

Uppföljning av Riktade hälsosamtal för 70-åringar i Region Skåne

1-årsuppföljning av pilotfasen från 2022–2023



Om rapporten

Mellan september 2022 till mars 2023 pågick en pilotfas av Riktade hälsosamtal bland 70-åringar i Skåne. Ett år senare genomfördes en uppföljning av pilotdeltagarna och deras självrapporterade hälsa. I denna rapport redovisas resultat från 1-årsuppföljningen.

Rapporten har tagits fram i februari 2024.

Ansvariga för rapporten, samtliga vid Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning:

Ena Thomasson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Alexander Koronen, biostatistiker
Mikael Wibom Vestlund, medicinsk rådgivare
Emma Appell, hälso- och sjukvårdsstrateg
Malin Skogström, medicinsk rådgivare
Johanna Jaran, hälso- och sjukvårdsstrateg

Innehåll

Sammanfattning	1
1 Bakgrund.....	2
2 Metod	2
3 Resultat	4
4 Diskussion.....	17
5 Referenser	20

Sammanfattning

Under 2022 och 2023 pågick en pilotfas av Riktade hälsosamtal bland 70-åringar i Region Skåne. Ett år senare kontaktades pilotdeltagarna via 1177.se med inbjudan om digital uppföljning. Syftet var att undersöka om och hur hälsosamtalet har påverkat pilotdeltagarnas självskattade hälsa och levnadsvanor. Därutöver var syftet att utvärdera 1177 Formulärhantering som metod för digital uppföljning av deltagare efter ett Riktat hälsosamtal.

Den digitala inbjudan nådde nio av tio deltagare och varannan inbjuden deltagare besvarade uppföljningsenkäten. Respondenterna var i högre utsträckning födda i Sverige, hade högre utbildningsnivå och angav ett bättre allmänt hälsotillstånd vid hälsosamtalet jämfört med deltagare som inte besvarade uppföljningsenkäten. Detta är viktigt att beakta vid tolkning av resultaten. Utvärderingen visar att integrationen mellan webbstödet för Riktade hälsosamtal och 1177.se fungerat väl för att nå ut med en digital uppföljning. Det kvarstår dock en utmaning i att få med individer med olika förutsättningar och bakgrund, såväl vid erbjudandet om hälsosamtal som vid uppföljningar.

Deltagarna angav att hälsosamtalet främst har förbättrat deras matvanor och resultatet var särskilt framträdande för män. Drygt en av sju män angav att hälsosamtalet lett till förbättrade alkoholvanor medan kvinnor rapporterade en ökning av antal standardglas per vecka under uppföljningstiden. Detta skulle kunna förklaras av att uppföljningen genomfördes under november-december, dvs en period med många sociala sammankomster som förknippas med alkohol. Slutligen angav en av sju deltagare att de förbättrat sin fysiska aktivitet till följd av hälsosamtalet, trots ett relativt högt utgångsläge vid hälsosamtalet.

Var fjärde kvinna och var femte man angav att de varit på återbesök till samtalsledaren eller annan vårdgivare på vårdcentralen som följd av sitt hälsosamtal. De vanligast angivna orsakerna till återbesöket var uppföljning av blodfetter, blodsocker och blodtryck. Vidare angav knappt fyra av fem deltagare att de berättat vad de fick reda på vid hälsosamtalet för andra så som familj och vänner. En tredjedel av deltagarna angav även att levnadsvanor hos personer i deras närhet påverkats positivt av hälsosamtalet. Slutligen angav nio av tio deltagare att de skulle rekommendera andra 70-åringar att gå på ett hälsosamtal om möjligheten erbjuds.

Genom att förebygga sjukdom, stödja till bibehållen funktion och tidigt upptäcka ohälsa kan behovet av insatser bland 70-åringar skjutas fram. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser från såväl samhället som individen kan förbättra livskvalitén och därmed bidra till minskade samhällskostnader. Riktade hälsosamtal utgör en modell för ett strukturerat och långsiktigt hälsöfrämjande arbete genom hela vuxenlivet där dialogen återkommer, utvecklas och fördjupas. Individen blir medveten om sin hälsa och för 70-åringarna innebär detta förutsättningar för gott åldrande och goda livsvillkor.

1 Bakgrund

Riktade hälsosamtal är en evidensbaserad metod för att systematiskt och strukturerat identifiera ohälsosamma levnadsvanor. Syftet är att erbjuda stöd till förändring och därmed minska insjuknandet i hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Den svenska modellen av Riktade hälsosamtal används idag i 13 regioner och baseras på att samtliga invånare inom vissa åldersgrupper bjuds in till ett hälsosamtal på sin vårdcentral. I Region Skåne togs politiska beslut under 2021 och 2022 om att införa metoden för 40- och 50-åringar. År 2022 påbörjades även en pilotfas av Riktade hälsosamtal för 70-åringar. Resultaten från pilotfasen visade att intresset för att delta i ett hälsosamtal var högt då sex av tio inbjudna 70-åringar tackade ja till erbjudandet. Även om en stor andel av 70-åringarna klassade sitt allmänna hälsotillstånd som bra så identifierades flera riskfaktorer hos deltagarna. Ungefär en femtedel av såväl kvinnliga som manliga deltagare bokades in för återbesök till samtalsledaren för uppföljning av bland annat blodtryck, blodsocker, matvanor och viktminskning. Knappt fyra av tio deltagare remitterades vidare till annan vårdgivare. För att undersöka om och hur hälsosamtalet har påverkat 70-åringarnas självskattade hälsa och levnadsvanor genomfördes under slutet av 2023 en 1-årsuppföljning av deltagarna som ingick i pilotfasen. Resultatet från uppföljningen presenteras i denna rapport.

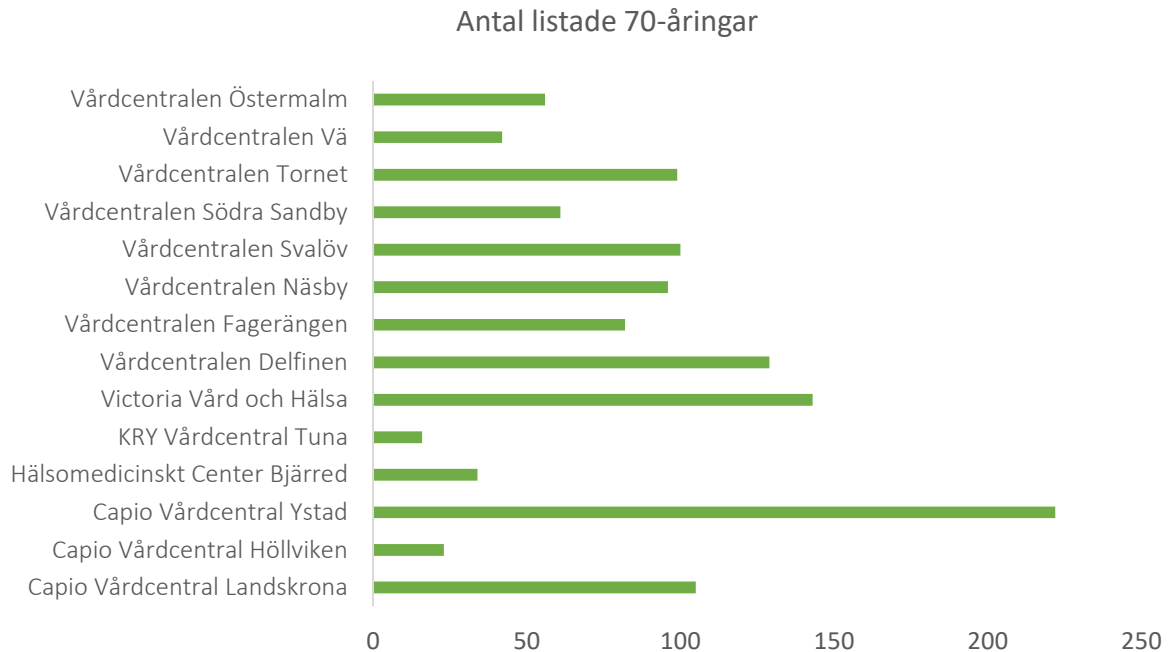
Då Riktade hälsosamtal är en långsiktig och omfattande satsning inom Region Skåne finns ett stort intresse av att följa upp och utvärdera utfallet av insatserna. Utöver uppföljning av identifierade riskfaktorer och behov av vidare utredning och behandling i samband med hälsosamtalet, så finns det ett värde i att följa deltagarna under åren efter hälsosamtalet. Då uppföljningen av 70-åringar för första gången genomförts med hjälp av digital inbjudan och hälsoenkät via 1177.se är syftet med rapporten även att utvärdera denna metod för uppföljning av deltagare.

2 Metod

Pilotfasen för 70-åringar pågick mellan september 2022 och mars 2023. Därefter genomfördes 1-årsuppföljningen under november-december 2023. Uppföljningen är en del Region Skånes utvärdering av hälsosamtalen och utfördes av Enheten för kunskapsstyrning tillsammans med Enheten för digitala tjänster, Digitalisering IT och MT samt Dataanalys och Registercentrum. Uppföljningen genomfördes med en digital hälsoenkät som skickades ut till pilotdeltagarna via 1177.se Formulärhantering. Inga nya mätningar eller blodprov togs i samband med uppföljningen.

Samtalsledarna vid de 14 vårdcentraler som ingick i pilotfasen (se figur 1) skickade ut en inbjudan till 1-årsuppföljningen via en integration mellan webbstödet för Riktade hälsosamtal och 1177.se. Pilotdeltagarna nåddes av inbjudan genom ett sms och/eller e-post med avisering om nytt meddelande i inkorgen på 1177.se, om denna funktion varit påslagen. Inbjudan inkluderade kort information kring uppföljningen och en valmöjlighet att besvara enkäten på svenska eller engelska, se bild 1. Uppföljningsenkäten bestod av ett urval av frågor som pilotdeltagarna besvarat inför sitt hälsosamtal ett år tidigare. Utöver detta fanns även frågor kring om och hur hälsosamtalet påverkat deltagarens levnadsvanor, om deltagaren erhållit uppföljande åtgärder från sin vårdcentral efter hälsosamtalet, hur hälsosamtalet har påverkat levnadsvanorna och om deltagaren berättat för personer i sin omgivning om sitt hälsosamtal. Slutligen fanns en fråga om deltagaren skulle rekommendera andra 70-åringar att delta på ett hälsosamtal om möjligheten erbjöds. Uppföljningen skickades ut till totalt 511 pilotdeltagare.

Inga påminnelser om att besvara enkäten skickades ut. Deltagarna ombads att besvara enkäten inom en månad och datainsamlingen avslutades 31 december 2023.



Figur 1. Antal listade 70-åringar på de vårdcentraler som ingick i pilotfasen för 70-åringar.

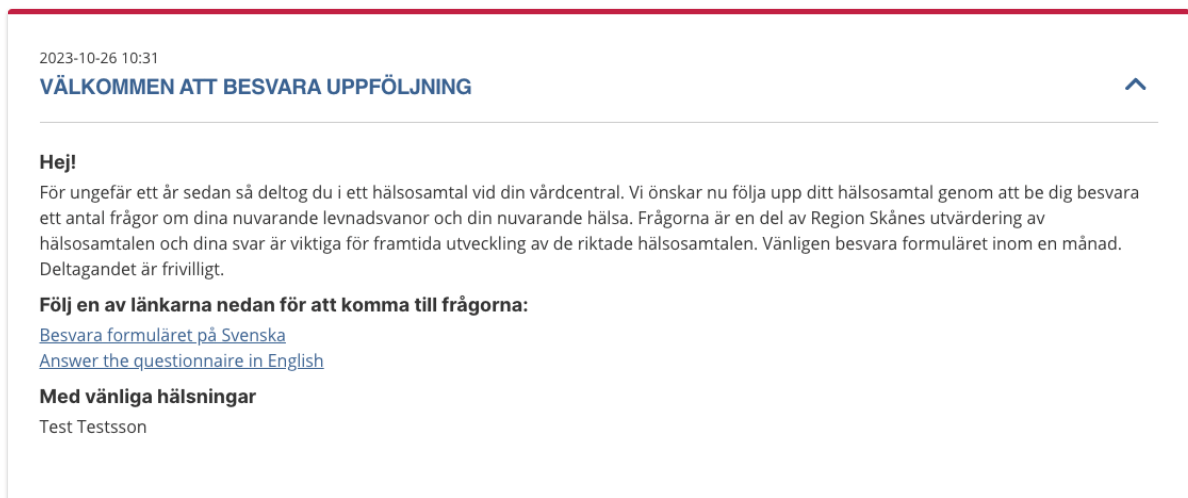


Bild 1. Inbjudan till 1-årsuppföljningen på 1177.se.

Dataanalys

All statistik i rapporten är beräknad på deltagare som har ett värde registrerat. När förändringar i olika variabler redovisas har endast deltagare med komplett svar både vid hälsosamtalet och uppföljningen inkluderats. I figurer redovisas fördelningen inom variablernas svars-kategorier medan texten förtydligar andel individer som förbättrats respektive försämrats under uppföljningstiden. Statistiska test är genomförda med chi-2 test, Fisher exakta test samt Wilcoxon rangsummetest. P-värde under 0,05 har betraktats som statistiskt säkerställda.

3 Resultat

Studiepopulation

Inbjudan till 1-årsuppföljningen skickades ut till samtliga pilotdeltagare men kunde inte mottas av 43 personer (8 %) då de inte var anslutna till e-tjänster på 1177.se. Totalt nåddes därmed 468 pilotdeltagare av inbjudan. Bland dessa har 247 deltagare både genomfört ett hälsosamtal och besvarat uppföljningsenkäten inom angivna tidsramar. Av dessa är 143 kvinnliga respondenter och 104 manliga respondenter.

Inbjudna vs inte nåbara pilotdeltagare via 1177.se

Tabell 1 visar en jämförelse av pilotdeltagare som bjöds in till 1-årsuppföljningen via 1177.se och deltagare som inte var nåbara därigenom. Även om det inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan de två grupperna så syns en tendens till att deltagare som inte var nåbara via 1177.se i något högre utsträckning var födda utanför Sverige, hade lägre utbildningsnivå och klassade sitt allmänna hälsotillstånd vid hälsosamtalet som något sämre.

Tabell 1. Tabell över pilotdeltagare som bjöds in till 1-årsuppföljning via 1177.se och pilotdeltagare som inte var nåbara därigenom.

	Inbjudna via 1177.se	Inte nåbara via 1177.se
	n 468	n 43
Kön (%)		
Kvinnor	54	51
Män	46	49
Födelseland (%)		
I Sverige	87	83
I Norden utom Sverige	4	2
I Europa utom Norden	3	10
I land utanför Europa	5	5
Utbildningsnivå (%)		
Ingen gymnasial utbildning	24	38
Gymnasial utbildning ≤2 år	18	21
Gymnasial utbildning 3–4 år	13	17
Eftergymnasial utbildning <3 år	15	12
Eftergymnasial utbildning ≥3 år	29	12
Allmänt hälsotillstånd (%)		
Mycket bra	16	10
Bra	53	52
Någorlunda	26	29
Dåligt	3	10
Mycket dåligt	0	0

Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna för någon variabel.

Respondenter vs icke respondenter

Nedan redovisas en jämförelse mellan de 247 pilotdeltagare som besvarat uppföljningsenkäten och de 221 deltagare som inte besvarat den. Svarsfrekvensen på uppföljningsenkäten var 53 % av de som mottagit inbjudan (då alla inte gick att nå via 1177.se, se ovan) och 48 % av alla som deltagit i pilotfasen (n 511). Tabell 2 visar att det finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan respondenter och icke respondenter gällande födelseland, utbildningsnivå och allmänt hälsotillstånd. Respondenterna var i högre

utsträckning födda i Sverige, hade högre utbildningsnivå och angav ett bättre allmänt hälsotillstånd vid hälsosamtalet jämfört med de som inte besvarat uppföljningsenkäten. Totalt fem respondenter (2 %) besvarade uppföljningsenkäten på engelska.

Tabell 2. Bortfallsanalys över alla inbjudna, respondenter och icke respondenter.

	Alla inbjudna n 468	Respondenter n 247	Icke respondenter n 221
Kön (%)			
Kvinnor	54	58	50
Män	46	42	50
Födelse land* (%)			
I Sverige	88	92	84
I Norden utom Sverige	4	4	3
I Europa utom Norden	3	2	5
I land utanför Europa	5	3	8
Utbildningsnivå* (%)			
Ingen gymnasial utbildning	24	21	28
Gymnasial utbildning ≤2 år	18	17	19
Gymnasial utbildning 3–4 år	13	13	13
Eftergymnasial utbildning <3 år	15	16	14
Eftergymnasial utbildning ≥3 år	29	33	26
Allmänt hälsotillstånd* (%)			
Mycket bra	16	16	15
Bra	54	58	50
Någorlunda	27	23	31
Dåligt	3	2	4
Mycket dåligt	0	0	0

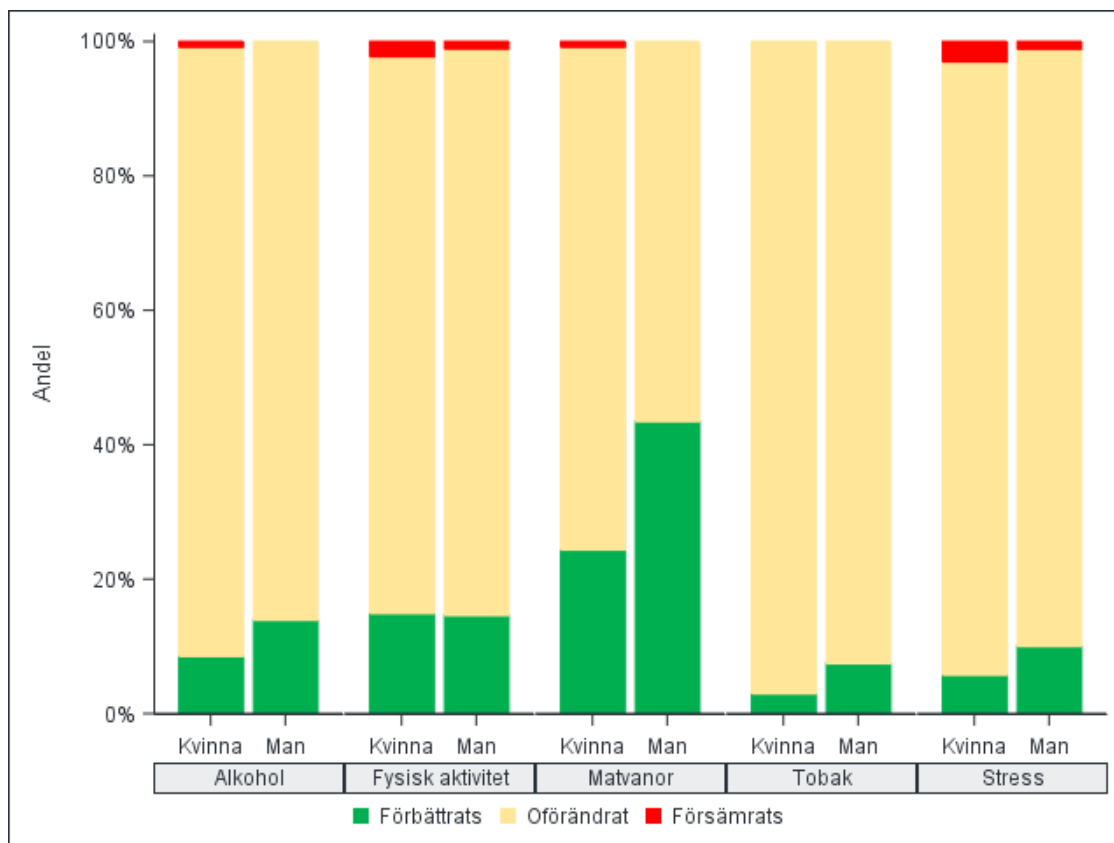
*Statistiskt säkerställd skillnad mellan respondenter och icke respondenter.

Resultat från 1-årsuppföljningen

Nedan följer en sammanställning av de enkätsvar som inkommit från 1-årsuppföljningen. Svaren från uppföljningen har, där det är möjligt, jämförts med pilotdeltagarnas svar från hälsosamtalet ett år tidigare.

Upplevelse av hälsosamtalets påverkan på levnadsvanor

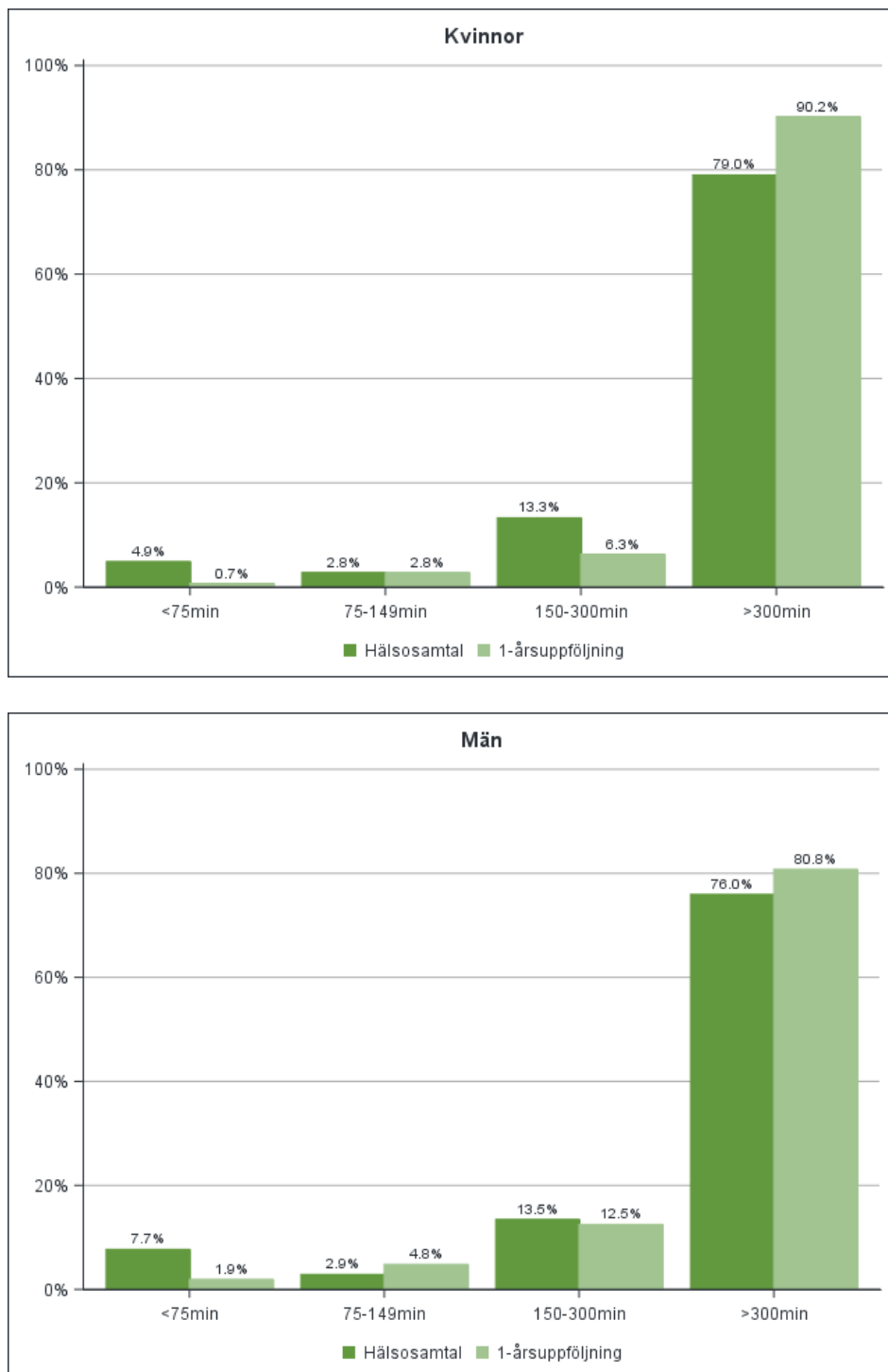
Figur 2 visar pilotdeltagarnas svar på frågan om hälsosamtalet påverkat deras levnadsvanor avseende matvanor, fysisk aktivitet, tobak, alkohol och stress. För matvanor angav 24 % av kvinnorna och 44 % av männen en förbättring ett år efter hälsosamtalet. Andelen som angav att hälsosamtalet förbättrat deras fysiska aktivitet var 14 % bland både kvinnor och män. Motsvarande andel för tobak var 3 % bland kvinnor och 8 % bland män. För alkohol angav 8 % av kvinnorna och 15 % av männen en förbättring och motsvarande andelar för stress var 6 % respektive 11 %.



Figur 2. Svar på frågan "Hur upplever du att hälsosamtalet har påverkat dina levnadsvanor?" för kvinnor (n=143) och män (n=104).

Levnadsvanor

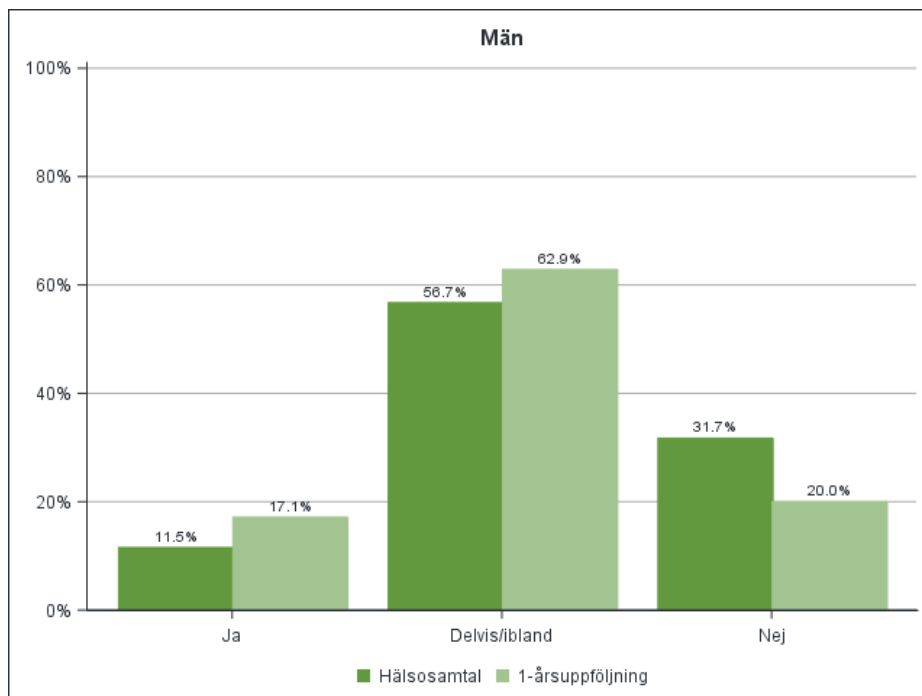
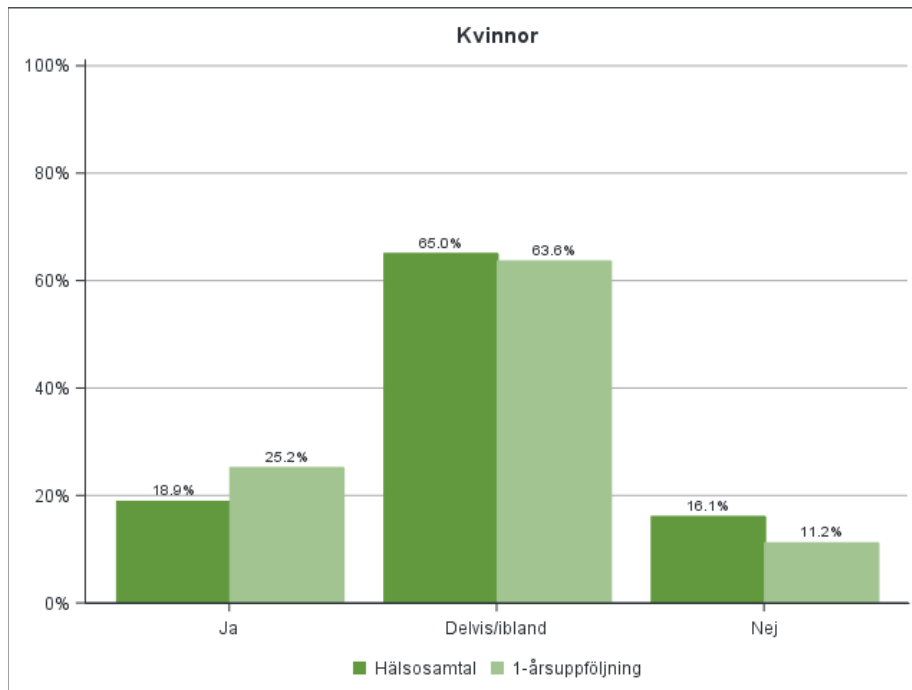
Fysisk aktivitet



Figur 3. Antal aktivitetsminuter per vecka för kvinnor (n=143) och män (n=104).

Figur 3 visar fördelningen över svarskategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Totalt har 19 % av kvinnorna och 17 % av männen ökat sina aktivitetsminuter och 6 % respektive 10 % minskat sina aktivitetsminuter under uppföljningstiden. Förändringen mellan hälsosamtalet och uppföljningen är statistiskt säkerställd för kvinnor men inte för män.

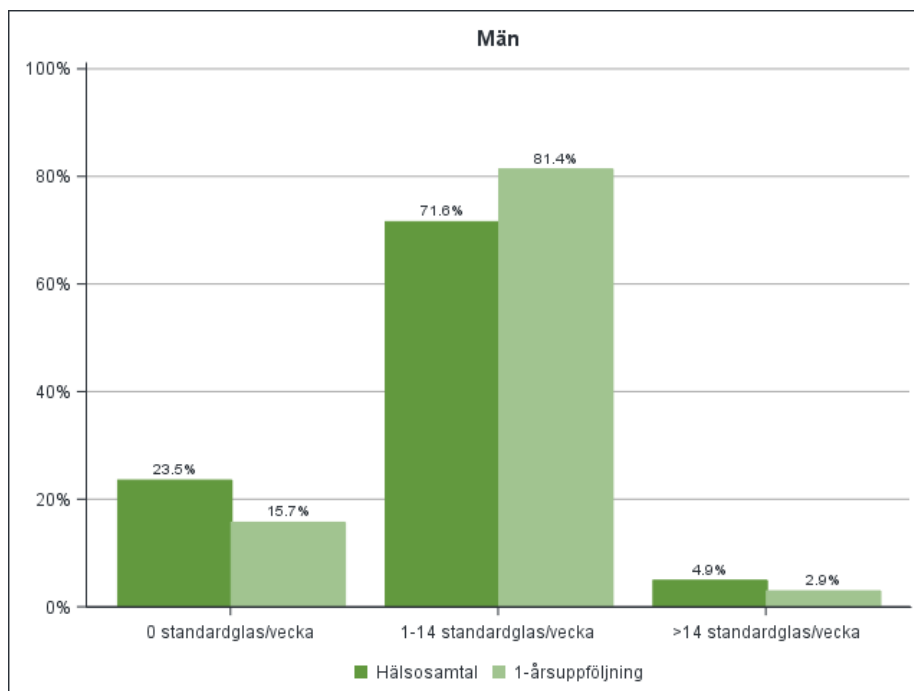
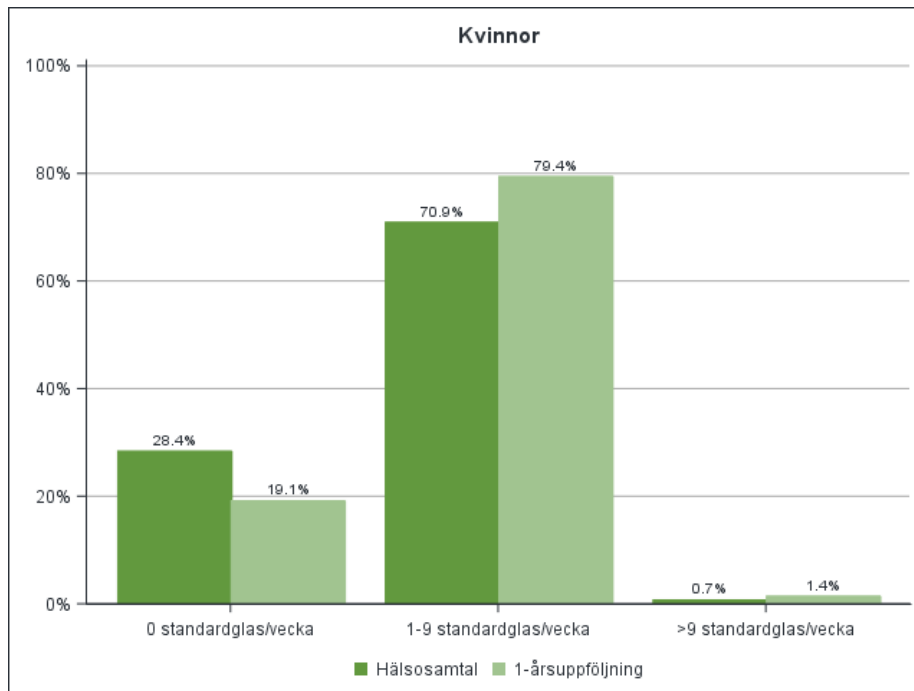
Matvanor



Figur 4. Svar på frågan ”Jag väljer nyckelhålmärkta alternativ vid köp av bröd, flingor, gryn, pasta, kött- och charkprodukter, mejeriprodukter, matfett och färdigmat” för kvinnor (n=143) och män (n=103).

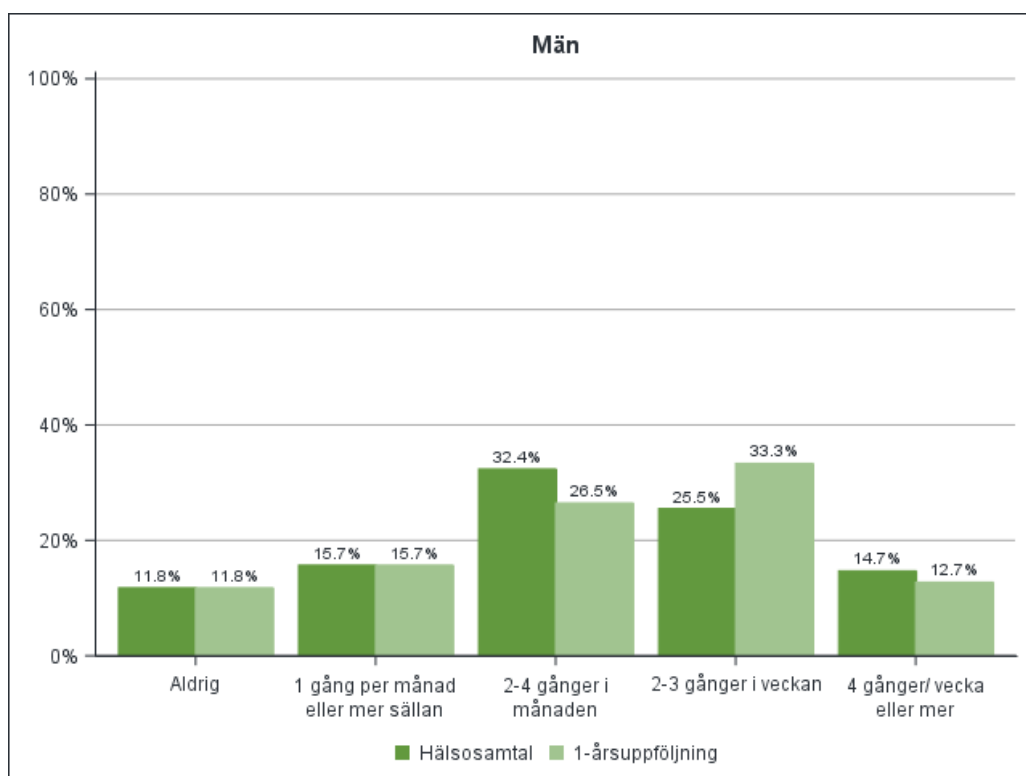
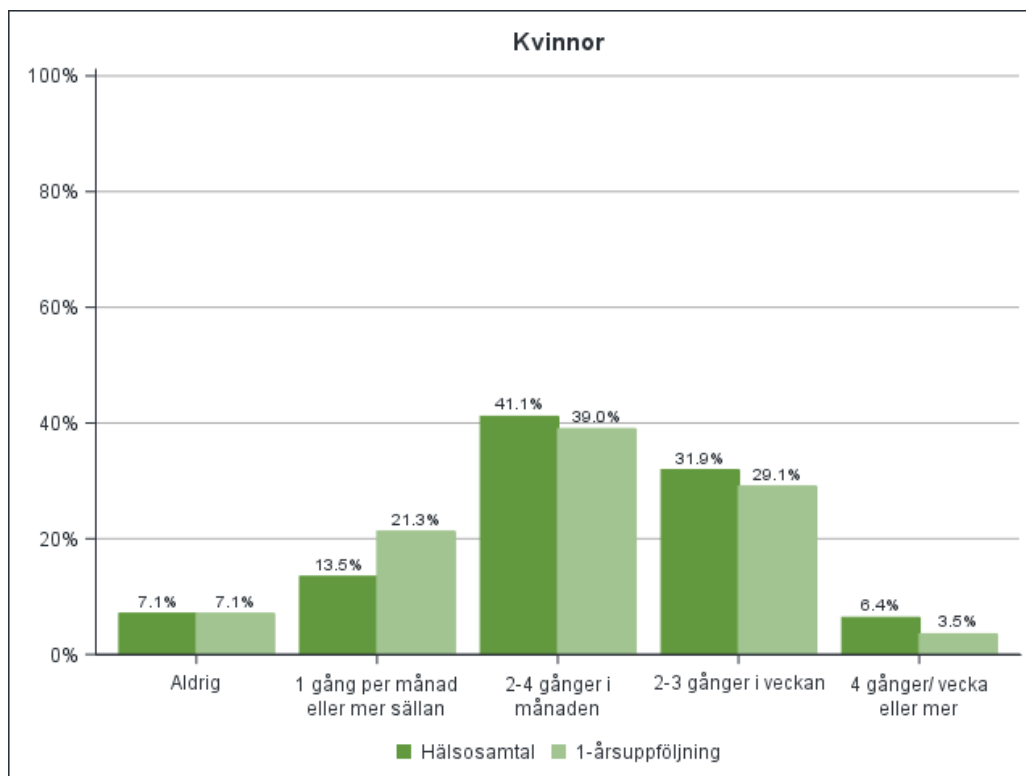
Figur 4 visar fördelningen över svarskategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. 22 % av kvinnorna och 23 % av männen anger att de i högre grad vid uppföljningen än vid hälsosamtalet väljer nyckelhålmärkta alternativ. Det motsatta dvs en försämring rapporteras för 11 % respektive 7 %. Förändringen mellan hälsosamtalet och uppföljningen är statistiskt säkerställd för både kvinnor och män.

Alkohol



Figur 5. Andel av kvinnor (n=141) och män (n=102) med riskkonsumtion av alkohol, dvs. >9 standardglas per vecka för kvinnor och >14 standardglas per vecka för män, enligt rådande definition fram till september 2023. För deltagare som svarat "Dricker aldrig alkohol" sattes antal standardglas per vecka till 0.

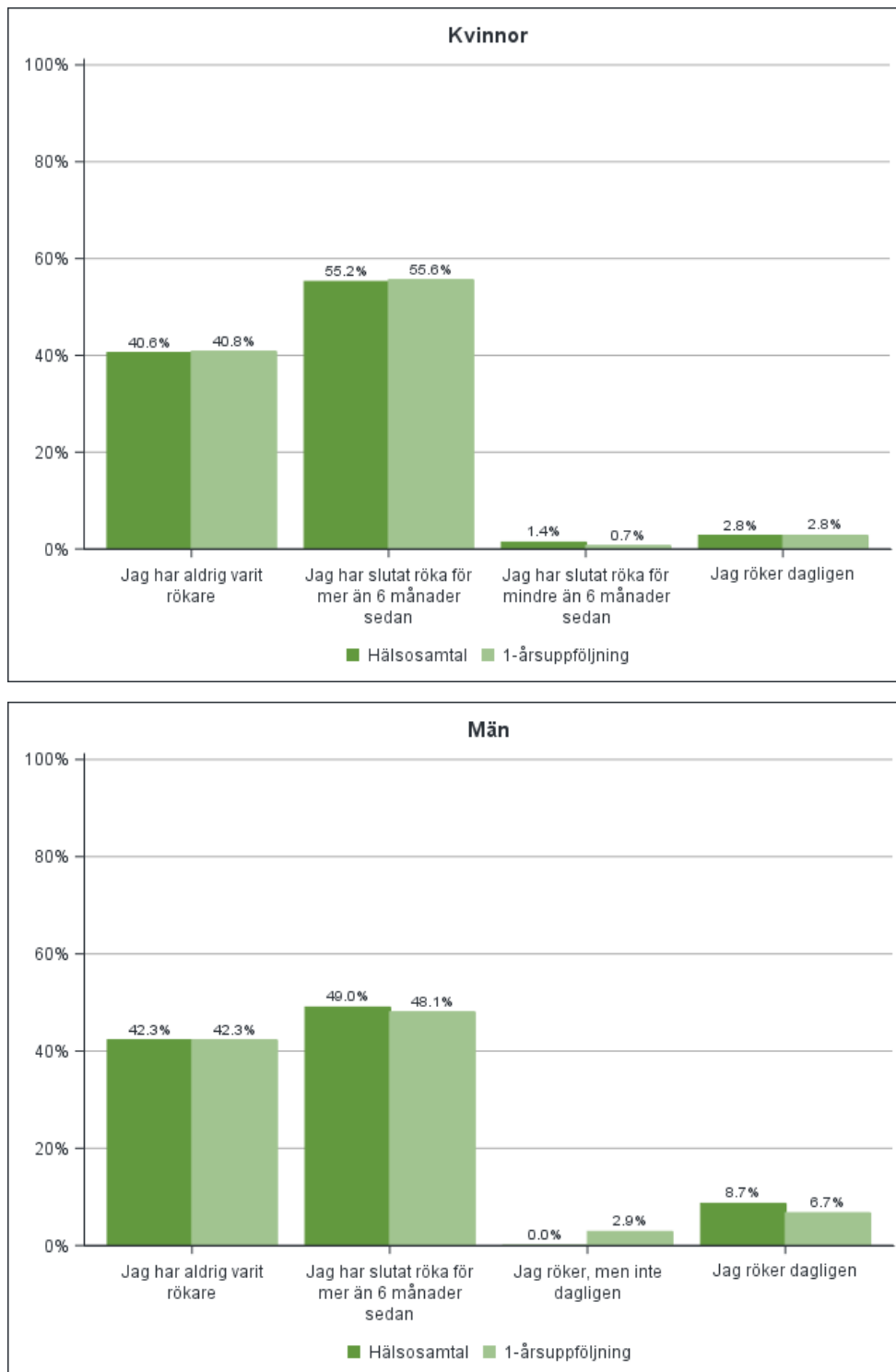
Figur 5 visar fördelningen över svarskategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Totalt har 7 % av kvinnorna och 6 % av männen minskat antalet standardglas per vecka och 16 % och 12 % har ökat antalet standardglas per vecka under uppföljningstiden. Förändringen mellan hälsosamtalet och uppföljningen är statistiskt säkerställd för kvinnor men inte män.



Figur 6. Svar på frågan "Hur ofta dricker du alkohol" för kvinnor (n=141) och män (n=102).

Figur 6 visar fördelningen över svarskategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Totalt har 22 % av kvinnorna och 12 % av männen minskat sin alkoholfrekvens och 8 % respektive 17 % ökat sin alkoholfrekvens under uppföljningstiden. Förändringen mellan hälsosamtalet och uppföljningen är statistiskt säkerställd för kvinnor men inte män.

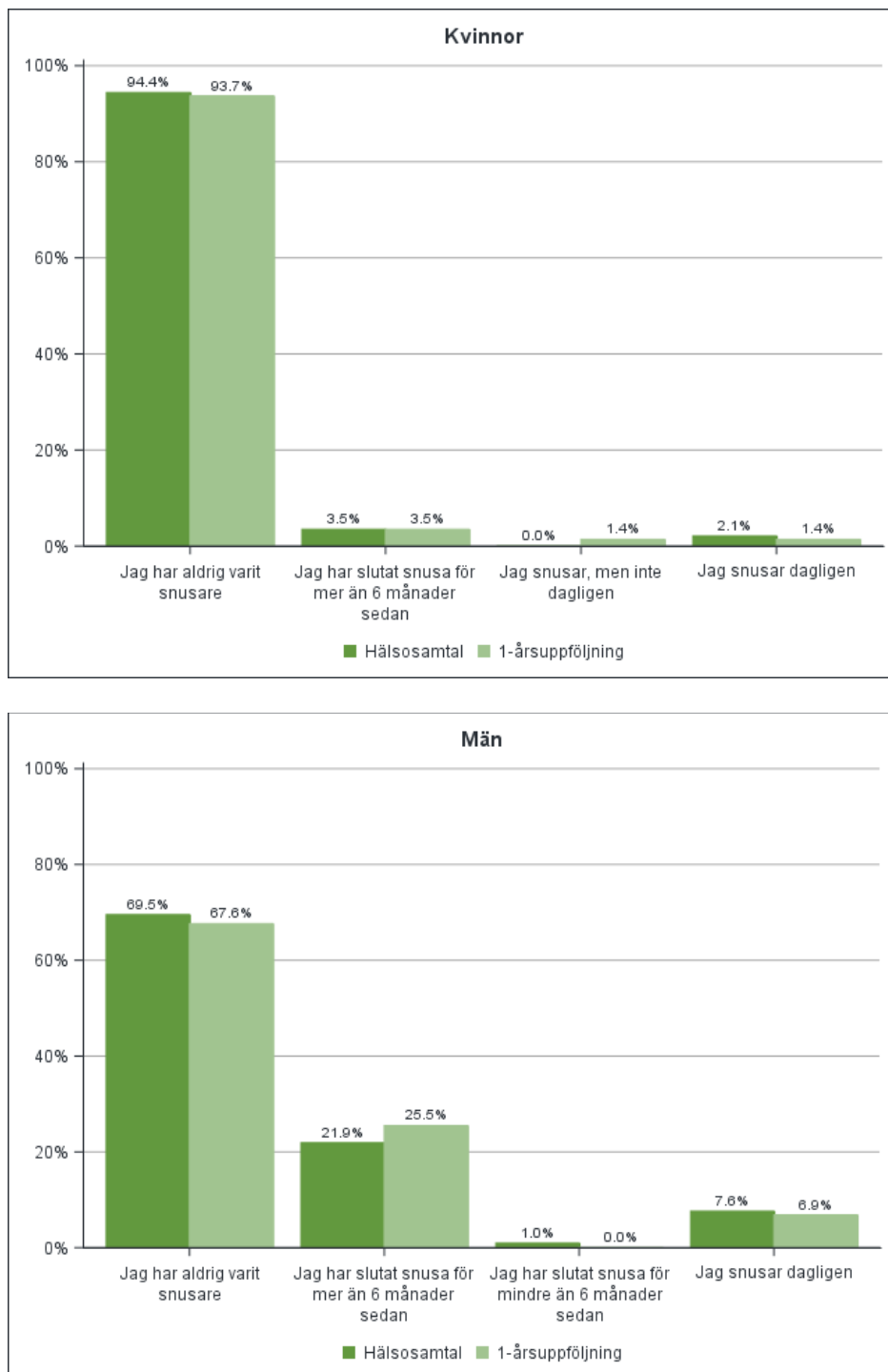
Rökning



Figur 7. Rökvanor för kvinnor (n=142) och män (n=102).

Figur 7 visar fördelningen över svarkategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Av de 13 deltagare som angav dagligrökning vid hälsosamtalet svarade 11 att de fortfarande var dagligrökare vid uppföljningen. Övriga två svarade att de röker men inte dagligen vid uppföljningen. Bland både kvinnor och män rapporterade 3 % minskad grad av rökning och 2 % ökad grad av rökning under uppföljningstiden. Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan hälsosamtalet och uppföljningen för vare sig kvinnor eller män.

Snus



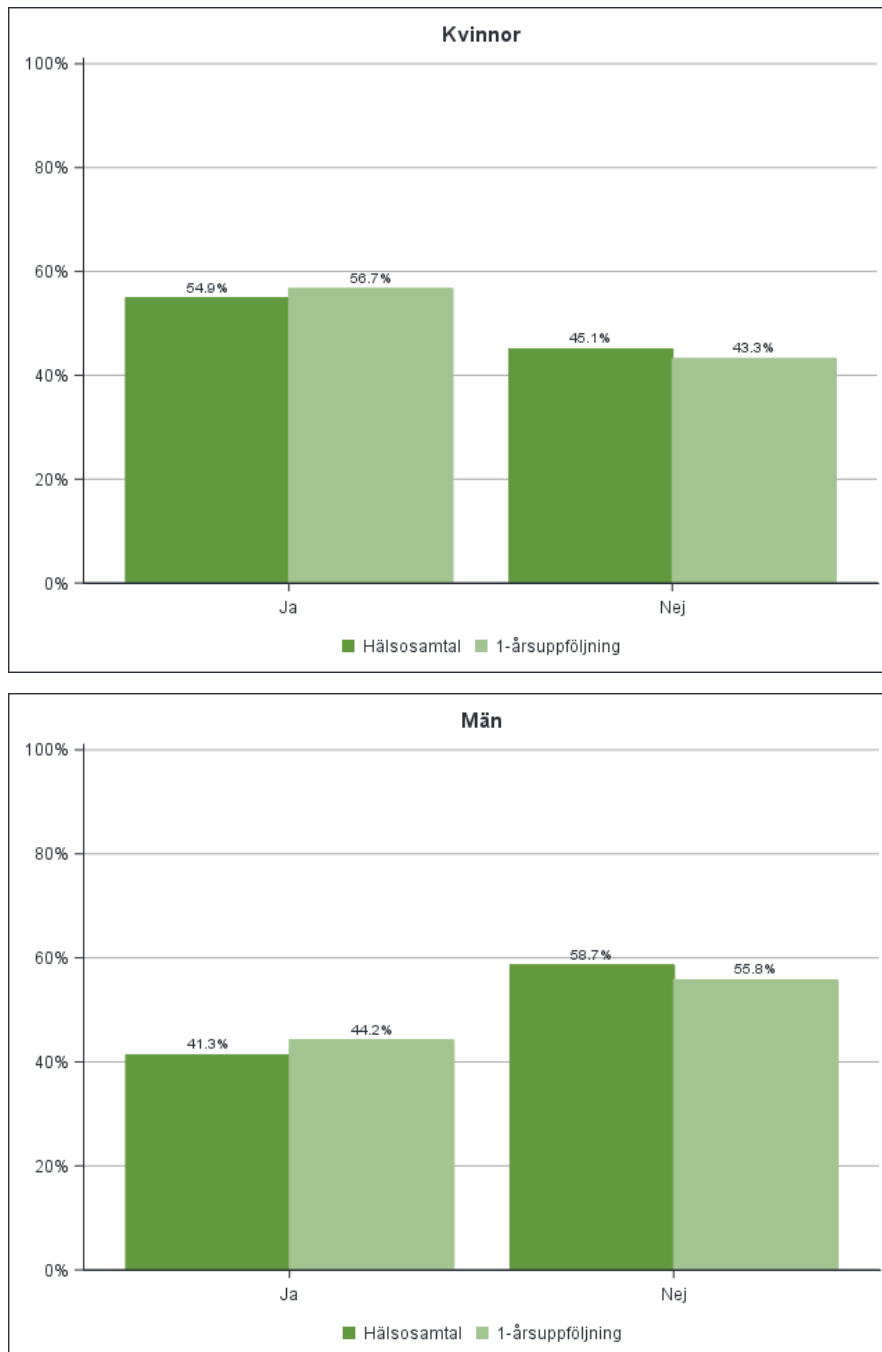
Figur 8. Snusvanor för kvinnor (n=143) och män (n=101).

Figur 8 visar fördelningen över svarkategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Bland de 11 deltagare som angav att de snusar dagligen vid hälsosamtalet angav 9 att de fortfarande snusar dagligen vid uppföljningen. Övriga två deltagare angav att de snusar men inte dagligen samt att de slutat snusa för mer än sex månader sedan. Observera att deltagare kan ha angett både rökning och snus användning. Totalt har 1 % av kvinnorna och 2 % av männen minskat sitt snusbruk och 1 % bland både kvinnor och män ökat sitt snusbruk under uppföljningstiden. Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan hälsosamtalet och uppföljningen för vare sig kvinnor eller män.

Psykisk hälsa

Nedan redovisas svar för frågan ”Har du under de senaste tolv månaderna haft något eller några av följande besvär?” för variablerna sömnbesvär, oro/ångest samt nedstämdhet och depression.

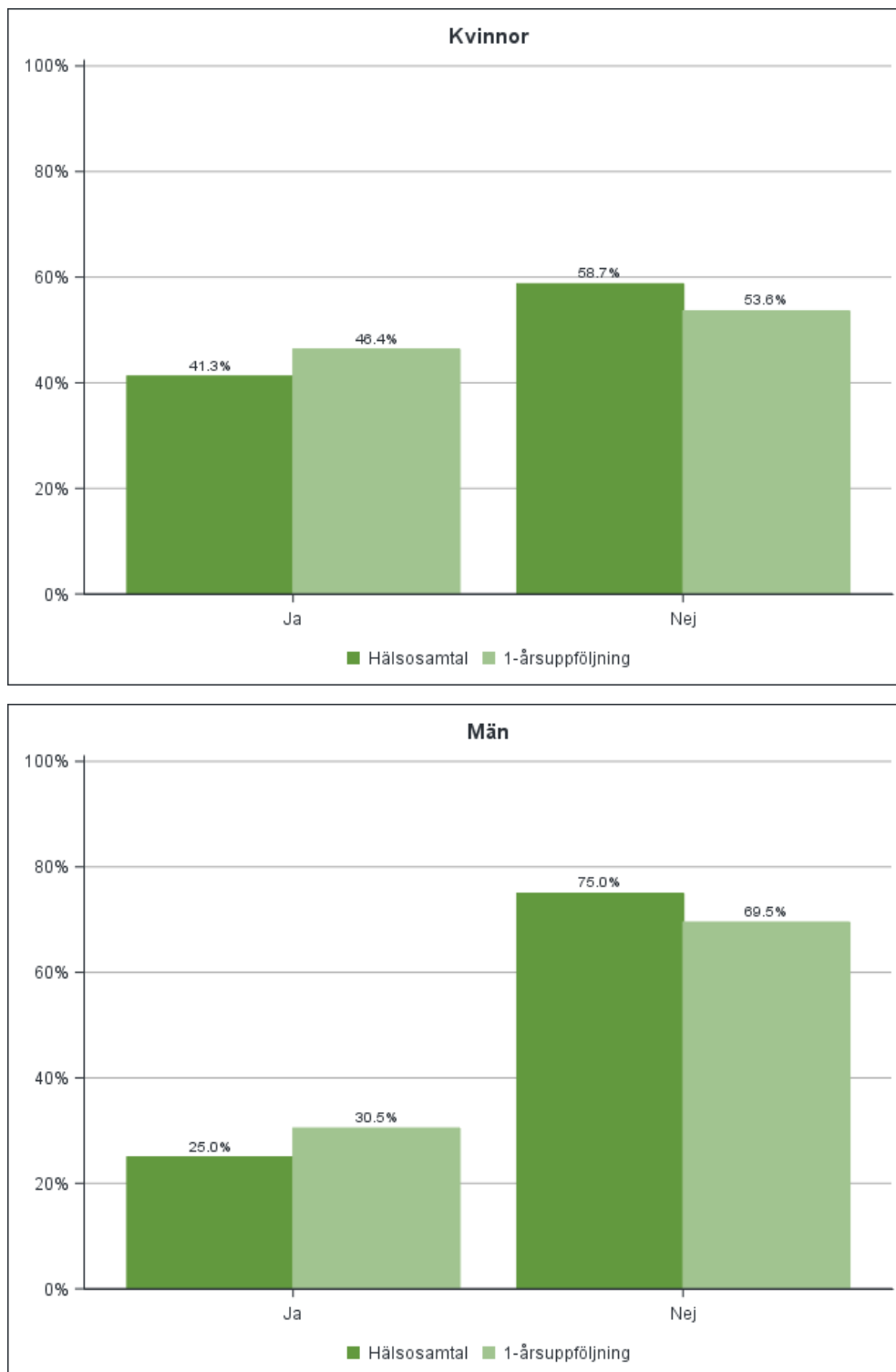
Sömnbesvär



Figur 9. Sömnbesvär de senaste tolv månaderna bland kvinnor (n=140) och män (n=102).

Figur 9 visar fördelningen över svarskategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Totalt har 9 % av kvinnorna och 6 % av männen upplevt minskade sömnproblem och 10 % respektive 8 % upplevt ökade sömnproblem under uppföljningstiden. Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan hälsosamtalet och uppföljningen för vare sig kvinnor eller män.

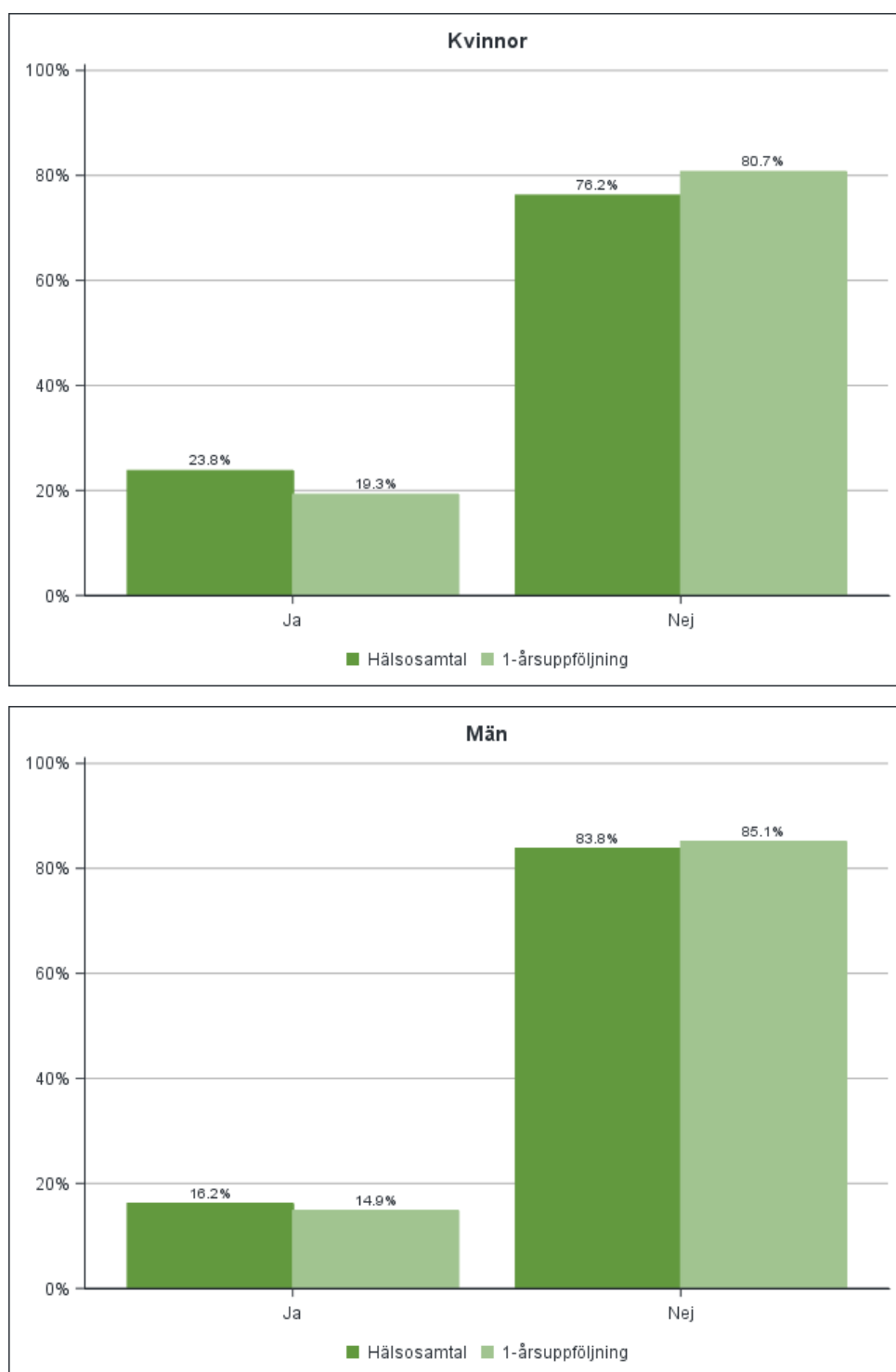
Oro/ångest



Figur 10. Oro och ångest de senaste tolv månaderna bland kvinnor (n=138) och män (n=103).

Figur 10 visar fördelningen över svarskategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Totalt har 8 % av både kvinnor och män upplevt minskad oro och ångest och ca 13 % upplevt ökad oro och ångest under uppföljningstiden. Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan hälsosamtalet och uppföljningen för vare sig kvinnor eller män.

Nedstämdhet och depression



Figur 11. Nedstämdhet och/eller depression de senaste tolv månaderna bland kvinnor (n=135) och män (n=100).

Figur 11 visar fördelningen över svarskategorierna vid hälsosamtalet och uppföljningen. Totalt har 9 % av kvinnorna och 7 % av männen upplevt minskad nedstämdhet och/eller depression och 6 % och 7 % upplevt ökad nedstämdhet och/eller depression under uppföljningstiden. Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan hälsosamtalet och uppföljningen för vare sig kvinnor eller män.

Vidare åtgärder på vårdcentralen

På frågan om deltagaren varit på återbesök till samtalsledaren eller annan vårdgivare på vårdcentralen som följd av sitt hälsosamtal svarade 26 % av kvinnorna och 19 % av männen ja. De vanligast angivna orsakerna till återbesöket bland kvinnor var i fallande ordning: blodfetter, blodsocker och blodtryck. För män var de vanligaste orsakerna: blodsocker, blodfetter och blodtryck. Därutöver anger drygt 8 % av både de kvinnliga och manliga respondenterna att de besökt tandvården som följd av sitt hälsosamtal.

Spridningseffekten

Totalt 75 % av de kvinnliga och 80 % av de manliga respondenterna angav att de berättat vad de fick reda på vid hälsosamtalet för personer i deras omgivning som till exempel familj och vänner. Därutöver anger 27 % av kvinnorna och 39 % av männen att levnadsvanorna hos personer i deras omgivning har påverkats positivt av hälsosamtalet. På frågan om hälsosamtalet bidragit med ny kunskap om hur jag kan leva hälsosamt svarade 39 % av kvinnorna och 42 % av männen ”stämmer mycket bra” eller ”stämmer bra”. Slutligen angav 92 % av kvinnorna och 88 % av männen att de skulle rekommendera andra 70-åringar att gå på hälsosamtal om möjligheten erbjuds.

4 Diskussion

Syftet med denna rapport var att redovisa hur 70-åringar som deltagit i ett Riktat hälsosamtal under 2022–2023 bedömer sin hälsa ett år efter hälsosamtalet. Deltagarna kontaktades med en uppföljningsförfrågan via 1177.se och ombads att inlämna sina enkätsvar via 1177 Formulärhantering. Syftet var även att utvärdera denna metod för uppföljning.

Resultaten visar att inbjudan via 1177.se nådde drygt nio av tio pilotdeltagare. Deltagare som inte var kopplade till e-tjänster på 1177.se och därmed inte kunde nås av den digitala inbjudan verkar i något högre grad vara födda utanför Sverige, ha lägre utbildningsnivå och ha något sämre självskattat allmäntillstånd vid hälsosamtalet. Det är möjligt att denna tendens endast föreligger bland äldre åldersgrupper och att en digital uppföljning av till exempel 40- och 50-åringar skulle nå bredare. Detta då 99 % av 40- och 50-åringar i Skåne har användarkonton på 1177.se. Erfarenheterna från denna uppföljning är att integrationen mellan webbstödet för Riktade hälsosamtal och 1177.se fungerat väl för att nå ut med den digitala inbjudan och är därmed en möjlig metod för framtida uppföljningar.

Bland de pilotdeltagare som nåddes av inbjudan via 1177.se valde varannan deltagare att besvara uppföljningsenkäten. Då det inte fanns en teknisk möjlighet att skicka påminnelser får detta betraktas som relativt hög svarsfrekvens. Framöver är ambitionen att utnyttja påminnelser, vilket bör kunna öka svarsfrekvensen något. Det finns även ett behov av att se över möjligheterna för hur deltagare som inte kan svenska eller engelska kan besvara uppföljningsenkäten. Av bortfallsanalysen framgår att respondenterna i högre utsträckning var födda i Sverige, hade högre utbildningsnivå och bättre allmänt hälsotillstånd vid hälsosamtalet jämfört med de som inte besvarade uppföljningsenkäten. Därtill visade pilotfasen att det var en selekterad grupp 70-åringar som valde att tacka ja till erbjudandet om hälsosamtal under 2022–2023, bland annat utifrån födelseland och utbildningsnivå. Då dessa socioekonomiska variabler är kopplade till många vård- och hälsorelaterade utfall är detta viktigt att beakta vid tolkning av resultaten. Att Riktade hälsosamtal når samtliga i de utvalda åldersgrupperna och inte bidrar till ökad ojämlikhet i hälsa är en av de viktigaste aspekterna med metoden. Region Jönköpings län som arbetat med Riktade hälsosamtal under många år har i sina uppföljningar visat att det går att nå samtliga grupper samt att individer med lägre utbildningsnivå har störst nytta av interventionen. Det kvarstår dock en utmaning i Skåne att få med samtliga samhällsgrupper i lika stor utsträckning, såväl vid erbjudandet om hälsosamtal som vid uppföljningar. Både tidigare rapporter och denna uppföljning visar att det krävs ytterligare insatser inom detta område framöver.

Matvanor är den levnadsvana som störst andel angav positiv förändring för, särskilt bland männen. I kunskapsgenomgången av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal utmärker sig matvanor som den levnadsvana med störst effekt av ett Riktat hälsosamtal (1). Från nationella matvaneundersökningar framkommer dessutom att män generellt sett har en större förbättringspotential än kvinnor, som bland annat äter mer grönsaker och frukt och mindre kött än män (2). Vidare anger deltagarna förbättringar gällande fysisk aktivitet, trots ett relativt högt utgångsläge vid hälsosamtalet. Möjligtvis kan det bero på ökad muskelstärkande aktivitet, i tillägg till den aktivitet som angavs vid hälsosamtalet, då detta framhölls som särskilt gynnsamt för åldersgruppen under fortbildningen av samtalsledare inför pilotfasen. Särskilt betydelsefulla är de förändringar som sker från den lägsta nivån av fysisk aktivitet, då dessa individer har den största hälsovinsten att hämta genom en ökning (3).

I den subjektiva bedömningen kring hur hälsosamtalet påverkat levnadsvanorna så anger majoriteten av deltagare att deras alkoholbruk antingen är oförändrat eller förbättrat. Samtidigt tyder förändringen i antal standardglas per vecka på att kvinnorna ökat sin alkoholkonsumtion. När även frågan ”hur ofta dricker du alkohol” beaktas framkommer en mer nyanserad bild, då kvinnor anger att de mer sällan dricker alkohol vid uppföljningen jämfört med vid hälsosamtalet. En möjlig orsak till detta resultat skulle kunna vara att frågan kring standardglas är formulerad utifrån en veckokonsumtion medan deltagarna eventuellt relaterar till det senaste året vid utvärdering av hälsosamtalets påverkan på alkoholvanorna. En annan möjlig orsak skulle kunna vara tidsperioden för uppföljningen, som genomfördes under november till december. Detta är en period med många sociala sammankomster som förknippas med alkohol. Vid jämförelse av enkätsvar från september-mars, då pilotstudien genomfördes, med enkätsvar från november-december finns en risk att flertal förändringar är präglade av ändrade beteenden kring jul och nyår. Detta gäller både levnadsvanor så som alkohol, matvanor och fysisk aktivitet såväl som psykisk hälsa och stress. Detta är en lärdom inför kommande uppföljningar, då en mer utspridd datainsamling över året är att föredra.

Var fjärde kvinna och var femte man angav att de besökt vårdcentralen som följd av sitt hälsosamtal. Möjligheten till återbesök är viktig för att skapa förutsättningar för behandling av exempelvis metabola riskfaktorer och ofrivillig ensamhet, vilket är en central del för att metoden ska vara effektiv. Vidare angav knappt fyra av fem deltagare att de berättat vad de fick reda på vid hälsosamtalet för andra och en tredjedel svarade att levnadsvanor hos personer i deras närhet påverkats positivt av hälsosamtalet. I Region Jönköpings län har man försökt beskriva dessa spridningseffekter som uppmärksammades redan på 80-talet när metoden introducerades. En del av orsaken kan vara att gruppen som genomgår ett hälsosamtal får en ny medvetenhet kring sin hälsa, vilket man gärna delar med sig av. Dessutom driver ökad kunskap fram en annan efterfrågan och nya sätt att välja exempelvis varor i matbutiken, vilket i sin tur för med sig ett mer hälsosamt utbud.

Ett generellt problem med uppföljning av deltagare efter ett Riktat hälsosamtal är att det saknas en jämförande kontrollgrupp. Förändringar som skett över ett år är därför svåra att med säkerhet härleda till hälsosamtalet i sig, när det är oklart hur deltagare som inte bjudits in eller som tackat nej till att delta förändrats under motsvarande tidsperiod. En faktor som bör påverka är stigande ålder, som i sig medför en förväntad försämring av hälsan. Detta innebär att även bibehållen nivå av hälsa mellan hälsosamtalet och uppföljningar kan vara ett värdefullt resultat. Därutöver finns påverkan av omvärldsläget, ekonomi och miljö som även detta kan ge utslag på variabler som psykisk hälsa och upplevt allmänt hälsotillstånd över tid, oberoende av deltagande i Riktade hälsosamtal.

Personer med kroniska sjukdomar står för 80–85 % av de totala sjukvårdskostnaderna. Ungefär 85 % av befolkningen som är 65 år eller äldre har idag en eller fler kroniska sjukdomar och 66 % är multisjuka, dvs. har två eller fler kroniska sjukdomar (4). Undersökningar visar att många patienter inte får frågor om sina levnadsvanor inom sjukvården, särskilt personer över 65 år, trots att det finns goda möjligheter att med levnadsvaneförändringar förebygga insjuknande och behandla kroniska sjukdomar (5). Skillnaden i risk att få en allvarlig sjukdom mellan de som har en ohälsosam respektive en hälsosam levnadsvana ökar i regel ju äldre man blir och även äldre individer gör stora vinster vid levnadsvaneförändring (5). Riktade hälsosamtal har en struktur som möjliggör hälsofrämjande möten i primärvården. Individen blir medveten om sin hälsa vilket skapar förutsättningar för gott åldrande och goda livsvillkor. Riktade hälsosamtal kan på så sätt uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor eller ofrivillig ensamhet och erbjuda stöd.

Förbättringarna som deltagarna angett avseende matvanor och fysisk aktivitet gör med största sannolikhet skillnad. Ohälsosamma matvanor är en av de största riskfaktorerna för sjukdom och ohälsa i Sverige, framför allt genom en ökad risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom, typ 2 diabetes, obesitas och cancer (6). Forskning visar dock att hälsosamma matvanor kan bidra till att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom med 30 till 50 procent och förebygga upp till en tredjedel av alla cancerfall (7, 8). Äldre som är fysiskt aktiva lever två år längre än inaktiva. Icke-rökare som är fysiskt aktiva, mentalt stimulerade och har ett bra socialt nätverk, dvs låg riskprofil, lever cirka fem år längre än de som är rökare, fysiskt inaktiva och har dåligt socialt nätverk. Dessa samband kan även ses hos individer över 85 år och hos de med kroniska sjukdomar (9). Genom att uppmuntra individer med låg risk att fortsätta leva ett fysiskt och socialt aktivt liv och erbjuda stöd till individer med hög risk kan hälsan förbättras markant bland de äldre. Att göra detta inom ramen för Riktade hälsosamtal kan vara ett sätt, samtidigt bör det troligen byggas samman med andra insatser i ett hälsosystem där insatserna återkommer och fördjupas, utifrån de behov som uppkommer.

Arbetet med Riktade hälsosamtal för 70-åringar ger även möjlighet att skapa nya samverksamstrukturer. När man strukturerat kallar till sig en åldersgrupp ger detta en tydlig bild av de behov som framkommer i hälsosamtalen. Som exempel kan nämnas arbetet på Vårdcentralen Näsby. Ofrivillig ensamhet var vanligt förekommande bland arabisktalande deltagare och detta har lett till samverkan med kommunen för nya mötesplatser samt en Senior sport school, den senare även i samverkan med RF-SISU (Skåneidrotten). Samhällsinriktade åtgärder genom samverkan med till exempel kommuner, idrottsföreningar, livsmedelsbutiker, apotek, tandvård och näringsliv förstärker effekten av hälsosamtalen.

I dagsläget finns inget beslut om breddinförande av Riktade hälsosamtal för 70-åringar i Skåne. I regionens verksamhetsplan och budget för 2024 finns dock ett uppdrag om att genomföra en pilot av äldrecentraler, som syftar att främja hälsa samt att bidra till att stärka det sociala sammanhanget hos årsrika (10). Möjligheten att bygga in Riktade hälsosamtal för 70-åringar i denna hälsofrämjande struktur kan vara intressant ur flera perspektiv, inte minst som en naturlig repetition och påfyllnad av genomgångna hälsosamtal i 40- och 50 års åldern för varje individ.

5 Referenser

1. NPO levnadsvanor. Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. 2022.
2. Amcoff E, Edberg A, Enghardt Barbieri H, Lindroos AK, Nälsén C, Pearson M, Warensjö Lemming E. (2012). Riksmaten vuxna 2010-2011: Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige. Uppsala: Livsmedelsverket.
3. Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, red. Fysiskaktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2021
4. VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Rapport 2014:2. Myndigheten för vårdanalys.
5. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling [Internet]. Hämtad från: <https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.129d3e2817dc23cef322e1b6/1643634287719/Nationellt-vardprogram-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-prevention-och-behandling.pdf>.
6. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2019 May 11;393(10184):1958-1972.
7. IHE Rapport 2021:5, IHE: Lund - https://ihe.se/wp-content/uploads/2021/10/IHE-Rapport-2021_5_.pdf. Brådvik G, Andersson E, Ramdén V, Lindgren P, Steen Carlsson K.
8. Clinton SK, Giovannucci EL, Hursting SD. The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. J Nutr. 2020 Apr 1;150(4):663-671.
9. Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, Wang HX, Fratiglioni L. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. BMJ. 2012;345:e5568.
10. Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 - med plan för 2025–2026. https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/publikationer_dokument/v-plan-och-budget-2024-26-slutlig-002.pdf