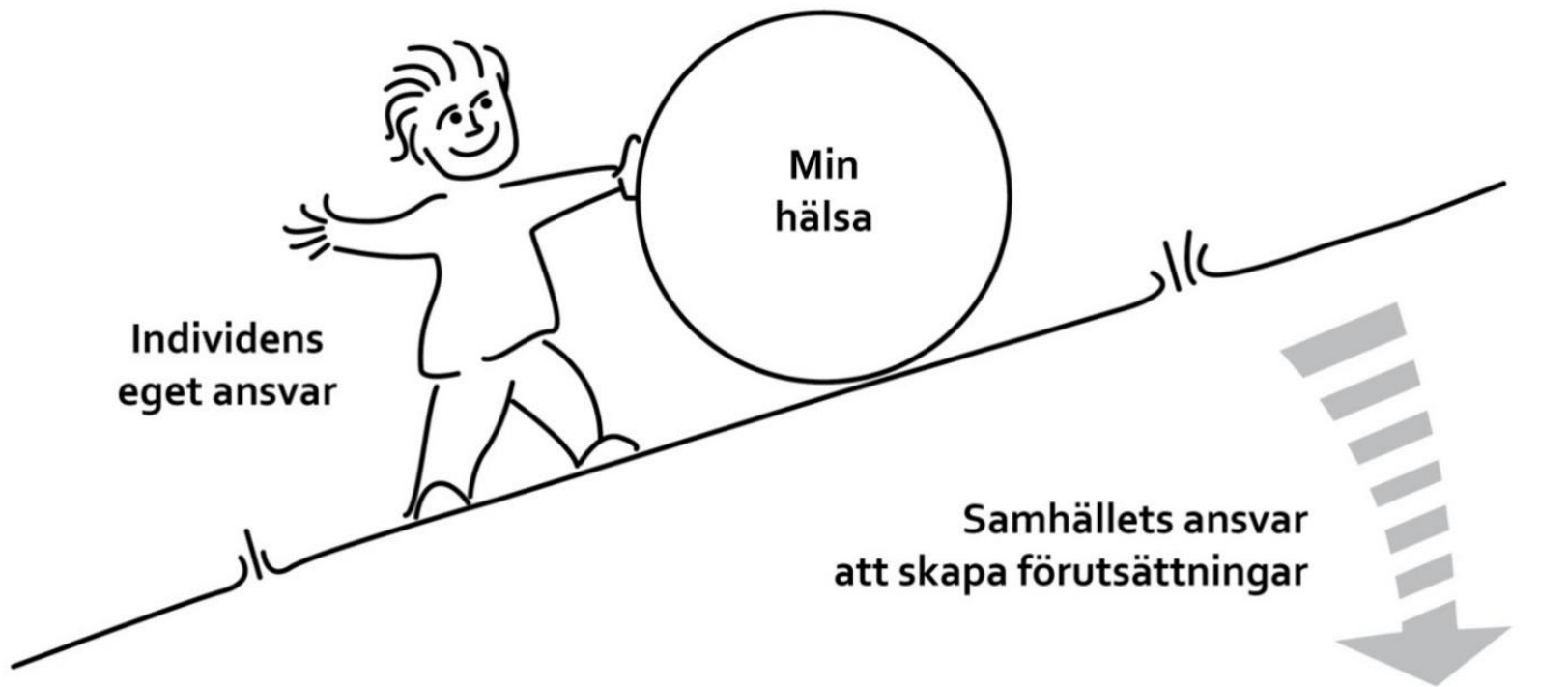
**Att förbättra 3**  **Hur 3**  **Stöd av 3**

Fysisk aktivitet = 1, Mat = 2, Alkohol = 3, Tobak = 4, Livssituation = 5, Psyiskisk ohälsa = 6, BMI = 9, Midja-Stuss = 10, BT = 11, Kolesterol = 12, Glukos = 21, y-GT = 22, Annat = 23

Fysisk aktivitet = 1, Mat = 2, Alkohol = 3, Tobak = 4, Livssituation = 5, Psyiskisk ohälsa = 6, Annat = 7

Ingen = 1, Sköterska = 2, Grupp = 3, Läkare = 4, Annan (en sjukgymnast, psykolog, dietist etc.) = 5

© Landstinget i Jönköpings län 2014-01



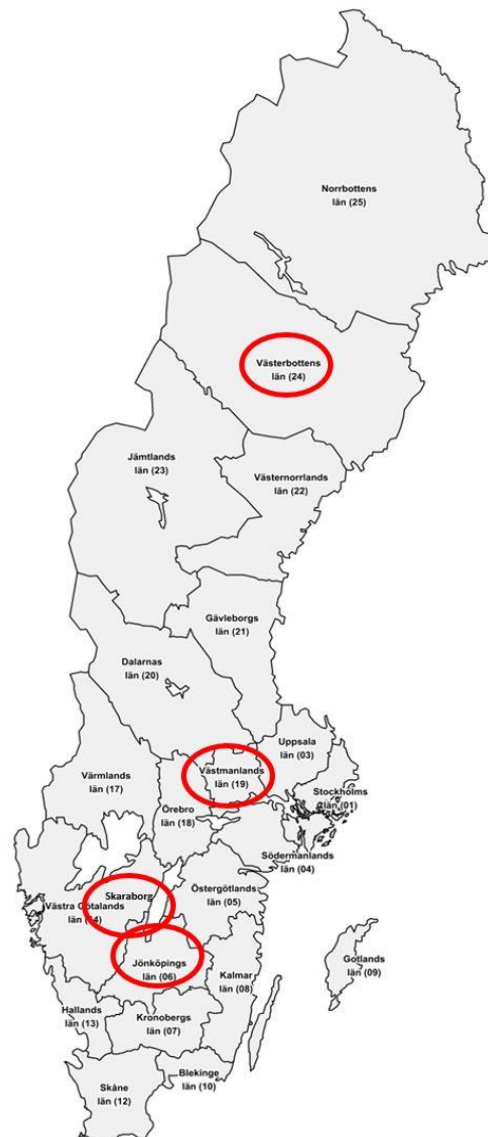
# De granskade studiernas design och kontext

Totalt sju publikationer som uppfyllde inklusionskriterierna,  
Dessa beskriver interventioner i tre områden i Sverige:

**Västerbotten** (Fyra publikationer, Observationstudier)  
Hälsoundersökningarna startade i Norsjö, Västerbotten 1985.  
Utvecklades successivt till Västerbottens hälsoundersökningar  
(VHU ) som från 1995 är ordinarie uppdrag för primärvården

**Skaraborg/Jönköping** (Två publikationer, Observationstudier)  
Hälsosamtalen startade i Habo, i dåvarande Skaraborgs landsting  
1985 - 1987. Habo tillhör sedan 1998 Jönköpings län. Sedan 2012  
har primärvården i Region Jönköping uppdrag att inbjuda alla  
invånare i vissa åldersgrupper till ett riktat hälsosamtal på sin  
vårdcentral.

**Västmanland** (En publikation-RCT)  
Ett slumpmässigt urval av 55-åriga invånare i Region Västmanland  
inbjöds 2011 - 2012 till ett riktat hälsosamtal (metodik som i  
Habo). Fem vårdcentraler, deltagarna slumpade till intervention  
eller kontroll.



# Metod för granskning av vetenskapliga artiklar

## Randomiserade kontrollerade studier (RCT)

- "Gold standard" vid granskning av kliniska studier.

### Kriterier för RCT:

Slumpmässigt (randomiserat) urval av både interventions- och kontrollgrupp.

Strikta inklusions- och exklusionskriterier (ingen sjukdom/handikapp som kan påverka utfallet).

## Expertgrupp inom WHO 1998:

"RCT inte tillämpliga att utvärdera befolkningsinterventioner  
...i de flesta fall olämplig, potentiellt vilseledande och onödigt dyr.

För bättre förståelse av effekterna ... använda metoder som sträcker sig utöver de snäva parametrarna i randomiserade kontrollerade studier".

Ett exempel på detta är välgjorda observationsstudier.

# GRADE

## Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation

Med GRADE klassificeras tillförlitligheten som  
hög (++++), måttlig (+++), låg (++) mycket låg (+) ingen evidens (0)

Bedömningen inleds utifrån antagandet  
att resultatet har hög tillförlitlighet (++++).

Detta gäller både RCT och Observationsstudier (SBU)

Observera ”måttlig evidens” betyder 4 av 5 möjliga.

# Värdering av tillförlitlighet -

## Risken att resultaten påverkats av osäkerhet 5 riskområden

### Riskområde 1: Bias

- Confounding, selektion, avgränsning av interventionsgrupperna
- Avvikelser från planerade interventioner
- Bortfall
- Mätning av utfall
- Rapportering

### Riskområde 2: Bristande samstämmighet

### Riskområde 3: Bristande precision

### Riskområde 4: Bristande överförbarhet

### Riskområde 5: Publikationsbias

# Interventionernas omfattning och studiernas överförbarhet

**Tabell 1.** Interventionernas omfattning under studieperioden. Överförbarhet: Avdrag (-1) för risk för bristande överförbarhet där de samhällsinriktade åtgärderna varit mycket omfattande.

| Studie                | Intervention<br>(I)           |                               | Referens/kontroll<br>(K)                                      | Kontext                                 | Överför-<br>barhet |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|
|                       | Antal erbjudna<br>hälsosamtal | Samhällsinriktade<br>åtgärder | Samhällsinriktade<br>åtgärder                                 |                                         |                    |
| Weinehall<br>1999     | 1 - 2                         | Mycket omfattande             | Begränsade                                                    | I Norsjö<br>K Norr- och<br>Västerbotten | -1                 |
| Weinehall<br>2001*    | 1                             | Mycket omfattande             | Begränsade,<br>förutom 1994 i<br>Västerbotten<br>(omfattande) | I Norsjö<br>K Norr- och<br>Västerbotten | -1                 |
| Lingfors<br>2009**    | 2                             | Omfattande                    | Omfattande                                                    | I och K<br>Skaraborg                    | 0                  |
| Blomstedt<br>2015     | 1 - 3                         | Omfattande                    | Begränsade                                                    | I Västerbotten<br>K Sverige             | 0                  |
| Hellstrand<br>2017*** | 2                             | Begränsade                    | Begränsade                                                    | I och K<br>Västmanland                  | 0                  |
| Eliasson<br>2018      | 1 - 3                         | Omfattande                    | Begränsade                                                    | I Västerbotten<br>K Norrbotten          | 0                  |
| Lingfors<br>2019      | 1 - 2                         | Mycket omfattande             | Begränsade                                                    | I Habo<br>K Sverige                     | -1                 |

\* I kontrollgruppen har en del av deltagarna från Västerbotten 1994 erbjudits ett hälsosamtal

\*\*Interventionsgruppen erbjuds hälsosamtal vid 30 och 35 års ålder, kontrollgruppen endast vid 35 års ålder

\*\*\*Det andra hälsosamtalet var en uppföljning efter 1 år

## Samhällsintervention?

*”hälsosamtalen genomförs i en kontext av samhällsinriktade åtgärder, som kan underlätta för deltagarna att ändra sina levnadsvanor”*

- *Mycket omfattande:* Mycket omfattande samhällsintervention med brett deltagande från olika aktörer, i det lokala närsamhället, primärvården, massmedia, civilsamhälle och lokala affärer i ett gemensamt nyskapande engagemang.
- *Omfattande:* Aktivt lokalsamhälle med etablerade samverkansformer mellan aktörer.
- *Begränsade:* Ordinärt folkhälsoarbete.

# Tillförlitlighet

*Risk för bias innefattar 5 delområden:*

- confounding (c)
- avvikelser från planerade interventioner (a)
- bortfall (b)
- mätning av utfall (u)
- rapportering (r)

*Avdrag för svagheter som kan minska tillförlitligheten:*

-1 = allvarligt problem

0 = inget avdrag eller tillägg

Tabell 2. Resultat avseende studiernas vetenskapliga tillförlitlighet enligt GRADE

| Utfall                    | Granskade studier                                                                     | Risk för bias<br>c, a, b, u, r                                                        | Bristande<br>samstämmighet | Bristande<br>precision | Bristande<br>överför-<br>barhet |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Total dödlighet           | Blomstedt 2015<br>Lingfors 2019                                                       | -1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0                                                      | 0                          | 0<br>0                 | 0<br>-1                         |
| Död i<br>hjärtkärlsjukdom | Blomstedt 2015                                                                        | -1, 0, 0, 0, 0                                                                        | 0                          | 0                      | 0                               |
| Kolesterol                | Weinehall 1999<br>Weinehall 2001<br>Lingfors 2009<br>Hellstrand 2017<br>Eliasson 2018 | -1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0<br>0, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0 | 0                          | 0<br>0<br>0<br>0<br>0  | -1<br>-1<br>0<br>0<br>0         |
| fP-glukos                 | Hellstrand 2017<br>Eliasson 2018                                                      | 0, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0                                                       | 0                          | 0<br>0                 | 0<br>0                          |
| Diabetes                  | Eliasson 2018 # 1                                                                     | -1, 0, 0, 0, 0                                                                        | 0                          | 0                      | 0                               |
| Systoliskt<br>blodtryck   | Weinehall 1999<br>Weinehall 2001<br>Lingfors 2009<br>Hellstrand 2017<br>Eliasson 2018 | -1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0<br>0, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0 | 0                          | -1<br>0<br>0<br>0<br>0 | -1<br>-1<br>0<br>0<br>0         |
| Diastoliskt<br>blodtryck  | Weinehall 1999<br>Weinehall 2001<br>Lingfors 2009<br>Hellstrand 2017<br>Eliasson 2018 | -1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0<br>0, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0 | 0                          | -1<br>0<br>0<br>0<br>0 | -1<br>-1<br>0<br>0<br>0         |
| BMI                       | Weinehall 1999<br>Lingfors 2009<br>Hellstrand 2017<br>Eliasson 2018                   | -1, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0<br>0, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0                   | 0                          | -1<br>0<br>0<br>0      | -1<br>0<br>0<br>0               |
| Midjemått                 | Lingfors 2009<br>Hellstrand 2017<br>Eliasson 2018                                     | -1, 0, 0, 0, 0<br>0, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0                                     | 0                          | 0<br>0<br>0            | 0<br>0<br>0                     |
| Fysisk aktivitet          | Lingfors 2009<br>Hellstrand 2017<br>Eliasson 2018                                     | -1, 0, 0, 0, 0<br>0, 0, 0, 0, 0<br>-1, 0, 0, 0, 0                                     | 0                          | 0<br>-1<br>0           | 0<br>0<br>0                     |
| Matvanor                  | Lingfors 2009<br>Hellstrand 2017                                                      | -1, 0, 0, 0, 0<br>0, 0, 0, 0, 0                                                       | 0                          | 0<br>-1                | 0<br>0                          |
| Alkohol                   | Hellstrand 2017                                                                       | 0, 0, 0, 0, 0                                                                         | 0                          | 0                      | 0                               |

# Effektmått- total dödlighet

**Tabell 3 a-m.** Sammanställning av studiernas studiepopulation, design, resultat och resultatens tillförlitlighet efter bedömning enligt GRADE, samt sammanfattande bedömning nederst i tabellerna.

| Tabell 3a. Effektmått: Total dödlighet |                                                           |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                  |                                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|
| Referens                               | Deltagare                                                 | Studiedesign                                                                                                                                                                                      | Resultat                                                                                                                                               | Tillförlitlighet | Avdrag enligt GRADE*                       |
| Blomstedt et al 2015                   | I: Västerbotten<br>n=101 918<br>K: Sverige<br>N=3 472 164 | Prospektiv kohortstudie<br>Uppföljningstid i genomsnitt 10 år                                                                                                                                     | I (målgrupp, ITT): SMR 90,6% (signifikant skillnad, 95% KI 88,2–93,0%)<br><br>I (deltagare): SMR (%) 66,3% (signifikant skillnad, 95% KI 63,7–69,0%)   | Måttlig          | Avdrag: Confounding -1                     |
| Lingfors et al 2019                    | I: Habo<br>n=757<br>K: Sverige<br>N=656 686               | Prospektiv kohortstudie<br>Uppföljningstid 26 år                                                                                                                                                  | I (målgrupp, ITT): Oddsquot 0,71 (signifikant skillnad, 95% KI 0,53–0,95)<br><br>I (deltagare): Oddsquot 0,57 (signifikant skillnad, 95% KI 0,40–0,81) | Låg              | Avdrag: Confounding -1<br>Överförbarhet -1 |
| Sammanfattande bedömning               |                                                           | Riktade hälsosamtal minskar risk för total dödlighet. Måttlig tillförlitlighet (+++). Kommentar: Studien från Västerbotten med måttlig tillförlitlighet är betydligt större än studien från Habo. |                                                                                                                                                        |                  |                                            |

## Effektmått- död i hjärtsjukdom

| Tabell 3b. Effektmått: Död i hjärtsjukdom |                                                           |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                  |                        |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|
| Referens                                  | Deltagare                                                 | Studiedesign                                                                                                                                   | Resultat                                                                                                                                            | Tillförlitlighet | Avdrag enligt GRADE*   |
| Blomstedt et al 2015                      | I: Västerbotten<br>n=101 918<br>K: Sverige<br>N=3 472 164 | Prospektiv kohortstudie<br>Uppföljningstid i genomsnitt 10                                                                                     | I (målgrupp, ITT):<br>SMR 95,0%<br>(signifikant skillnad, 95% KI 90,7–99,4%)<br><br>I (deltagare): SMR (%) 68,9%<br>(signifikant, 95% KI 64,2–73,9) | Måttlig          | Avdrag: Confounding -1 |
| Sammanfattande bedömning                  |                                                           | Riktade hälsosamtal minskar risk för död i hjärtsjukdom. Måttlig tillförlitlighet (+++). Kommentar: Endast en studie, som dock är mycket stor. |                                                                                                                                                     |                  |                        |

## Slutsats

Bedömningen efter denna systematiska kunskapsgenomgång är att den svenska modellen för Riktade hälsosamtal, såsom beskriven in denna rapport, med måttlig tillförlitlighet har stor effekt på total dödlighet och dödlighet i hjärtkärlsjukdom. Studierna visar också, med måttlig till låg tillförlitlighet, att den svenska modellen Riktade hälsosamtal har effekt på etablerade riskfaktorer såsom blodtryck, kolesterol, midjemått och BMI, men vad gäller levnadsvanor visar de enbart effekt på matvanor.

Den svenska modellen för Riktade hälsosamtal är en multifaktoriell intervention, och analysen gäller helheten, dvs både individ- och samhällsintervention. Resultatet från studierna, som har olika proportioner mellan intensitet i hälsosamtal och samhällsinterventioner, talar för att alla delarna i detta koncept behöver finnas. Vi har värderat intensiteten av samhällsinterventionerna och gjort avdrag för bristande överförbarhet i de fall dessa varit mycket omfattande. Vi ser samtidigt en utveckling över tid i hela landet av samhällsinterventioner för att främja goda levnadsvanor som kan underlätta denna överförbarhet.

## - och jämlik hälsa..

De med kort utbildning deltog i hälsosamtalen i högre utsträckning och flest sparade levnadsår sågs hos de med kort eller medellång utbildning.

*Blomstedt et al 2015*

Interventionsgruppen hade en lägre genomsnittlig utbildningsnivå än referenspopulationen, men bättre resultat i form av minskad dödlighet.

*Lingfors et al 2019*

Störst förbättring över tid av kolesterolnivåer i grupper med kort utbildning och skillnaderna mellan utbildningsgrupper utjämnades.

*Weinehall et al 2001*

Dessa studier indikerar att Riktade Hälsosamtal når även de med lägre socioekonomisk status och minskar de socioekonomiska skillnaderna i hälsa.

# Slutsats

## **Den svenska modellen för Riktade hälsosamtal:**

Effekt på total dödlighet och dödlighet i hjärtskärlsjukdom (+++)

Effekt på blodtryck, kolesterol, blodsocker, midjemått och BMI (++ till +)

Effekt på levnadsvanor: endast på matvanor (++)

Både hälsosamtal och riktade åtgärder bör ingå

Analysen gäller för helheten av denna multifaktoriella intervention- dvs både individ- och samhällsintervention.