

# Riktade hälsosamtal i Skåne

Pilotfas 70-åringar 2022–2023



## Om rapporten

Mellan september 2022 och mars 2023 pågick en pilotfas för Riktade hälsosamtal bland 70-åringar på 14 vårdcentraler i Skåne. Enheten för kunskapsstyrning vid Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning har ansvarat för metod- och kompetensstöd samt utvärdering. I denna rapport presenteras en sammanställning av processen och de resultat som inkommit.

Rapporten har tagits fram i maj 2023.

Ansvariga för rapporten:

Ena Thomasson, hälso- och sjukvårdsstrateg, dietist, med dr  
Lovisa Björnberg, dataanalytiker & registerspecialist, Dataanalys och registercentrum  
Mikael Wibom Vestlund, medicinsk rådgivare, specialist i allmänmedicin  
Emma Appell, hälso- och sjukvårdsstrateg, sjuksköterska  
Malin Skogström, medicinsk rådgivare, specialist i allmänmedicin  
Johanna Jaran, hälso- och sjukvårdsstrateg, fysioterapeut  
Kjell Olsson, hälso- och sjukvårdsstrateg, dietist, folkhälsovetare  
Johannes Malm, sakkunnig psykisk hälsa, psykolog  
Elisabeth Risberg, sakkunnig alkohol och tobak, sjuksköterska  
Susanna Stenevi Lundgren, hälso- och sjukvårdsstrateg, fysioterapeut, med dr

## Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	1
	Syfte.....	2
2	Metod.....	3
	Riktade hälsosamtal.....	3
	Kompletterande metodstöd.....	3
	Struktur och process.....	4
3	Datamaterial.....	8
	Pilotvårdcentraler.....	8
	Deltagande.....	12
4	Resultat.....	14
	Deltagande utifrån bakgrundsfaktorer.....	14
	Levnadsvanor.....	15
	Mätvärden.....	21
	Uppföljning.....	23
	Hälsokurvan.....	25
5	Diskussion.....	26
6	Referenser.....	33

## Sammanfattning

I denna rapport redovisas erfarenheter och resultat från pilotfasen av Riktade hälsosamtal (RHS) för 70-åringar i Region Skåne. Pilotfasen pågick mellan september 2022 och mars 2023. Totalt 14 vårdcentraler anmälde intresse och inkluderades i pilotfasen. Urvalet av pilotvårdcentraler var därmed inte slumpmässigt eller baserat på geografiska, socioekonomiska eller vårdrelaterade faktorer. Det är också viktigt att beakta att pilotfasen genomförts på ett begränsat underlag vilket medför att resultaten inte kan antas återspegla Skånes befolkning i stort.

Inbjudan nådde åtta av tio listade 70-åringar och bland de inbjudna invånarna tackade sex av tio ja till erbjudandet. Vid pilotfasens slut hade mer än hälften av alla inbjudna 70-åringar genomfört ett hälsosamtal. Detta motsvarade 511 hälsosamtal. Resultaten visade att deltagandet var representativt utifrån könsfördelning på pilotvårdcentralerna, men att andelen som är födda i Sverige och har eftergymnasial utbildning kan vara något överrepresenterad.

En stor andel av deltagarna klassade sitt allmänna hälsotillstånd som bra, i linje med 40- och 50-åringar i Skåne. De manliga deltagarna utmärkte sig med fler riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom än de kvinnliga, men trenden var mindre framträdande än för 40- och 50-åringar. En hög andel av männen uppgav riskbruk av alkohol och tobaksbruk, samt hade förhöjt fastande blodsocker och övervikt eller obesitas. Särskilt utmärkande var de förhöjda blodsockervärdena som noterades hos två av fem män och hos var fjärde kvinna. Kvinnorna utmärkte sig med en hög andel som angav psykiska besvär och en hög andel med förhöjt total- och LDL-kolesterol. Samtidigt rapporterade kvinnorna i högre utsträckning att de väljer nyckelhålmärkt mat och att de är fysiskt aktiva.

Majoriteten av hälsosamtalen under pilotfasen genomfördes av sjuksköterska. Ungefär en femtedel av såväl kvinnliga som manliga deltagare bokades in för återbesök till samtalsledaren. Anledningen uppgavs vara uppföljning av blodtryck, blodsocker, matvanor och viktminskning. Knappt fyra av tio deltagare remitterades vidare till annan vårdgivare.

Pilotfasen av RHS för 70-åringar har inneburit en vidareutveckling av metoden som i dagsläget används för 40- och 50-åringar i Skåne. Viktiga komponenter har bland annat varit ett åldersgruppsanpassat tillägg av metodstödet och fortbildning av samtalsledarna. Framöver behöver utbudet efter hälsosamtalet utvecklas med lokala initiativ för sociala sammanhang, kultur, fysisk aktivitet och hälsosamma val tillsammans med kommun och andra externa aktörer.

Skåne har en åldrande befolkning med ett ökat behov av vård och omsorg. Genom att förebygga sjukdom, stödja till bibehållen funktion och tidigt upptäcka sjukdom, kan behovet av insatser skjutas fram. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser från såväl samhällets som individens sida kan förbättra livskvalitén och därmed bidra till minskade samhällskostnader. RHS utgör en modell för ett strukturerat och långsiktigt hälsofrämjande arbete genom hela vuxenlivet, där dialogen återkommer, utvecklas och fördjupas. Individerna blir medvetna om sin hälsa och för 70-åringarna innebär detta förutsättningar för gott åldrande och goda livsvillkor.

# 1 Bakgrund

Pilotfasen för införandet av Riktade hälsosamtal (RHS) för 70-åringar i Region Skåne genomfördes under perioden 1 september 2022 till 31 mars 2023, med Enheten för kunskapsstyrning som metod- och kompetensstöd. Syftet var att testa processen för hälsosamtalen även i den äldre åldersgruppen 70-åringar. Totalt 14 vårdcentraler deltog genom att erbjuda sina listade 70-åringar ett hälsosamtal, vilket inkluderade besvarande av digital hälsoenkät via 1177, provtagning, mätvärden samt ett hälsosamtal på vårdcentralen.

För Region Skåne är implementeringen av RHS helt i linje med framtidens hälsosystem där målbilden är bättre liv och hälsa för fler. Metoden RHS omfattar flera av de områden som identifierats som viktiga i omställningsprocessen för en god och nära vård: personcentrerat arbetssätt samt hälsofrämjande och förebyggande insatser.

RHS är en modell för att systematiskt och strukturerat uppmärksamma riskfaktorer som ohälsosamma levnadsvanor och psykisk ohälsa, med syfte att minska insjuknandet i hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Nationellt programområde (NPO) levnadsvanor tillsatte en expertgrupp under 2021 som genomförde en systematisk kunskapsgenomgång av arbetsmodellen RHS (1). Rapporten, som publicerades 2022, slår fast att modellen kan minska dödligheten i hjärt-kärlsjukdom och dödlighet oberoende av orsak. Studierna som inkluderats i kunskapsgenomgången bygger på hälsosamtal med individer i åldern 40–60 år.

Andelen äldre i befolkningen ökar stadigt (2). Risken att drabbas av olika hälsoproblem och sjukdomar ökar med stigande ålder och det föreligger stor individuell variation vad gäller 70-åringars hälsa. Att ha en hälsosam livsstil och ett rikt socialt nätverk har i en svensk studie visat sig vara kopplat till längre liv, även hos individer över 75 år (3). Äldre som var fysiskt aktiva levde två år längre än inaktiva. Icke-rökare som var fysiskt aktiva, mentalt stimulerade och hade ett bra socialt nätverk (låg riskprofil) levde cirka fem år längre än de som var rökare, fysiskt inaktiva och hade dåligt socialt nätverk. Dessa samband kunde även ses hos individer över 85 års ålder och hos de med kroniska sjukdomar. Genom att uppmuntra individer med låg risk att fortsätta leva ett fysiskt och socialt aktivt liv och erbjuda stöd till individer med hög risk, genom att visa vilka fördelar de kan få genom små förändringar i levnadsvanor, kan hälsan förbättras markant bland de äldre.

Från att tidigare ha ansett att förebyggande insatser inte kunde ge resultat bland äldre visar nyare forskning exempelvis att effektiv behandling av högt blodtryck minskar risken för hjärt-kärlsjukdom hos äldre personer ( $\geq 65$  år) såväl som hos yngre ( $<65$  år) och att hypertonibehandling reducerar stroke och kardiovaskulär död även hos individer över 80 år. Livsstilsmodifikation har ännu tydligare visats kunna förebygga typ 2 diabetes hos äldre ( $\geq 60$  år), jämfört med yngre och medelålders personer (3-5).

Fysisk aktivitet har lyfts fram som en viktig hälsofrämjande faktor i synnerhet för äldre eftersom fysisk aktivitet minskar risken för många av de sjukdomar som är vanliga i högre åldrar, så som hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer och osteoporos. Dessutom visar studier att regelbunden fysisk träning hos äldre både förebygger skador och ökar välbefinnandet samt funktionsförmågan, med minskat behov av hjälpinsatser som följd (6).

RHS erbjuds till 70-åringar i Region Jönköpings län, Region Örebro och Region Östergötland. I Region Jönköpings län används metoden i sitt grundutförande utan tillägg. Inför pilotfasen av RHS för 70-åringar i Skåne har ett samarbete med LPO äldres hälsa och

palliativ vård inletts för att diskutera eventuella tilläggsfrågor/fokusområden för att anpassa metoden till 70-åringarna. Utifrån dessa diskussioner blev beslutet att utarbeta ett tillägg till metodstödet (som används till 40- och 50-åringar) för fördjupad kunskap, vägledning och observans hos samtalsledarna gällande 70-åringarna som är helt målgruppsanpassat. Underlaget och genomgång av evidensen för åldersgruppen utifrån tobak, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet har skett tillsammans med geriatriker. I tillägget har även det moderna SCORE2-systemet för bedömning av risk i relation till blodtryck och blodfetter lagts till (7).

## **Syfte**

Syftet med denna rapport var att sammanställa erfarenheter från pilotfasen av RHS för 70-åringar och utvärdera dess processer och metoder. I rapporten redovisas även bakgrunds- och hälsodata för deltagare som genomgått ett hälsosamtal under pilotfasen.

## 2 Metod

### Riktade hälsosamtal

Syftet med RHS är att förebygga hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Med stöd av metoden RHS kartläggs frisk- och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom för att kunna erbjuda kunskap och stöd till förändring. De faktorer som kartläggs är levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, alkoholvanor, tobaksvanor), biologiska riskfaktorer (blodtryck, blodfetter, blodsocker, vikt, bukfetma), psykosociala faktorer och ärftlighet. Hälsosamtalet bygger därefter på ett visuellt och pedagogiskt hjälpmedel, hälsokurvan, och utgår från deltagarens önskemål och möjligheter att förebygga sjukdom genom att främja hälsosamma levnadsvanor och en god psykisk hälsa. Hälsokurvan ger varje individ en helhetsbild av nuvarande risk- och friskfaktorer och utgör underlag för hälsosamtalet.

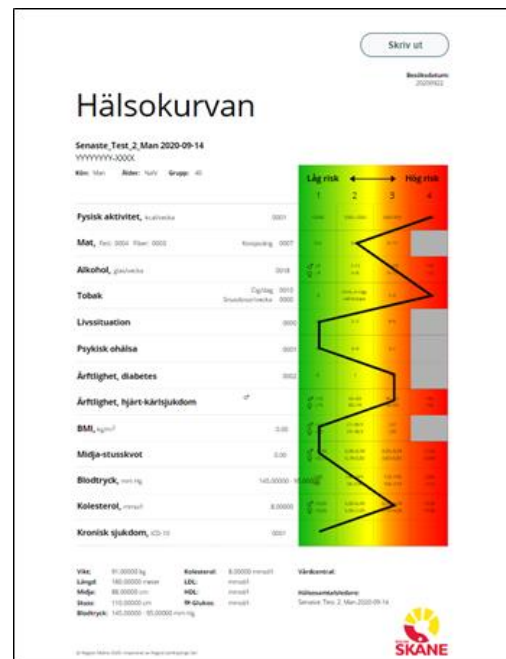


Bild på hälsokurvan.

Även för individer som redan har drabbats av kronisk sjukdom kan RHS göra skillnad. Vid tillstånd som exempelvis hypertoni, diabetes typ 2, artros och hjärt-kärlsjukdom utgör stöd och åtgärder för mer hälsosamma levnadsvanor grunden i behandlingen. Det handlar om att få förutsättningar till så bra hälsa som möjligt, även vid sjukdom. Individen kan med basen i saklig information och en personcentrerad dialog göra medvetna val för sin hälsa.

### Kompletterande metodstöd

Inför pilotfasen har ett förberedande arbete genomförts för att säkerställa att RHS utformas optimalt för åldersgruppen. Viktiga tillägg i metodstödet (8) har bland annat inkluderat:

- Goda levnadsvanor är viktiga genom hela livet.
- Små förändringar vad gäller levnadsvanorna kan göra stor skillnad både för hälsan och för livskvaliteten.
- Det föreligger stor individuell variation vad gäller 70-åringars hälsa. Det är därför viktigt att göra en helhetsbedömning av varje individ och att erbjuda en personcentrerad dialog.
- Varierad och regelbunden fysisk aktivitet är viktigt även för 70 åringar. Förbättrad fysisk funktion ökar förmågan att klara av vardagsaktiviteter och bidrar till att bevara muskelmassa. Konditionsträning förbättrar kognitiv funktion och multikomponent träning minskar risk för fall och fallrelaterade skador. Fysisk aktivitet förebygger och behandlar många hälsoproblem och sjukdomar.
- Långvarigt stillasittande är en oberoende riskfaktor för ohälsa. Äldre vuxna, liksom alla andra åldersgrupper, bör bryta långvarigt stillasittande med korta rörelsepåuser men också sträva efter att ersätta långvarigt stillasittande med vardagsaktiviteter och träning. Äldre individer som sitter mycket stilla kan behöva extra stöd i förändring mot ökad fysisk aktivitet.

- Det är aldrig för sent att sluta röka. Vid rökstopp minskar bl.a. risken för hjärt-kärlsjukdom och för insjuknande i KOL. Vidare så återgår lungfunktionen till en normal åldersförändring och risken för hjärtinfarkt halveras inom tre till tolv månader.
- Forskning tyder på att hög alkoholkonsumtion hos äldre ökar risken för bl.a. hjärt-kärlsjukdom och kognitiv sjukdom. Det finns i nuläget inga belägg för att rekommendera 70-åringar total avhållsamhet från alkohol, men ju lägre alkoholkonsumtion desto bättre.
- En aktiv livsstil och social samvaro förlänger livet (även hos de som redan har kroniska sjukdomar) och kan skydda mot demensutveckling. Därför är det viktigt att försöka förebygga och motverka social isolering.
- Uppmärksamma att förekomst och insjuknande av depression fördubblas från 70–85 år.
- För 70-åringar gäller samma kostråd som för vuxna generellt. För äldre med nedsatt aptit så finns dock specifika kostråd framtagna av Livsmedelsverket.
- Vad gäller bedömning av blodtryck och kolesterol; använd bedömningsscheman för 70-åringar i metodstödet.
- Vid osäkerhet angående hälsoråd vid komplexa, kroniska sjukdomar; ta kontakt med individens behandlande läkare.
- Använd motiverande samtal i hälsosamtalet. Särskilt viktigt att för 70-åringar är att betona autonomi, stärka självförtroende, bygga på det friska, få fram vad som är värdefullt för individen att ta upp, hur individen vill fylla sina år, etc.
- Erbjud Livsstilsverktyget till de som önskar reflektera mer över sin hälsa både vad gäller konkreta vardagstips och existentiella aspekter av ålder och hälsa (9).

SCORE2 är en vidareutveckling av tidigare SCORE. I SCORE2 bygger algoritmen på nya data från epidemiologiska europeiska undersökningar. I SCORE2 bedöms förutom risk för kardiovaskulär död även risken att drabbas av kardiovaskulär sjukdom (stroke, hjärtinfarkt, perifer kärlsjukdom) inom tio år. Algoritmen har adapterats för svenska förhållanden. För de äldre personerna finns nu data ända upp till 90 år och från 70 år till 90 år benämns algoritmen som SCORE2-OP där "OP" står för "older persons". Det som poängterats är att ålder är den dominerande drivkraften för hjärt-kärlrisk hos nästan alla individer över 70 år och den uppskattade tio-åriga hjärt-kärlrisken är för många personer hög. En tio-årig hjärt-kärlrisk över 15% enligt SCORE2-OP anses dock i allmänhet vara "mycket hög risk", och behandling av riskfaktorer rekommenderas. Behandling av riskfaktorer bör dock alltid övervägas med hänsyn till skörhet, samsjuklighet, polyfarmaci, patientpreferenser och fördelar med livstidsbehandling. Med tanke på den subjektiva karaktären hos många av dessa faktorer är det inte möjligt att definiera strikta kriterier för dessa och därför rekommenderas läkarkontakt för överväganden av läkemedelsbehandling i många fall (7).

## **Struktur och process**

### **Förfrågan och anmälan att delta i pilotfasen**

För att informera verksamhetschefer och samtalsledare om pilotfasen för 70-åringar skickades ett inbjudningsmejl ut i maj 2022. Inbjudan gick ut till både privata och offentliga vårdgivare. I anmälan fick vårdcentralerna fylla i en enkät och beskriva deras listade population utifrån sjukdomspanorama och sociodemografiska data t.ex. ålder, kön och utbildningsnivå. De fick också ange aktuellt ACG och CNI samt antal listade invånare födda 1952.



Kriterier för deltagande i pilotfasen var ett befintligt strukturerat levnadsvanearbete på vårdcentralen med tillgång till dietist, fysioterapeut, alkoholbehandlare och tobaksavvänjare. Vårdcentralen skulle ha minst två certifierade samtalsledare som hade kommit igång med hälsosamtal för 40-åringar. Det skulle finnas någon form av aktivitet riktad mot den äldre befolkningen, exempelvis en aktiv äldremottagning med namngiven kontaktsköterska. Slutligen godkände verksamhetschefen att samtalsledarna skulle delta i en utbildningsdag inför pilotstart och vårdcentralen åtog sig att bjuda in samtliga listade 70-åringar under pilotfasen.

### **Förankring av metoden i kunskapsstyrningsorganisationen**

Metod- och kompetensstödet har inför och under pilotfasen haft fortlöpande dialog med LPO äldres hälsa och palliativ vård. Detta har gett möjlighet att dra nytta av deras samlade tvärprofessionella kompetens som finns kring målgruppen 70-åringar. Dialog har framför allt förts avseende utformning av metodstöd, hälsoenkät inför hälsosamtal samt uppföljning av pilotfasen. Kontakten har skett via möten med kontinuerlig överrapportering kring pilotfasens utveckling. LPO äldres hälsa och palliativ vård har särskilt bidragit med medicinsk kompetens avseende metodstödet utformning, kommunperspektiv samt synpunkter gällande möjliga justeringar av hälsoenkät och metodstöd framåt.

### **Samtalsledaren**

För att arbeta som samtalsledare inom RHS i Skåne krävs att personen är legitimerad och medicinskt utbildad. Aktuella yrkesgrupper är sjuksköterska, distriktssköterska, arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut och läkare. För att certifieras som samtalsledare ingår utbildning i metoden RHS under två dagar samt grundutbildning i motiverande samtal motsvarande tre dagar. Pilotfasen för 70-åringar följde strukturen för RHS bland 40- och 50-åringar, men med vissa förändringar avseende bedömning av riskfaktorer och handläggning. Detta medförde att tidigare genomgångna utbildningar behövde kompletteras med en ny utbildningsdag.

### **Utbildningsinsatser**

I augusti 2022 genomfördes en utbildningsdag i tilläggsdelen till metodstödet för 24 samtalsledare. Föreläsare var geriatriker och medarbetare från Enheten för kunskapsstyrning. Även sakkunniga för de olika levnadsvaneområdena deltog. Dagen startade med ett informationsmöte där pilotvårdcentralernas verksamhetschefer deltog. Utbildningen innehöll en genomgång av tillägget i metodstödet som innehåller förtydligande kring levnadsvanor, förändringar avseende bedömning av riskfaktorer och handläggning för att passa samtalet med 70-åringarna. Under dagen gav även representanter från några samverkanspartners information om aktiviteter som kan erbjudas seniorer i hälsosamtalet. Regional Utveckling medverkade och berättade om de nya Nära naturenbroschyrerna som finns för alla kommuner i Skåne. RF-SISU berättade om Senior Sport Schools verksamhet med att inspirera till en aktiv och meningsfull fritid och skapa förutsättningar för ett hälsosamt åldrande. Slutligen presenterades Kultur på recept, ett projekt som pågår i Malmö med fokus på hur konst och kultur kan förbättra vår hälsa. Efter den inledande utbildningsdagen har två uppföljningsmöten genomförts tillsammans med samtalsledarna.

### **Webbstöd**

I webbstödet skapades en funktion för att ladda ner åldersgruppen. Hälsoenkäten för 70-åringarna är utformad på samma sätt som för 40- och 50-åringarna.

## **Kvalitetsregister för RHS**

Webbstödet som stödjer RHS klassificeras som ett nationellt kvalitetsregister. Malin Skogström, medicinsk rådgivare vid Enheten för kunskapsstyrning, är registerhållare och Region Skåne är central personuppgiftsansvarig myndighet, CPUA. I inbjudningsbroschyren till 70-åringarna tydliggörs att webbstödet är ett kvalitetsregister.

## **Metod- och kompetensstödet samt verksamhetsnära resurser**

I funktionen som metod- och kompetensstöd för RHS ingår ansvar för utbildningsinsatser, processen och det verksamhetsnära stödet till vårdcentralerna. Detta innefattar en daglig support via telefon och mail, anordna workshops med fortbildning för samtalsledarna, skapa nätverk för samtalsledarna samt ge möjlighet till stöd på vårdcentralen.

I det verksamhetsnära stödet finns tre erfarna samtalsledare som tjänstgör en dag per vecka. De ger stöd till samtalsledarna i det fortlöpande arbetet och erbjuder verksamhetsbesök för exempelvis arbetsplatsträffar och "sit-ins". De medverkar under utbildningen i metoden, under nätverksträffar och bidrar med sin kompetens och erfarenhet kring att hålla hälsosamtal. I stödet ingår också att presentera metoden för vårdcentralens övriga medarbetare på arbetsplatsträffar. En gång i månaden skickar metod- och kompetensstödet ut ett nyhetsbrev till alla samtalsledare med aktuell information om uppdateringar i metoden och webbstödet.

## **Forskning**

Pilotfasen för 70-åringar utvärderas av Centrum för primärvårdsforskning och kommer att ske i tre steg. Under våren 2023 genomförs fokusgruppintervjuer med samtalsledare som träffat 70-åringarna. Intervjuerna handlar bland annat om hur metodstödet och hälsokurvan fungerat för denna målgrupp och vilka andra frågor och problem som diskuterats under samtalen. Syftet är att ta reda på vad som fungerat bra och vilka förbättringsmöjligheter som finns. Det andra steget i utvärderingen är uppföljningsenkäter med frågor om levnadsvanor och självrapporterad hälsa. På så sätt utvärderas om hälsosamtalen har haft någon direkt effekt på 70-åringarnas livsstil. På lång sikt kommer deltagarnas hälsa att följas upp i nationella register. Denna forskningsuppföljning kommer enbart ske på de 70-åringar som har samtyckt till forskning. Resultaten av studierna kommer att kunna vägleda Region Skåne i utformningen av en välfungerande hälsosamtalsmodell för 70-åringar.

## **Lokal arbetsgrupp (LAG) metodutveckling Riktade hälsosamtal**

Eftersom RHS utgör ett nytt arbetssätt inom Region Skånes hälso- och sjukvård bildades en Lokal arbetsgrupp metodutveckling RHS i juni 2022. Syftet är att i samråd med metod- och kompetensstödet för RHS successivt utveckla metoden. Arbetsgruppen har ett nära samarbete med nationell temagrupp RHS inom nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, där representanter från cirka 15 regioner samverkar, samt ett samarbete med Regionalt programområde levnadsvanor. I gruppen ingår representanter från kardiologen och endokrinologen på Skånes Universitetssjukhus, Malmö och Lunds universitet, Kristianstad högskola, Centrum för primärvårdsforskning samt Enheten för kunskapsstyrning. Gruppen samlas för halvdagsmöte fyra gånger per år och förankring i gruppen har skett kring pilotfasen för 70-åringar.

## **Kommunikation**

Inbjudningsbroschyren till 70-åringarna är framtagen på fem olika språk: svenska, engelska, dari, arabiska och somaliska. Broschyrens innehåll skiljer sig något från broschyrerna för 40- och 50-åringar. Texten lägger fokus på "vad vill du fylla ditt liv med?" och att genom goda levnadsvanor, bra sömn och ta hand om sina relationer öka chanserna till välbefinnande och

ett friskt åldrande. Precis som för övriga åldersgrupper har det tagits fram en affisch för åldersgruppen.

RHS-sidan på vårdgivarwebben har en flik för pilotfasen med information om medverkande vårdcentraler och tilläggsdelen i metodstödet. Information om pilotfasen har gått ut till alla samtalsledare via nyhetsbrevet som ges ut en gång i månaden.

### **Samhällsinriktade åtgärder**

Samhällsinriktade insatser genom samverkan med exempelvis kommuner, idrottsföreningar, livsmedelsbutiker, apotek, tandvård och näringsliv förstärker effekten av hälsosamtalen. Hälso- och sjukvården är bara en av aktörerna när det gäller primärprevention och samhällsinriktade insatser bör därför ske i samarbete med andra samhällsaktörer. Det är viktigt att arbeta för att på bästa sätt nå så många som möjligt med information om hälsosamtalen. Samhällsinriktade åtgärder kan hjälpa till att minska klyftorna i ohälsa genom att bidra till en mer hälsosam omgivning för de med störst behov. En fungerande samverkan mellan olika aktörer i samhället är därmed av stor betydelse.

Några av pilotfasens samverkanspartners så som RF-SISU och primärvårdens projekt Kultur på recept medverkade under utbildningsdagen för samtalsledarna. Tillsammans med dessa aktörer sprids information i nätverket för samtalsledare om aktiviteter som kan erbjudas under hälsosamtalet.

### **Digital tolkutbildning**

Tillsammans med tolkförmedlaren Digitaltolk har en webbaserad tolkutbildning kring metoden RHS utvecklats. Syftet med utbildningen är att tolkarna ska erhålla adekvat kompetens kring RHS för att säkerställa att alla deltagare i RHS får ett likvärdigt hälsosamtal.

Utbildningen tar ungefär två timmar att genomföra och tolken genomför utbildningen digitalt på egen tid, antingen via dator eller telefon. Vid tolkbokning kan samtalsledaren efterfråga tolk som blivit godkänd på utbildningen. Via bokningssystemet kan tolken även ges information om RHS inför sitt tolkuppdrag och en länk till utbildningen om de ännu inte genomfört den. Hittills har 160 tolkar genomfört utbildningen. Återkopplingen från de tolkar som genomfört utbildningen visar på ett positivt mottagande och tacksamhet över att ha fått tagit del av utbildningen.

### **Stormöten**

Information kring pilotfasen lyftes under stormötet för RHS hösten 2022. Resultaten från pilotfasen presenterades också under stormötet våren 2023.

### **Ekonomisk ersättning till pilotvårdcentralerna**

För varje genomfört hälsosamtal ersätts vårdcentralen med 1000 kronor.

### **Deltagaravgift**

Deltagarna erbjuds hälsosamtalet utan kostnad.

### 3 Datamaterial

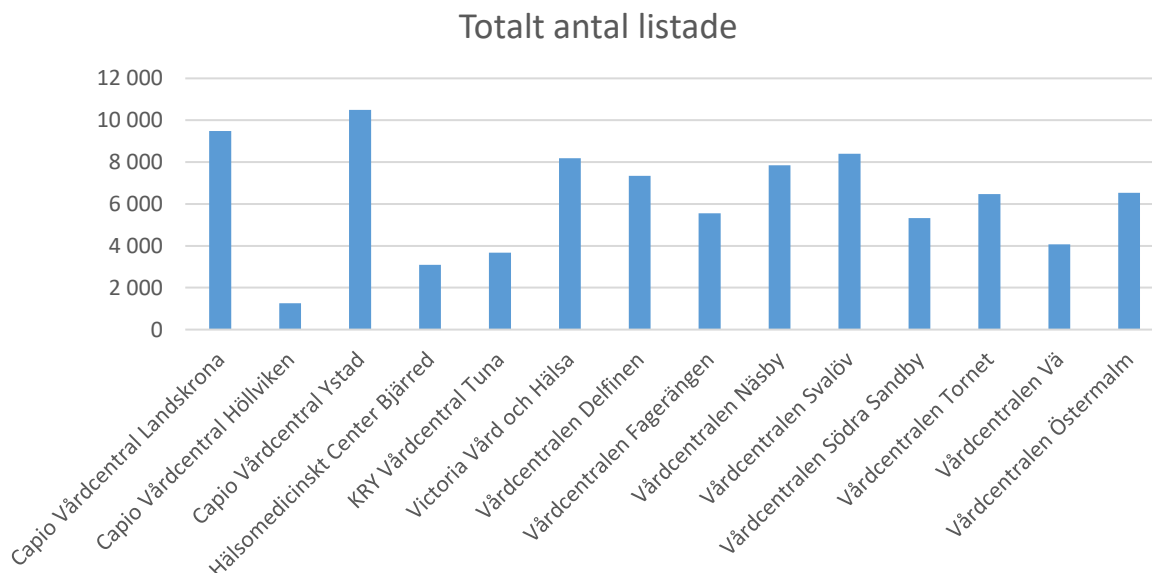
#### Pilotvårdcentraler

Under anmälningstiden till pilotfasen inkom intresse från 14 vårdcentraler i Skåne. För att komma upp i målsättningen om deltagarantal under pilotfasen inkluderades samtliga 14 vårdcentraler. Urvalet av pilotvårdcentraler var därmed baserat på intresse enligt ett bekvämlighetsurval och inte slumpmässigt eller baserat på geografiska, socioekonomiska eller vårdrelaterade faktorer. Detta bör beaktas vid tolkning av resultaten.

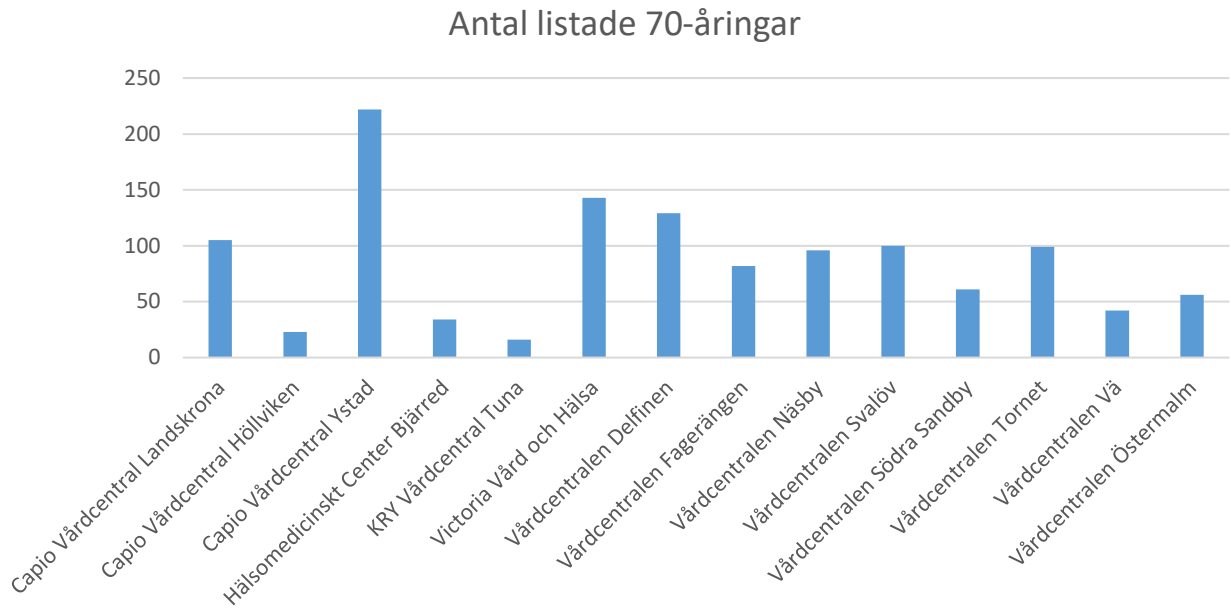
Nedan presenteras de 14 ingående pilotvårdcentralerna utifrån antal listade invånare, listade 70-åringar och Adjusted Clinical Groups (ACG). ACG används för att beskriva förväntat resursbehov av primärvård utifrån de listade invånarnas sjuklighet och diagnoser de senaste 18 månaderna. Medelvärde för ACG för ingående pilotvårdcentraler var 1,054. För Skånes vårdcentraler är medel 1,0.

Nederst ges en redovisning av tre Care Need Index-faktorer (CNI) för de 14 pilotvårdcentralerna: personer födda utanför EU, personer i åldern 25–64 år med låg utbildningsnivå och ålder över 65 år och ensamboende. Medelvärdet för dessa tre faktorer i pilotfasen var 10 % för listade invånare födda utanför EU, 5 % för listade invånare i åldern 25–64 år med låg utbildning och 9 % för listade invånare över 65 år och ensamboende. Motsvarande andelar för Skånes alla vårdcentraler är 11 %, 6 % och 8 %.

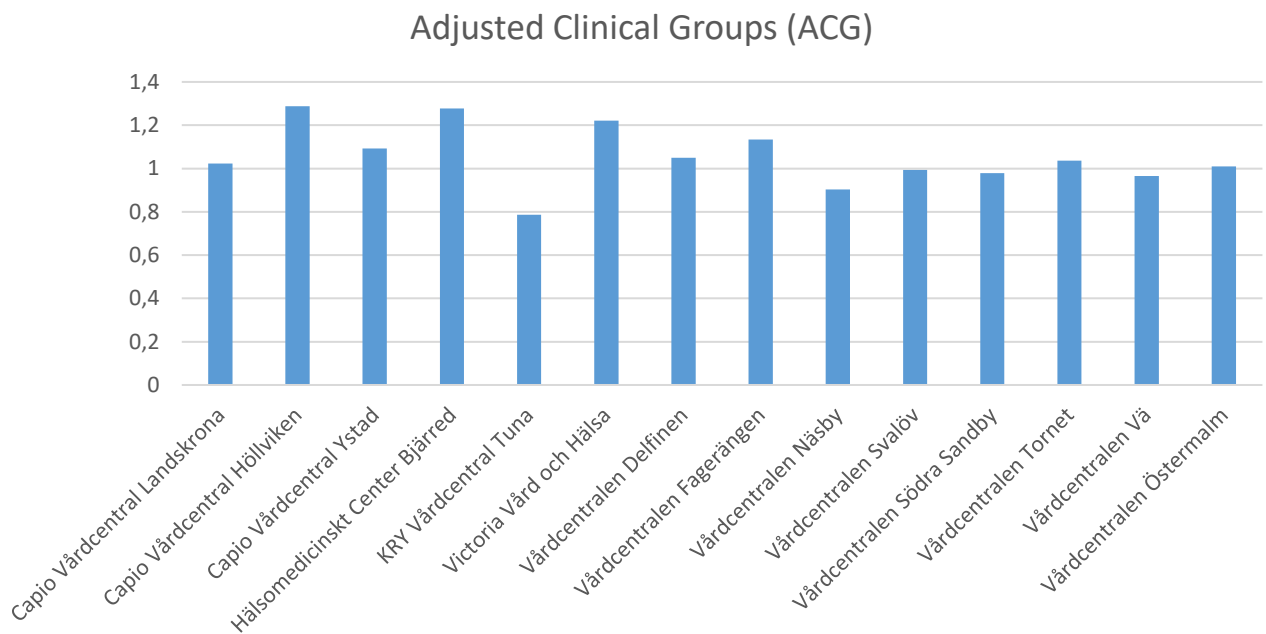
Deltagare som saknar värden för vissa variabler finns inte med i redovisningen av de variablerna. Detta resulterar i att antal svarande varierar för de olika frågorna.



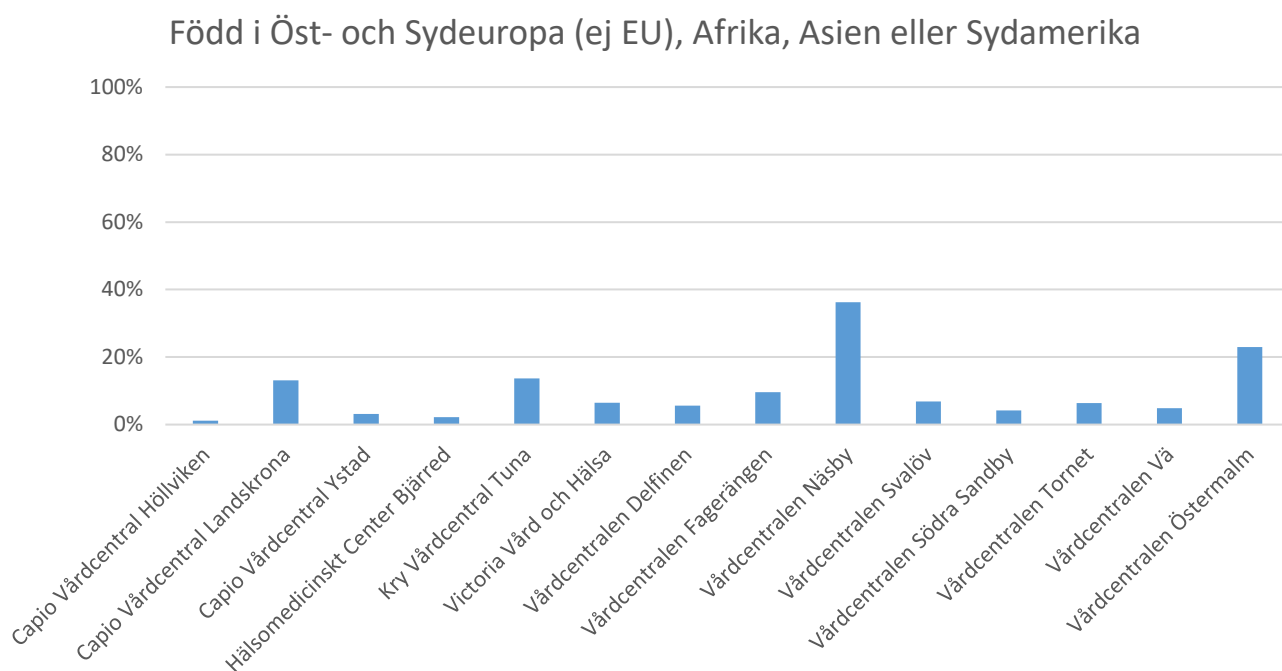
Figur 1. Antal listade invånare per pilotvårdcentral i september 2022.



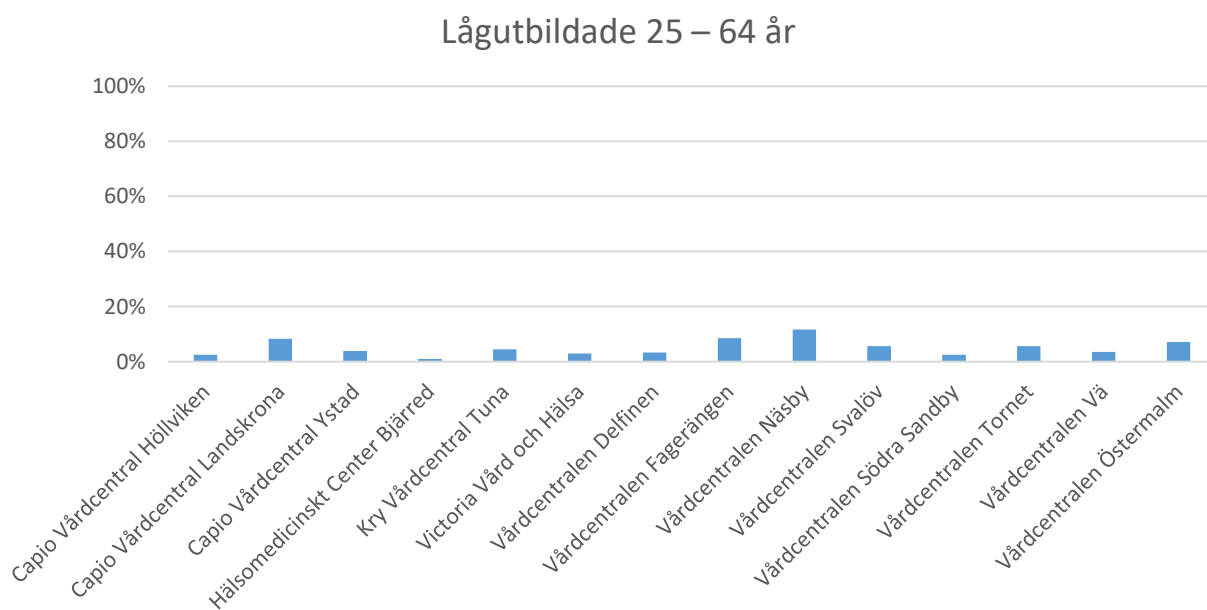
Figur 2. Antal listade 70-åringar, dvs. födda 1952, på pilotvårdcentralerna i december 2022.



Figur 3. Adjusted Clinical Groups (ACG) i september 2022 för de 14 pilotvårdcentralerna.

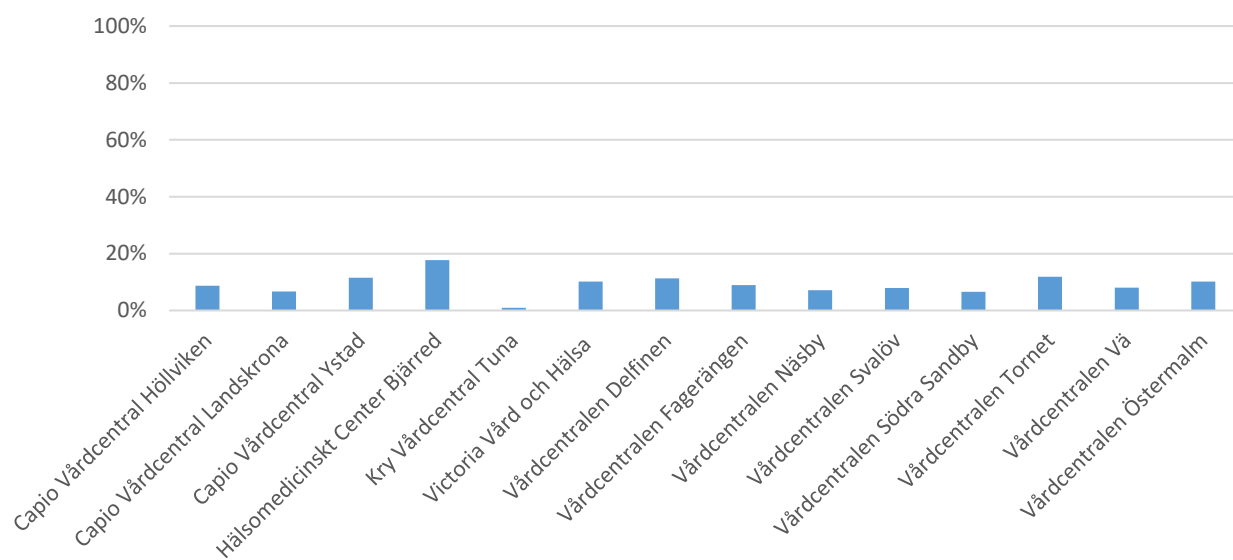


Figur 4. Andel listade invånare födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika i oktober 2022 för de 14 pilotvårdcentralerna.



Figur 5. Andel listade invånare i åldern 25–64 med låg utbildningsnivå i oktober 2022 för de 14 pilotvårdcentralerna.

## Äldre än 65 år och ensamboende



*Figur 6. Andel listade invånare över 65 år och ensamboende i oktober 2022 för de 14 pilotvårdcentralerna.*

## Deltagande

Totalt fanns 1193 listade 70-åringar på de 14 pilotvårdcentralerna som ingick i pilotfasen. 80 % av dessa bjöds in och bland de inbjudna tackade 60 % ja till erbjudandet om hälsosamtal. Vid pilotfasens slut hade 54 % av alla inbjudna och 43 % av alla listade 70-åringar genomfört ett hälsosamtal. Detta motsvarar 511 hälsosamtal. Se tabell 1 för deltagande per vårdcentral.

Tabell 1. Listade, inbjudna och deltagande 70-åringar per pilotvårdcentral mellan 1 september 2022 och 31 mars 2023.

Vårdcentral	Antal listade	Antal inbjudna	Andel inbjudna (av listade)	Andel tackat ja (av inbjudna)	Antal hälsosamtal	Andel hälsosamtal (av listade)	Andel hälsosamtal (av inbjudna)
Capio vårdcentral Landskrona	104	104	100 %	52 %	46	44 %	44 %
Capio vårdcentral Höllviken	23	19	83 %	84 %	15	65 %	79 %
Capio vårdcentral Ystad	215	215	100 %	55 %	111	52 %	52 %
Hälsomedicinskt center Bjarred	34	32	94 %	63 %	19	56 %	59 %
KRY Vårdcentral Tuna	15	15	100 %	60 %	7	47 %	47 %
Viktorias Vård och hälsa (Kalkbrottet)	142	133	94 %	67 %	82	58 %	62 %
Vårdcentral Delfinen	129	62	48 %	61 %	35	27 %	57 %
Vårdcentral Fagerängen	82	82	100 %	67 %	51	62 %	62 %
Vårdcentral Näsby	91	90	99 %	67 %	54	59 %	60 %
Vårdcentral Svalöv	100	100	100 %	54 %	49	49 %	49 %
Vårdcentral Södra Sandby	61	13	21 %	92 %	10	16 %	77 %
Vårdcentral Tornet	99	26	26 %	69 %	15	15 %	58 %



Vårdcentral Vä	42	41	98 %	37 %	8	19 %	20 %
Vårdcentral Östermalm	56	20	36 %	50 %	9	16 %	45 %
<b>Totalt</b>	<b>1193</b>	<b>952</b>	<b>80 %</b>	<b>60 %</b>	<b>511</b>	<b>43 %</b>	<b>54 %</b>

## 4 Resultat

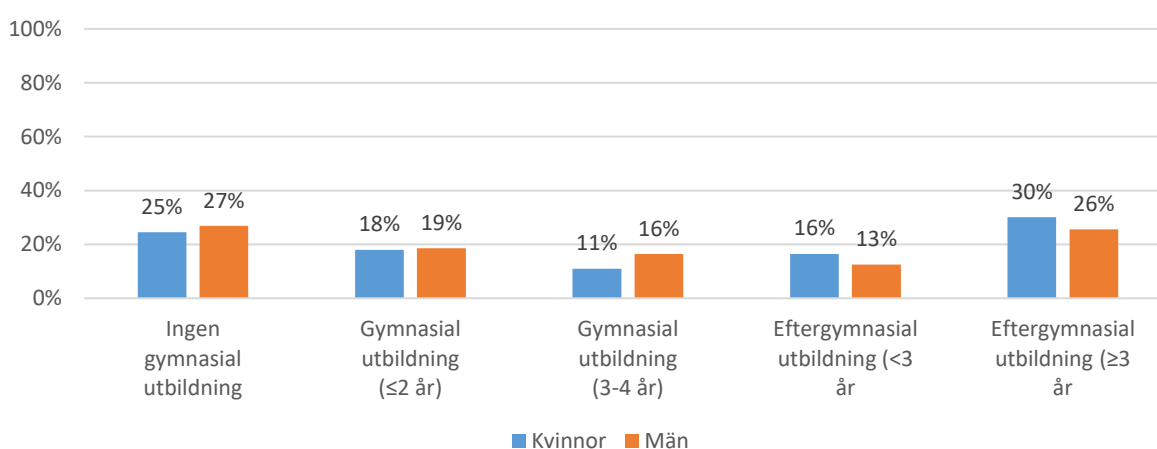
Rapporten bygger på 511 deltagande 70-åringar, varav 276 kvinnor och 235 män, som genomförde ett hälsosamtal under pilotfasen.

### Deltagande utifrån bakgrundsfaktorer

#### Kön

Av de hälsosamtal som genomfördes var 54 % kvinnliga deltagare och 46 % manliga deltagare. Könsfördelningen bland listade 70-åringar på de 14 pilotvårdcentralerna var 53 % kvinnor och 47 % män.

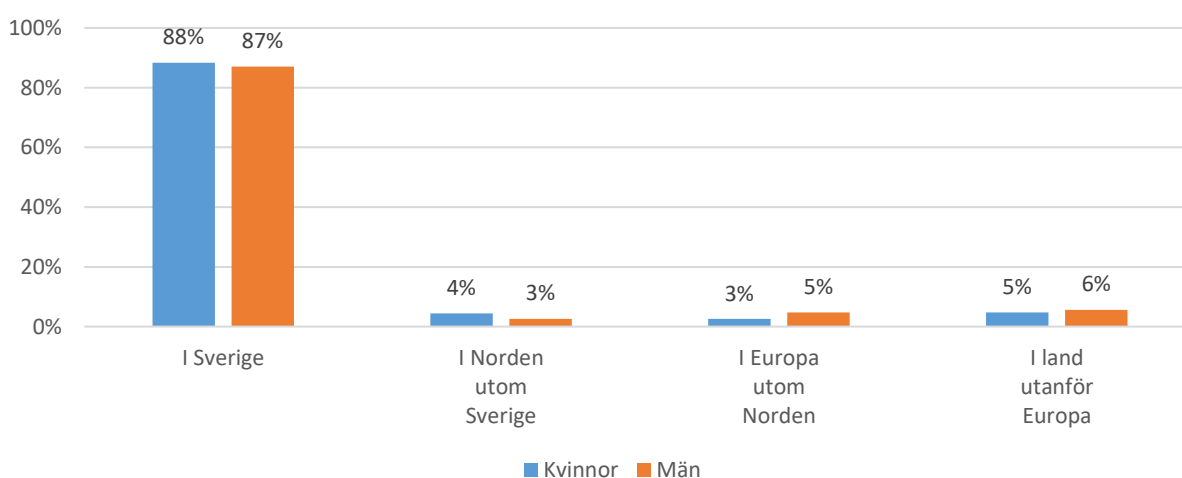
#### Utbildningsnivå



Figur 7. Utbildningsnivå för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=504).

Andelen deltagare med eftergymnasial utbildning var 46 % bland kvinnor och 39 % bland män, se figur 7.

#### Födelseland



Figur 8. Födelseland för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=505).

Figur 8 visar att andelen utrikesfödda kvinnor var 12 % och andelen utrikesfödda män 13 %.

### Sysselsättning

Bland de kvinnliga deltagarna angav 93 % att de var pensionärer, motsvarande andel bland män var 84 %. Bland männen angav 11 % att de var egna företagare.

### Ekonomi

Bland kvinnor angav 18 % att ekonomin utgör ett problem för dem ("ja" eller "delvis" som svar), medan motsvarande andel bland män var 10 %.

### Civilstånd

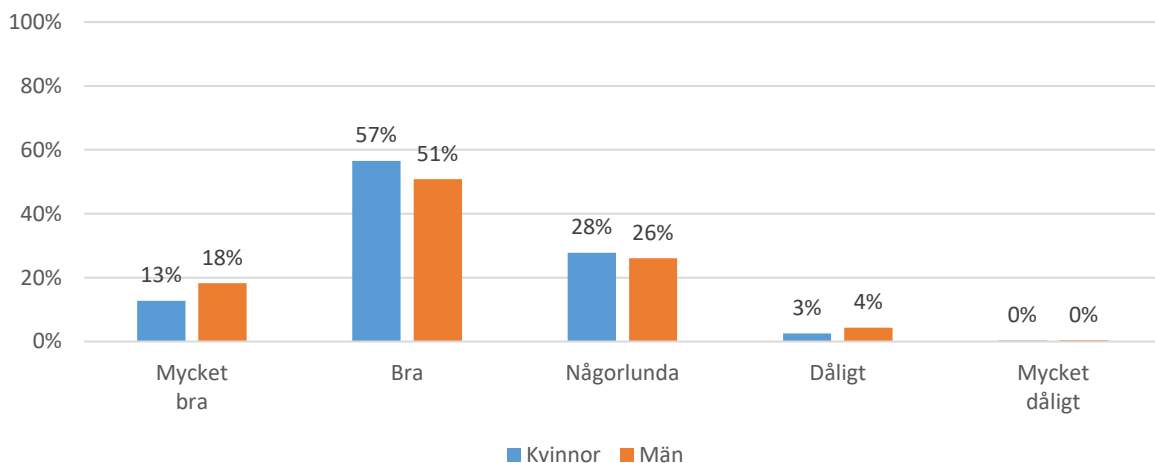
På frågan om civilstånd svarade 72 % av kvinnorna och 81 % av männen att de är gifta eller sambo.

### Nära relationer

På frågan om deltagarna har någon som de kan dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt svarade 95 % av kvinnorna och 96 % av männen ja.

## Levnadsvanor

### Allmänt hälsotillstånd



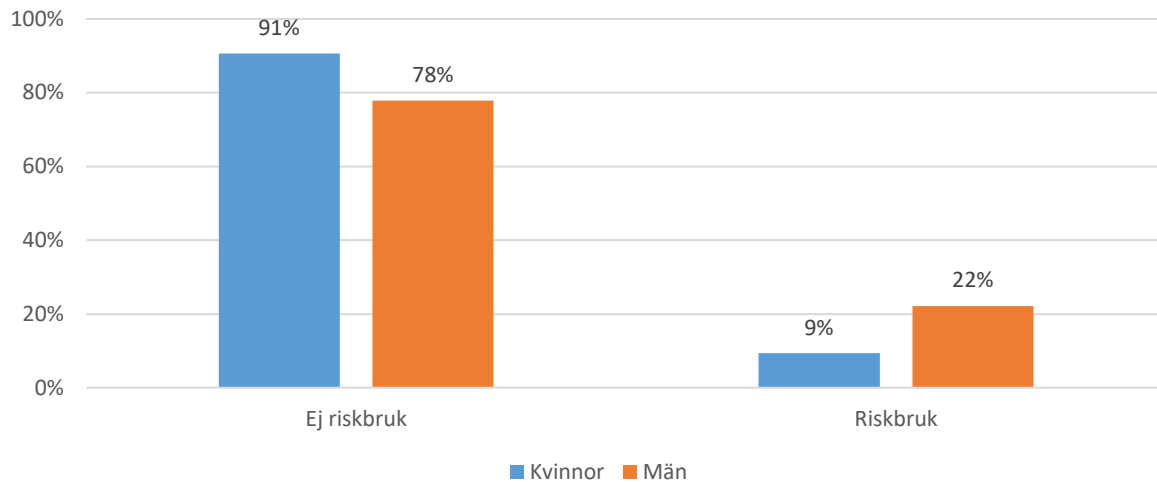
Figur 9. Svar på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=504).

Figur 9 visar att andelen kvinnor och män som angav att deras allmänna hälsotillstånd är "bra" eller "mycket bra" är 69 %.

### Tidigare sjukdom

På frågan om läkare tidigare konstaterat att deltagarna har eller har haft hjärtinfarkt svarade 3 % av kvinnorna och 9 % av männen ja. Andelen som svarade "vet ej" var 2 % bland kvinnor och 3 % bland män. På motsvarande fråga kring stroke svarade 3 % av både kvinnor och män ja medan andelen "vet ej" var 2 %.

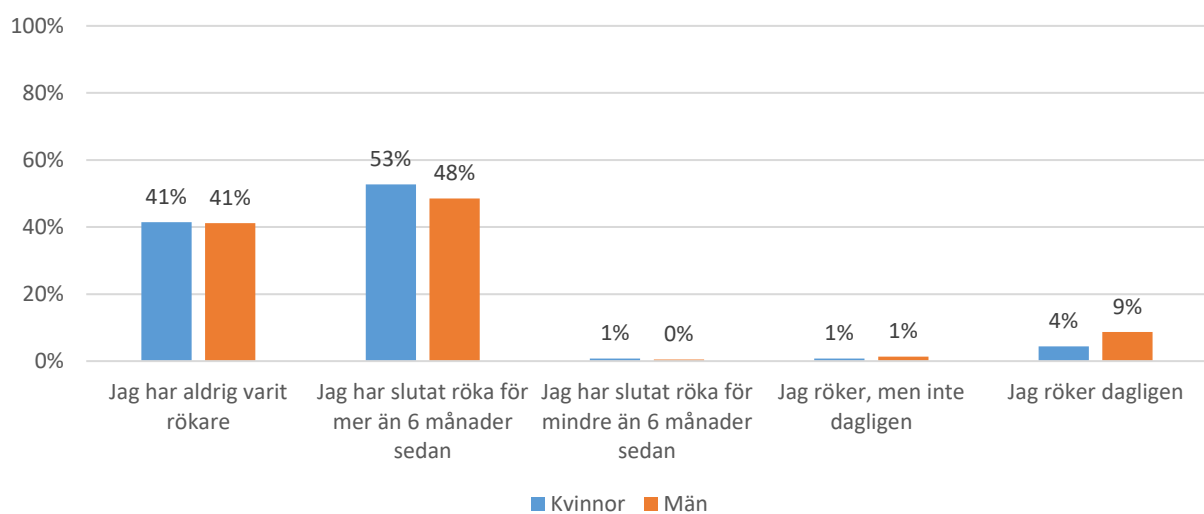
## Alkohol



Figur 10. Andel kvinnor och män med riskbruk av alkohol. Riskbruk definieras som andel kvinnor som antingen dricker >9 standardglas per vecka och/eller  $\geq 4$  standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad. För män gäller andel som dricker >14 standardglas per vecka och/eller  $\geq 5$  standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad (n=500).

Figur 10 visar att andelen kvinnor och män med riskbruk av alkohol var 9 % respektive 22 %. 2 % av kvinnorna och 4 % av männen angav att de dricker mer än nio respektive 14 standardglas per vecka. Andelen kvinnliga deltagare som dricker fyra eller fler standardglas och andelen manliga deltagare som dricker fem eller fler standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad var 7 % respektive 21 %. En jämförelse gjordes även utifrån en konsumtion på mer än sju standardglas per vecka, vilket uppnåddes för 6 % av kvinnorna och 23 % av männen.

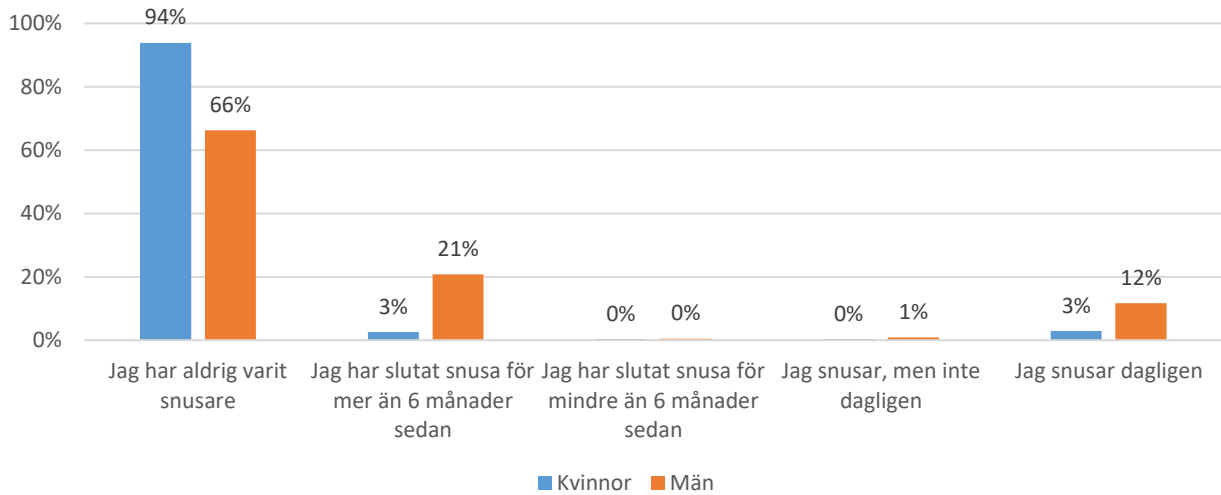
## Rökning



Figur 11. Rökvanor för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=506).

Resultaten visar att andelen som röker dagligen var 4 % bland kvinnor och 9 % bland män, se figur 11. Observera att deltagare kan ha angett både rökning och snusanvändning.

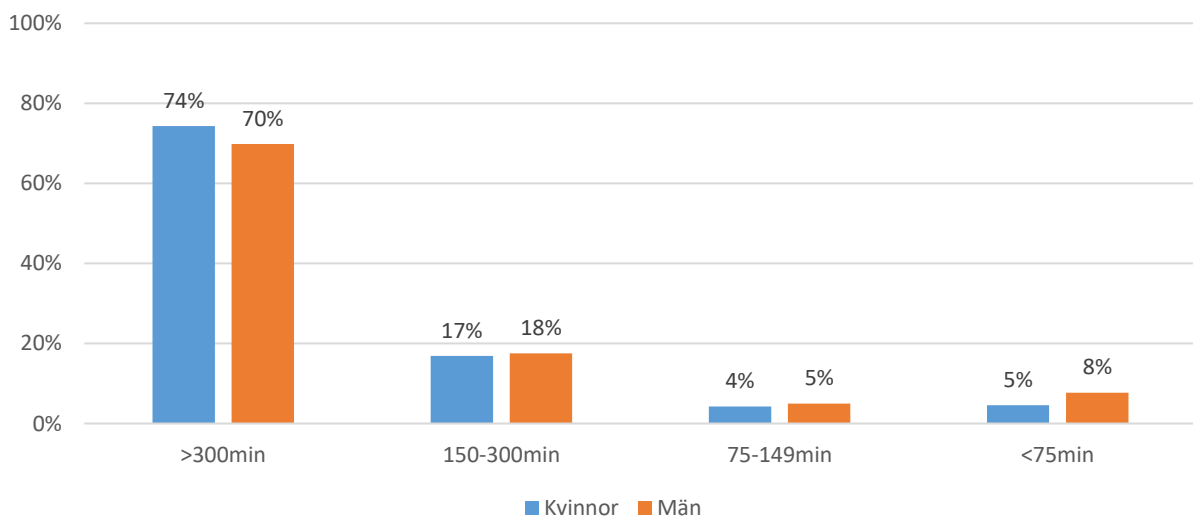
### Snus



Figur 12. Snusvanor för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=506).

Andelen som snusar dagligen var 3 % bland kvinnor och 12 % bland män, se figur 12. Observera att deltagare kan ha angett både rökning och snusanvändning.

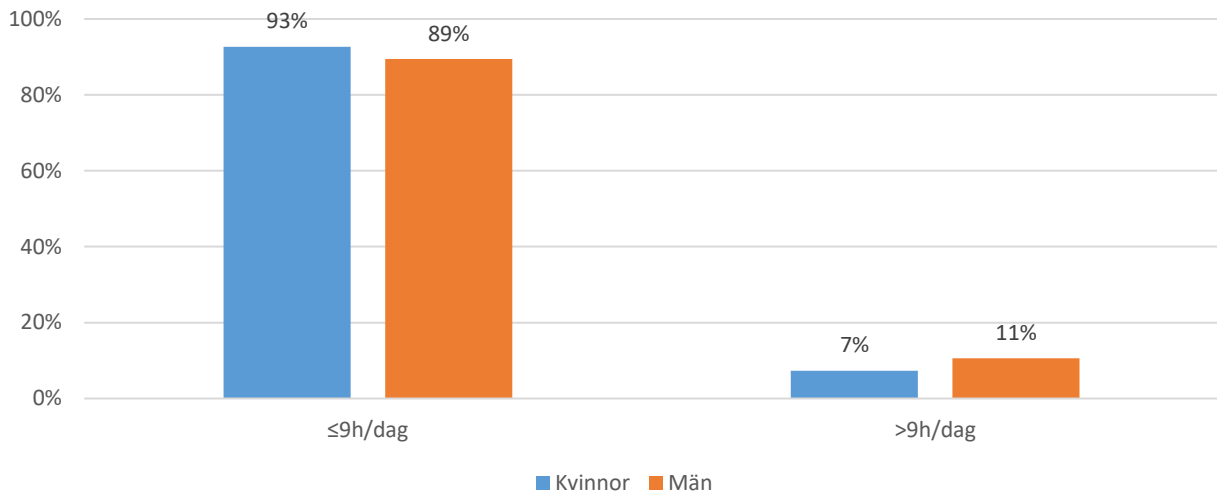
### Fysisk aktivitet



Figur 13. Antal aktivitetsminuter per vecka för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=483).

Resultaten visar att 91 % av de kvinnliga deltagarna och 87 % av de manliga deltagarna rapporterade att de kommer upp i minst 150 aktivitetsminuter per vecka, se figur 13.

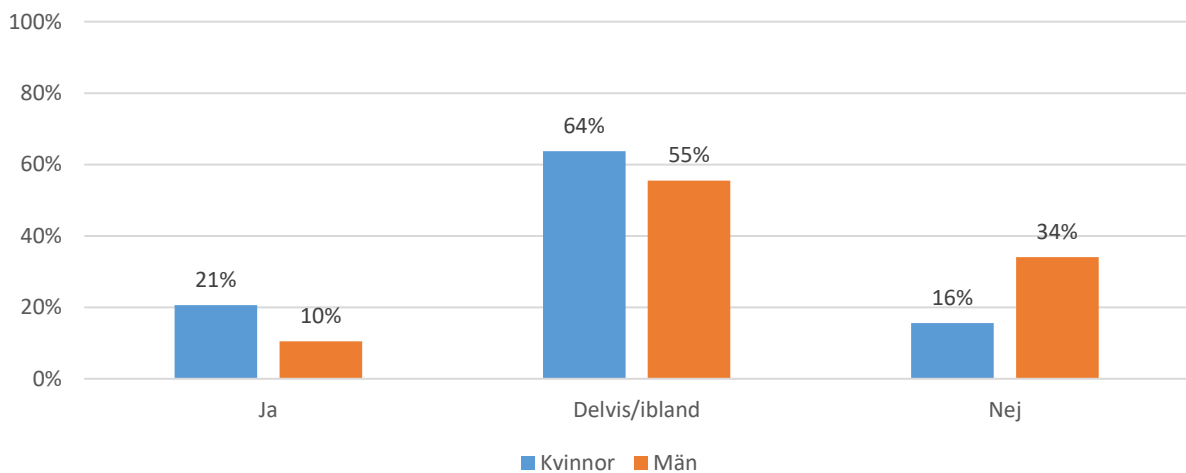
## Stillasittande



Figur 14. Antal timmar av stillasittande per dag för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=500).

Figur 14 visar att andelen kvinnor och män som angav över nio timmars stillasittande per dag var 7 % respektive 11 %.

## Matvanor



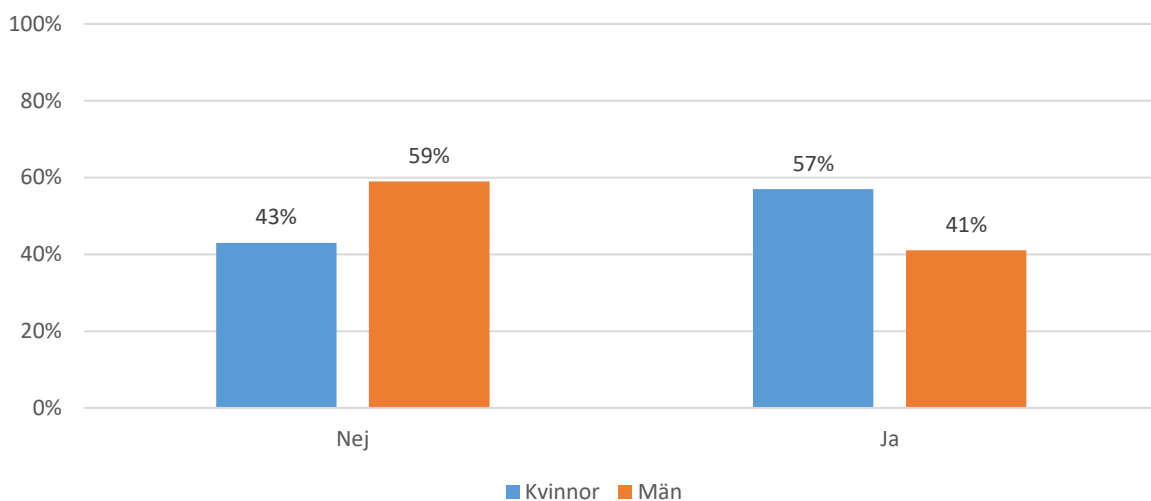
Figur 15. Svar på frågan ”Jag väljer nyckelhålmärkta alternativ vid köp av bröd, flingor, gryn, pasta, kött- och charkprodukter, mejeriprodukter, matfett och färdigmat” för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=505).

Figur 15 visar att 85 % av kvinnorna och 66 % av männen angav att de alltid eller delvis/ibland väljer nyckelhålmärkta livsmedel i butik.

## Psykisk hälsa

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

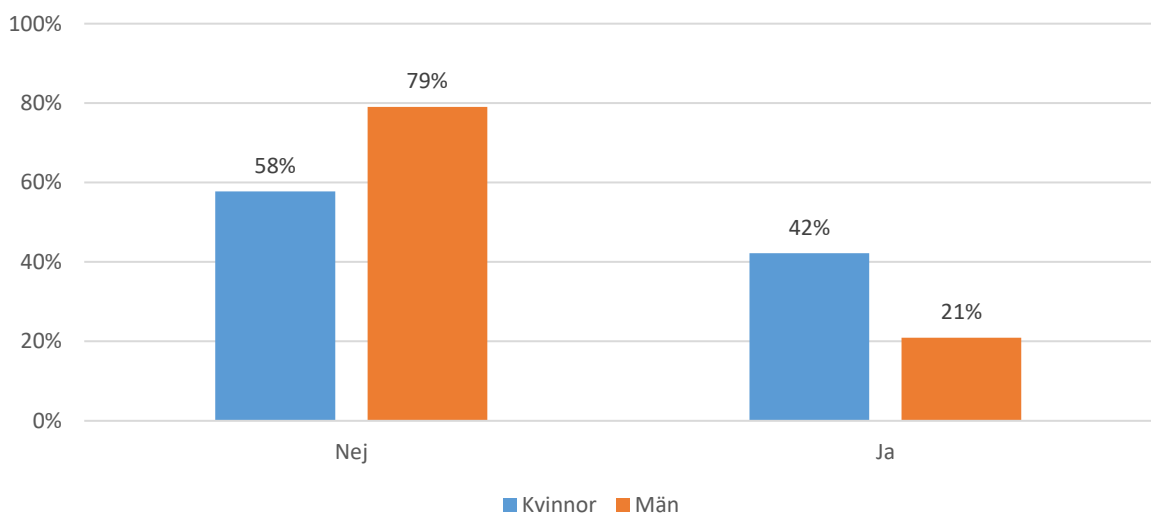
## Sömnbesvär



Figur 16. Sömnbesvär de senaste tolv månaderna för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=501).

Figur 16 visar att 57 % av kvinnorna och 41 % av männen rapporterade att de haft sömnbesvär under de senaste tolv månaderna.

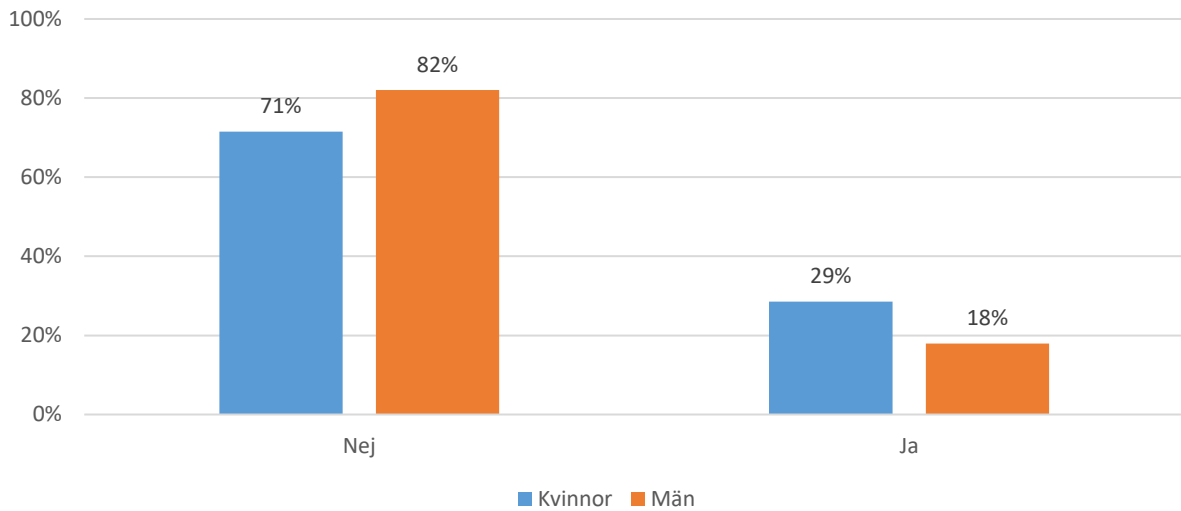
## Oro och ångest



Figur 17. Oro och ångest de senaste tolv månaderna för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=499).

Av de kvinnliga deltagarna angav 42 % att de har haft besvär av oro och ångest de senaste tolv månaderna. Motsvarande andel för männen var 21 %, se figur 17.

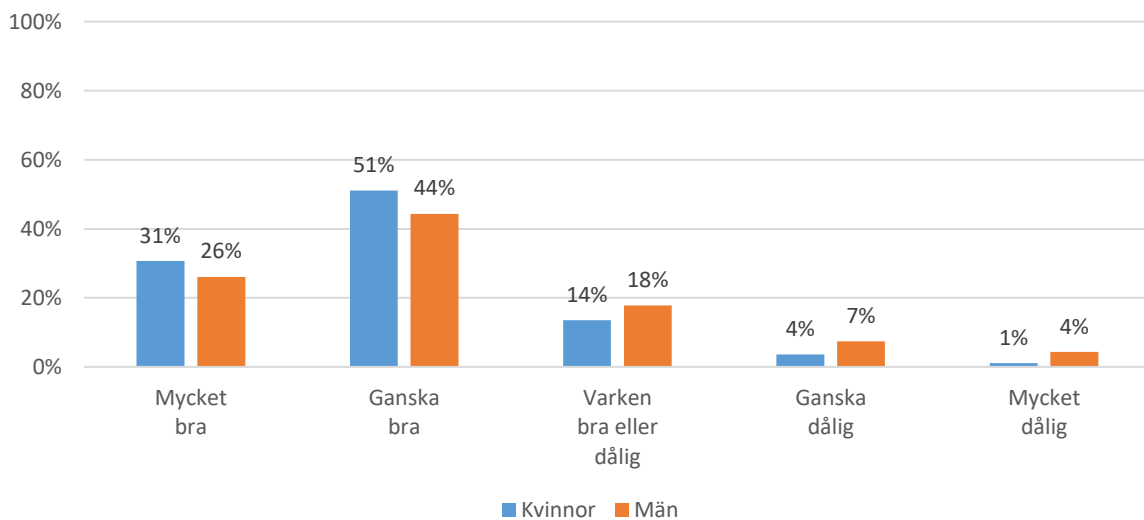
## Nedstämdhet och depression



Figur 18. Nedstämdhet och/eller depression de senaste tolv månaderna för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=498).

Figur 18 visar att 29 % av kvinnorna och 18 % av männen angav att de har haft besvär av nedstämdhet och/eller depression de senaste tolv månaderna.

## Tandhälsa



Figur 19. Svar på frågan ”Hur tycker du att din tandhälsa är?” för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=504).

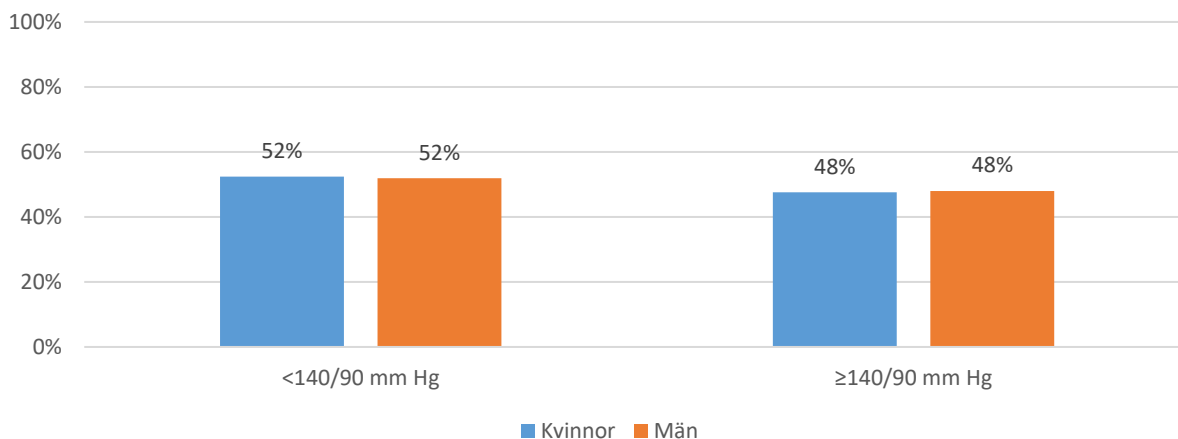
Andelen deltagare som uppfattar sin tandhälsa som ”mycket bra” eller ”ganska bra” var 82 % bland kvinnor och 70 % bland män, se figur 19.



## Mätvärden

Nedan redovisas resultat för blodtryck, kolesterol, blodsocker och BMI.

### Blodtryck

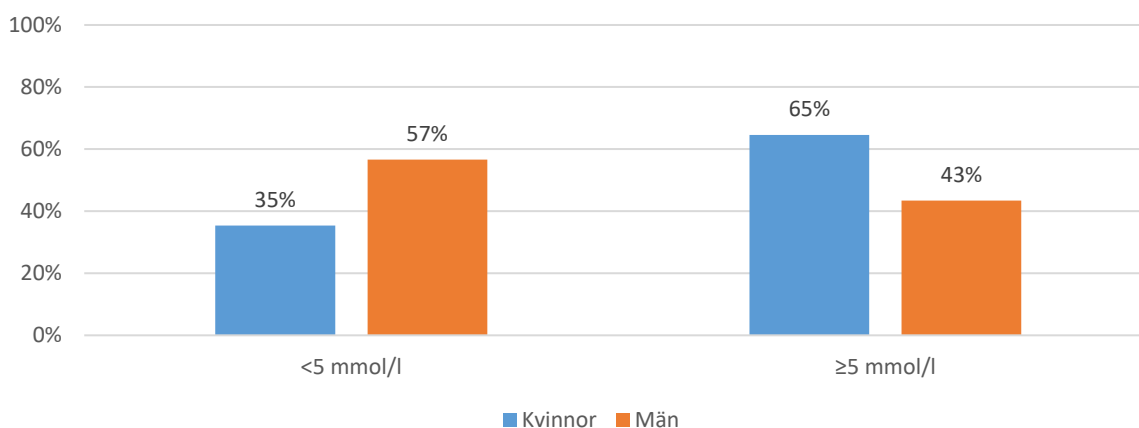


Figur 20. Andel med normalt (<140 och <90 mm Hg) respektive högt (≥140 eller ≥90 mm Hg) blodtryck för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=510).

Högt blodtryck noterades hos 48 % av både de kvinnliga och manliga deltagarna, se figur 20. Notera att samtliga deltagares mätvärden ingår i grafiken, inklusive de deltagare som angav att läkare tidigare har konstaterat att de har eller har haft förhöjt blodtryck (52 % av kvinnorna och 63 % av männen). Figuren beskriver således inte nyupptäckta individer med förhöjt blodtryck.

Av de 131 kvinnor som hade förhöjt blodtryck vid hälsosamtalet angav 77 kvinnor (59 %) att läkare tidigare konstaterat att de har eller har haft högt blodtryck. 61 av dessa var läkemedelsbehandlade. Bland de 113 män som hade förhöjt blodtryck vid hälsosamtalet angav 68 individer (60 %) att läkare tidigare konstaterat att de har eller har haft högt blodtryck och 59 av dessa var läkemedelsbehandlade.

### Kolesterol



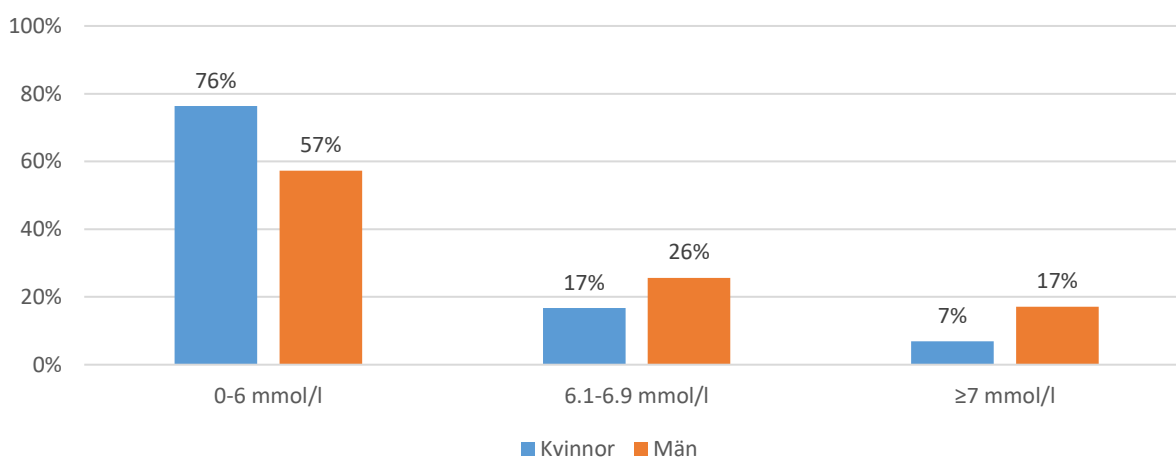
Figur 21. Andel med normalt (<5 mmol/l) respektive högt (≥5 mmol/l) kolesterol för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=509). Mätvärden är fastevärde.

Figur 21 visar att 65 % av kvinnorna och 43 % av männen hade ett förhöjt kolesterolvärde. Notera att samtliga deltagares mätvärden ingår i grafiken, inklusive de deltagare som angav att läkare tidigare har konstaterat att de har eller har haft höga blodfetter (31 % av kvinnorna och 34 % av männen). Figuren beskriver således inte nyupptäckta individer med förhöjt kolesterol.

Bland de kvinnliga deltagarna låg 3 % över 7,5 mmol/l i totalkolesterol medan ingen manlig deltagare överskred denna gräns. Gällande LDL-kolesterol låg 12 % av de kvinnliga deltagarna och 7 % av de manliga deltagarna över 5 mmol/l.

Av de 177 kvinnor som hade förhöjt kolesterol vid hälsosamtalet angav 34 kvinnor (19 %) att läkare tidigare konstaterat att de har eller har haft högt kolesterol. 18 av dessa var läkemedelsbehandlade. Bland de 102 män som hade förhöjt kolesterol vid hälsosamtalet angav 13 individer (13 %) att läkare tidigare konstaterat att de har eller har haft högt kolesterol och 9 av dessa var läkemedelsbehandlade.

### Blodsocker

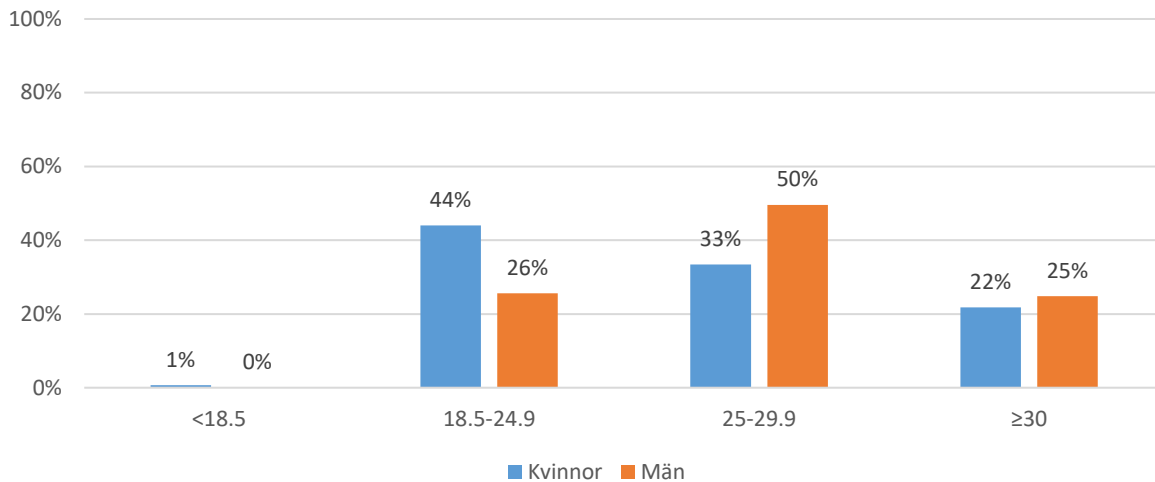


Figur 22. Andel med normalt blodsocker (0–6 mmol/l), nedsatt glukostolerans (6,1–6,9 mmol/l) och misstänkt diabetes ( $\geq 7$  mmol/l) för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar ( $n=509$ ). Mätvärden är fastevärde.

Mätningar av fastebloodsocker visade att 24 % av kvinnorna och 43 % av männen hade ett förhöjt värde, se figur 22. Notera att samtliga deltagares mätvärden ingår i grafiken, inklusive de deltagare som angett att läkare tidigare har konstaterat att de har eller har haft diabetes (10 % av kvinnorna och 18 % av männen). Figuren beskriver således inte nyupptäckta individer med förhöjt blodsocker.

Av de 19 kvinnor som hade blodsocker på 7 mmol/l eller över vid hälsosamtalet angav 14 kvinnor (74 %) att läkare tidigare konstaterat att de har eller har haft diabetes. Två av dessa var läkemedelsbehandlade. Bland de 40 män som hade blodsocker på 7 mmol/l eller över vid hälsosamtalet angav 26 män (65 %) att läkare tidigare konstaterat att de har eller har haft diabetes och två av dessa var läkemedelsbehandlade.

## BMI



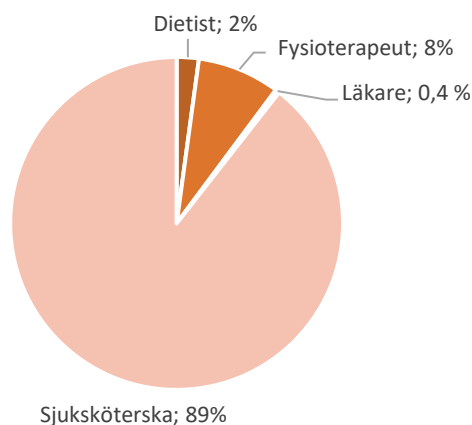
Figur 23. Andel med undervikt (<18,5), normalvikt (18,5–24,9), övervikt (25–29,9) och obesitas (≥30) för kvinnor och män i pilotfasen för 70-åringar (n=509).

Andelen kvinnor med övervikt eller obesitas var 55 %. Motsvarande andel bland männen var 74 %, se figur 23. Andelen deltagare med BMI under 22 var 19 % bland kvinnor och 6 % bland män.

## Uppföljning

Efter varje genomfört hälsosamtal ombeds samtalsledaren att fylla i en uppföljningsenkät i webbstödet kring samtalet och deltagarens hälsa. Här efterfrågades bland annat om samtalsledaren remitterat deltagaren vidare till annan vårdkollega och om samtalet genererat misstanke om ny diagnos. Svaren på dessa frågor redovisas nedan.

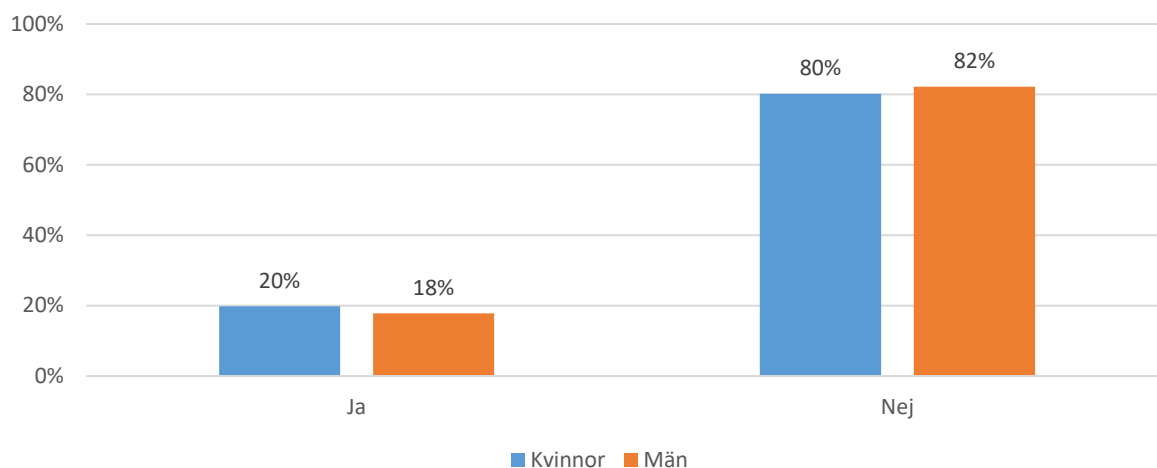
## Samtalsledarens yrkestitel



Figur 24. Andelen hälsosamtal som hållits av sjuksköterska, fysioterapeut, dietist och läkare under pilotfasen för 70-åringar (n=511).

Majoriteten av hälsosamtalen under pilotfasen hölls av sjuksköterska (89 %). Därefter hölls hälsosamtalen i fallande ordning av fysioterapeut, dietist och läkare, se figur 24.

## Återbesök till samtalsledare

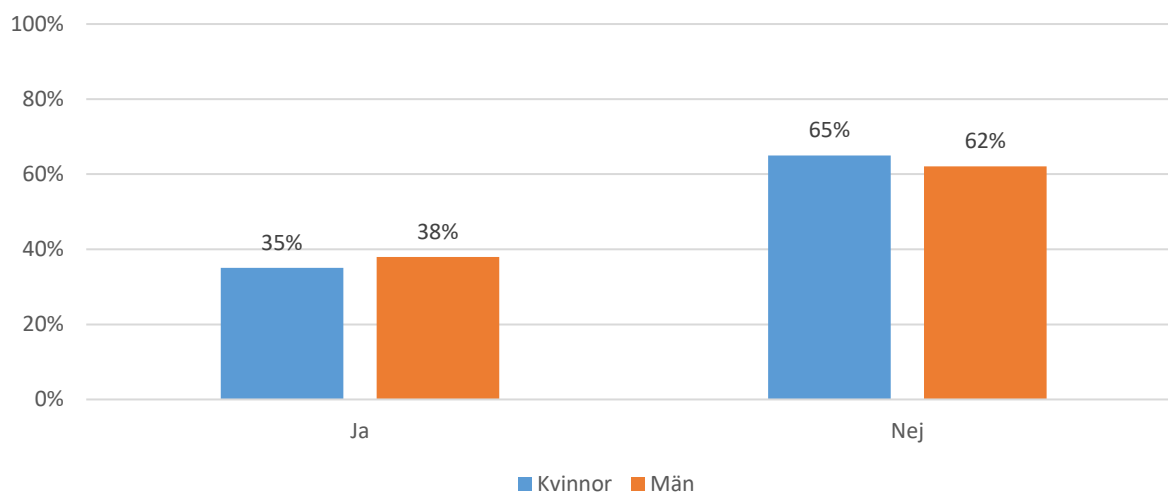


Figur 25. Andel kvinnor och män som bokats in för ett återbesök till samtalsledaren under pilotfasen för 70-åringar (n=503).

På frågan om hälsosamtalet lett till ett återbesök hos samtalsledaren angav samtalsledarna ”ja” för 20 % av kvinnorna och 18 % av männen, se figur 25.

De vanligaste orsakerna till återbesöket hos kvinnor var uppföljning av blodtryck, blodsocker och matvanor. För männen var de vanligaste anledningarna viktninskning, blodsocker och matvanor.

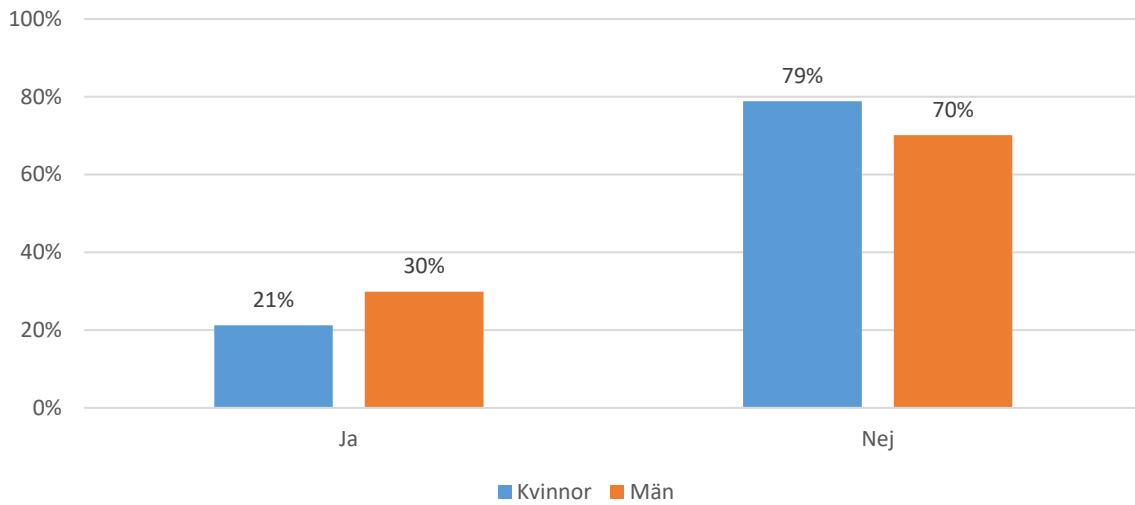
## Remiss till annan vårdgivare



Figur 26. Andel hälsosamtal som genererat remiss till annan vårdgivare under pilotfasen för 70-åringar (n=506).

På frågan ”Genererade hälsosamtalet en remiss eller mottagningsbesök till annan vårdgivare?” noterades ”ja” för 35 % av kvinnorna och 38 % av männen, se figur 26. För kvinnor gick remisserna i fallande ordning till läkare, fysioterapeut och undersköterska. För männen gick remisserna i fallande ordning till läkare, diabetessköterska och fysioterapeut.

## Misstanke om ny diagnos

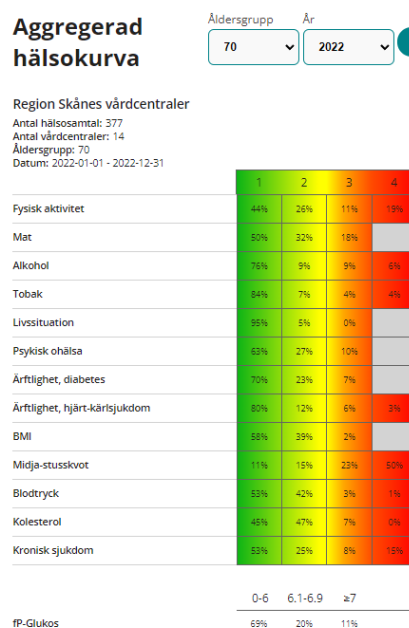


Figur 27. Andel hälsosamtal som genererat misstanke om ny diagnos under pilotfasen för 70-åringar (n=500).

På frågan om hälsosamtalet genererade misstanke om ny diagnos angavs ”ja” för 21 % av kvinnorna och 30 % av männen, se figur 27. De vanligaste diagnoserna som det väckts misstanke om var hypertoni, hyperkolesterolemi och nedsatt glukostolerans hos kvinnor. Hos män hade misstankar främst väckts kring nedsatt glukostolerans, diabetes typ 2 och hypertoni.

## Hälsokurvan

I den aggregerade hälsokurvan från webbstödet visualiseras andelen deltagare som hamnar inom respektive risknivå/kolumn (röd, orange, gul, grön) för de frisk- och riskfaktorer som kartläggs under hälsosamtalet. Resultaten härifrån visar att inga deltagare har en helt grön kurva, alltså inga kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.



Aggregerad hälsokurva för hälsosamtal genomförda till och med 31 december 2022. Observera att pilotfasen pågick till 30 mars 2023.

## 5 Diskussion

Pilotfasen av RHS för 70-åringar visade att intresset för att delta i ett hälsosamtal i åldersgruppen var stort. Sex av tio inbjudna 70-åringar tackade ja och drygt varannan inbjuden invånare genomförde ett hälsosamtal. Orsaker till att alla deltagare som tackat ja inte genomförde ett hälsosamtal var bland annat att de ångrade sig och avbokade sin tid, blev sjuka eller uteblev från inbokad tid. Vid utvärdering av resultaten bör hänsyn tas till att de 14 pilotvårdcentralerna inkluderades utifrån intresse och inte utifrån representativitet för Skåne. Det är också viktigt att beakta att pilotfasen genomförts på ett begränsat underlag vilket medför att resultaten inte kan antas återspegla Skånes befolkning i stort. Resultaten tyder på att RHS attraherat 70-åriga kvinnor och män i lika stor utsträckning utifrån könsfördelning på pilotvårdcentralerna, men att andelen utrikesfödda och med lägre utbildningsnivå kan vara underrepresenterad utifrån Statistiska Centralbyråns data för 70-åringar i Skåne.

Pilotfasen visar att en hög andel angav att de har någon att anförtro sig åt och den självskattade hälsan var i nivå med 40- och 50-åringar i Skåne. Detta i kombination med den höga angivna graden av fysisk aktivitet tyder på att det kan vara relativt välmående 70-åringar som deltog i pilotfasen. Trots detta finns stor förbättringspotential bland deltagarnas levnadsvanor. Detta inkluderar bland annat riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor hos män och besvär kopplade till sömn, oro/ångest och nedstämdhet/depression hos kvinnor. Bland de medicinska delarna syns en hög andel med hypertoni, övervikt/obesitas och förhöjda blodsockervärden, särskilt bland männen. Bland de kvinnliga deltagarna syns även en hög andel med förhöjt totalt kolesterol och LDL-kolesterol.

Deltagande vårdcentraler har vid pilotfasens start angett att de har goda förutsättningar för att genomföra hälsosamtal för 70-åringar. Alla hade ett strukturerat arbetssätt för att arbeta med levnadsvanor. Nästan samtliga pilotvårdcentraler hade en inarbetad äldrevårdsmottagning och samverkade med kommun och andra samhällsaktörer för att ge de äldre bästa tänkbara vård. Dessa förutsättningar kan skilja sig avsevärt vid ett breddinförande av RHS för åldersgruppen.

### Jämförelse mellan 40-, 50- och 70-åringar inom RHS i Skåne

I tabell två nedan redovisas en jämförelse av hälsosamtal som genomförts under breddinförandet 2022 för 40- och 50-åringar och hälsosamtal som genomförts under pilotfasen för 70-åringar 2022–23. Då det finns förändringar i levnadsvanor över tid och samtliga vårdcentraler i Skåne inte är i gång med alla tre åldersgrupper är data inte helt jämförbara, men vissa trender tycks trots detta framträda.

En sådan trend är den med åldern ökande andel med förhöjda blodsockervärden, som illustrerar hur ohälsosamma levnadsvanor ger utslag på hälsan över tid. Resultaten visar en starkt ökande prevalens av förhöjt blodsocker (6,1 mmol/l eller över) för varje åldersgrupp vid jämförelse av 40-, 50- och 70-åringar. Av männen i 40-årsåldern uppvisar 12 % förhöjda värden (mätt fastande vid ett tillfälle), för männen i 50-årsåldern är siffran 22 % och för männen i 70-årsåldern har det ökat ytterligare till 43 %. Med åldern sker successivt en försämring av insulinkänslighet och insulinfrisättning. Detta sker i högre utsträckning och vid yngre ålder vid exempelvis övervikt, obesitas, ärftlighet för diabetes typ 2 eller tidigare graviditetsdiabetes. För de individer som först i 70-årsåldern uppvisar en prediabetes brukar det oftast vara stillsamma processer med färre som progredierar till diabetes än i yngre åldersgrupper med prediabetes. Oavsett detta så är en strukturerad behandling av ohälsosamma levnadsvanor en vinst för individen och RHS utgör en möjlighet att identifiera dessa individer. Studier från USA visar att 35 % av alla över 20 år och 50 % av alla över 65 år har prediabetes (definierat som förhöjt blodsocker eller förhöjt HbA1c) (10). Under

kommande år, med ökad andel deltagare inom RHS, kommer bilden av blodsockernivåerna bland Skånes åldersgrupper att klarna ytterligare.

En annan trend är de stigande blodfetterna. I förarbetet till pilotfasen för 70-åringar hämtades data från laboratoriemedicin i Skåne där estimerat antal LDL-kolesterolvärden i Skåne för patienter 70 år och äldre under 2021 var ungefär 110 000 från både slut- och öppenvård. Då en individ kan ha flera resultat under året är totalt antal unika individer som analyserats ungefär 87 000. Dessa analyser visar att 60 % hade minst ett LDL-värde över 2,6 mmol/l under 2021. Nivån 2,6 mmol/l är den rekommenderade nivån att hålla LDL under, framförallt hos personer med hög eller mycket hög risk på SCORE2 (7). I pilotfasen hade 12 % av de kvinnliga deltagarna och 7 % av de manliga deltagarna ett LDL-kolesterol över 5 mmol/l, vilket är anmärkningsvärt högt då denna nivå i sig utgör en stark riskfaktor för hjärt-kärlsjuknande samt att detta indikerar misstanke om familjär hyperkolesterolemi. Prevalensen i samhället av familjär hyperkolesterolemi är 1:311–313 dvs 0,3 %. Resultatet för LDL korrelerar dock inte till andelen med högt totalkolesterol. I pilotfasen låg 3 % av de kvinnliga deltagarna över 7,5 mmol/l i totalkolesterol medan ingen manlig deltagare överskred denna gräns. Någon klar slutsats kring detta kan inte göras mer än att en stor andel av deltagarna hade farligt höga LDL-värden där behandling med statiner är indicerat. RHS för 70-åringar kan här vara en viktig metod för att hitta dessa personer med farligt förhöjda LDL-nivåer och inleda behandling med både läkemedel och stöd till levnadsvaneförändring om det är indicerat.

Genomgående för de tre åldersgrupperna noteras en relativt hög andel män med riskbruk av alkohol. Med stigande ålder förändras proportionerna i kroppen med mer fettvävnad och mindre andel vatten vilket gör att individen tidigare märker av berusningen och blir känsligare för alkoholens skadeverkningar. I IOGT-rapporten *Alkohol och äldre* finns en rekommendation om lägre gränsvärden (sju standardglas per vecka) för äldre (11). Bland 70-åringarna i pilotfasen syns en något lägre andel med riskbruk för kvinnor (9 %) jämfört med 50-åringarna (12 %), men för männen var andelarna nästan lika (22 % respektive 23 %). I en kohort-studie som undersökte riskkonsumtionen hos 70-åringar sågs en kraftig ökning av riskkonsumtion hos denna åldersgrupp idag jämfört med motsvarande studier för samma åldersgrupp under 1970-talet (12). Rådgivande samtal har effekt på alkoholkonsumtionen och RHS kan vara en naturlig ingång för detta, med minskad konsumtion och därmed mindre skadeverkningar som följd (13).

Vidare utmärker sig 70-åringarna utifrån färre timmars stillasittande jämfört med de yngre åldersgrupperna. De yngre åldersgrupperna är fortfarande i arbetsför ålder och det skulle kunna förklara varför stillasittandet är högre i dessa åldersgrupper. Även 70-åringarnas fysiska aktivitetsnivå utmärker sig där de själva har skattat antalet aktivitetsminuter per dag, både för vardagsmotion och för träning. Både män och kvinnor skattade sin fysiska aktivitetsnivå högt i jämförelse med folkhälsorapportens åldersgrupp 65–84 år. Detta sågs även i de yngre åldersgrupperna från 2022. Fysisk aktivitet är en viktig friskfaktor som påverkar många andra faktorer i hälsokurvan positivt, såsom psykisk ohälsa och medicinska riskmarkörer.

För alla tre åldersgrupper framkommer en högre andel kvinnor än män som rapporterar problem relaterade till sömn, oro/ångest och nedstämdhet/depression. I takt med ökad ålder över 65 sjunker den genomsnittliga sömnen. Hormonförändringar i den åldrande kroppen gör att hormoner som skapas under djupsömn inte längre behövs i samma utsträckning, vilket gör att djupsömnen blir kortare. Det förändrade sömnmönstret kan upplevas som försämrad

sömnkvalitet men är många gånger en helt normal process. Vad gäller symtom på psykiatriska tillstånd är könsskillnaden mellan män och kvinnor densamma i Skåne som nationellt. Nationellt ses en nedåtgående trend vad gäller upplevd allvarlig psykisk påfrestning från den yngsta vuxna åldersgruppen (16–29 år) och upp till 65–84 år. Från 84 år förefaller den psykiska påfrestningen åter öka. Denna trend tycks stämma överens med de skattningar som görs kring den psykisk hälsan även i denna pilot för 70-åringar, då deras skattning av symtom är något lägre jämfört med de yngre åldersgrupperna. Livet runt 70 präglas många gånger av en nyvunnen frihet med hög social aktivitet. Den ofrivilliga ensamhet som kommer i samband med att man närmar sig den förväntade livslängden har ännu inte gett utslag på gruppnivå i denna pilotfas, dock tycks den speglas på nationell nivå för de som är över 85 år. Hälsosamtalen kan utgöra en arena för att uppmärksamma eventuellt behov av sociala aktiviteter och därmed lägga grunden för en viktig friskfaktor under ålderdomen.

Nästan var femte kvinnlig 70-åring och var tjugonde man hade ett BMI under 22. Vid 70 års ålder och äldre utgör ett BMI under 22 en risk för undernäring som bör utredas vidare av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. dietist (14). Även andra riskfaktorer för undernäring bör beaktas såsom ofrivillig vikt förlust (oavsett vikt) och ätsvårigheter (nedsatt aptit eller tugg- och sväljproblem). Dessa utgör var för sig en risk för undernäring och bör utredas vidare. Sarkopeni (hög fettmassa och låg muskelmassa) är vanligt hos äldre och leder till både ökad inflammatorisk aktivitet och insulinresistens. Det är därför viktigt att utöver BMI-mätning även fråga om viktutveckling och eventuell minskad aptit eller ätsvårigheter som kan föranleda minskat intag av mat och dryck (framför allt vad gäller proteinrika livsmedel). I övrigt gäller samma BMI-gränser för äldre som för övriga vuxna. Ett BMI mellan 25–30 tycks dock vara det mest optimala efter 70 års ålder (15). För äldre med obesitas, vilket utgjorde nästan var fjärde 70-årig deltagare, kan en vikt nedgång vara motiverad. Dock bör långsam vikt nedgång som säkrar ett tillräckligt närings- och proteinintag i kombination med ökad fysisk aktivitet rekommenderas.

Midja-stusskvot har i studier visat ett starkare samband med sjukdom och dödlighet hos äldre än vad som ses för BMI (16-18). Den höga förekomsten av en hög midja-stusskvot hos deltagarna är därför oroväckande och bör beaktas. Midja-stusskvot är delvis genetiskt betingad samtidigt som även minskad muskelmassa vid åldrande (sarkopeni) kan bidra till en ökad midja-stusskvot. Förlusten av muskelmassa med ökad ålder går dock att påverka genom regelbunden fysisk aktivitet. Inte minst genom styrketräning som snarare kan leda till ökad muskelmassa. Observera att en minskad muskelmassa även kan vara nutritionsrelaterad, främst till följd av ett lågt energi- och proteinintag.

Såväl fysisk aktivitet som matvanor har därför stor betydelse för midja-stusskvoten hos äldre. Genom att följa rekommendationen vad gäller fysisk aktivitet, såväl kondition- som styrketräning, och även rekommendationen kring hälsosamma matvanor för äldre, med ett tillräckligt proteinintag och ett energiintag som varken är för högt eller för lågt, så finns det goda möjligheter att påverka midja-stusskvoten även i hög ålder.



Tabell 2. Jämförelse av resultat från RHS för 40- och 50-åringar från breddinförandet 2022 och 70-åringar från pilotfasen 2022–23.

Riktade hälsosamtal i Skåne <sup>1</sup>	40 år		50 år		70 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
God självrapporterad hälsa, %	72	76	70	72	70	69
Riskbruk alkohol, %	9	19	12	23	9	22
Daglig rökning, %	7	9	7	10	4	9
Daglig snusning, %	5	21	3	20	3	12
Stillasittande >9 h/d, %	17	25	17	24	7	11
Väljer nyckelhålmärkt, %	76	65	80	64	85	66
Sömnbesvär, %	52	46	60	44	57	41
Förhöjt fastande blodsocker <sup>2</sup> , %	6	12	11	22	24	43
Förhöjda fastande blodfetter <sup>3</sup> , %	30	46	53	53	65	43
Förhöjt blodtryck <sup>4</sup> , %	13	27	31	46	48	48
Övervikt eller obesitas, %	48	64	57	78	55	75
Bokat återbesök till samtalsledare, %	13	18	18	22	20	18
Bokat besök till annan vårdgivare, %	25	33	39	44	35	38
Misstanke om ny diagnos, %	15	26	26	33	21	30

<sup>1</sup>Siffrorna baseras på 4616 40-åringar, 785 50-åringar och 511 70-åringar.

<sup>2</sup>Avser fastande glukosnivåer på 6,1 mmol/l eller över.

<sup>3</sup>Avser fastande blodfettsnivåer 5,0 mmol/l eller över.

<sup>4</sup>Avser systoliskt blodtryck  $\geq 140$  eller diastoliskt blodtryck  $\geq 90$ .

### Folkhälsorapport Skåne 2023

Jämförelse av pilotfasens resultat med Skånes äldre invånare i Folkhälsorapport Skåne 2023 försvåras av att ålderskategorin i Folkhälsorapporten omfattar 65–84 år. Då 70-åringar utgör en relativt sett yngre grupp i den kategoriseringen bör jämförelser mot dessa data tolkas med stor försiktighet.

Pilotfasens 70-åringar rapporterar ett något bättre subjektivt allmänt hälsotillstånd jämfört med Folkhälsorapporten. Detta skulle kunna förklaras av ålderskillnaden men skulle också kunna vara relaterat till att pilotfasen fångat en något lägre andel än förväntat med låg utbildningsnivå och som är utrikesfödda utifrån Statistiska Centralbyrån. Detta skulle också kunna vara möjliga förklaringar till att pilotdeltagarna angav högre grad av fysisk aktivitet och lägre andel rökning bland kvinnor än vad som rapporteras i Folkhälsorapporten. Trenden med genomgående större psykiska besvär hos kvinnor än män syns däremot i båda underlagen.

### RHS för 70-åringar i andra regioner

RHS erbjuds idag i 13 regioner i Sverige och av dessa bjuder tre regioner även in 70-åringar: Region Jönköpings län, Region Östergötland och Region Örebro. Region Jönköpings län har under många år bjudit in 70-åringar och under perioden 2012–2019 nåddes 45 % av målpopulationen av ett hälsosamtal. Motsvarande andel i Skåne var 43 %, utifrån pilotvårdcentralernas listade 70-åringar. Under 2022 genomfördes drygt 850 hälsosamtal i Region Jönköpings län och vid en jämförelse med Skånes pilotfas så framgår vissa skillnader. En sådan skillnad tycks vara bättre psykisk hälsa bland 70-åringar i Region Jönköping län

jämfört med Skåne. En annan skillnad som framträder är för total kolesterol, där 70-åringar i Skånes pilotfas tycks ha lägre uppmätta nivåer än i Region Jönköping län. I Region Östergötland bjuds sedan 2012 ett slumpmässigt urval av 40–70-åringar in till ett riktat hälsosamtal varje år. Under åren 2012–2015 hölls totalt 950 hälsosamtal bland 70-åringar och andelen som tackade ja under dessa år var 62 %, 55 % och 48 %. Detta kan jämföras med 60 % i Skånes pilotfas. Genomgående rapporteras ett högre deltagande bland kvinnor än bland män i Region Östergötland, för 70-åringar var 53 % kvinnliga deltagare och 47 % manliga deltagare. Precis som i Skånes pilotfas så rapporterar 70-åringarna i Östergötland mer fysisk aktivitet och mindre tobaksbruk än de yngre åldersgrupperna. I båda regionerna syns en stigande förekomst av hypertoni och förhöjt kolesterol med stigande ålder. 9 % av kvinnorna och 13 % av männen bland Östergötlands 70-åringar hade ett fastande blodsocker på 7,0 mmol/l eller högre (19). I Skånes pilotfas var denna andel 7 % och 17 %.

I Region Västerbotten genomfördes under 2008 och 2010 två pilottester (Tre Älvar och Erikslid) av RHS för 70-åringar (20). Pilottesterna inkluderade cirka 130 respektive 70 deltagare och 70–90 % av tillfrågade 70-åringar tackade ja till erbjudandet om hälsosamtal. Ett urval i pilottesterna hade även genomfört ett hälsosamtal vid 60 års ålder och resultaten visade att riskfaktorbördan ökade påtagligt mellan 60 och 70 års ålder, trots att 70-åringarna angav att de mätte bättre än 60-åringarna. Bland deltagarna i Tre Älvar hade en av fem diabetes och var tredje fall upptäcktes i samband med hälsosamtalet. Hypertoni förekom hos två av tre deltagare men få deltagare uppnådde behandlingsmålet trots pågående insatser.

### **Erfarenheter från samtalsledarna och verksamhetscheferna**

Under pilotfasen har två avstämningsmöten genomförts med samtalsledarna. Vid det första mötet i oktober 2022 hade en vårdcentral ännu inte kommit i gång. För övriga vårdcentraler har inbjudningsprocessen gått bra, någon uttryckte att det fanns ett stort intresse från 70-åringarna att få ett hälsosamtal och att det var lättare att få kontakt med dem för ett telefonsamtal än hos yngre åldersgrupper. En vårdcentral hade flera 70-åringar som inte hade bank-ID, vilket medförde att hälsoenkäten fick fyllas i på papper. Samtalsledarna rapporterade även många positiva reflektioner från 70-åringarna och upplevde att det inte var någon större skillnad att hålla ett hälsosamtal för denna åldersgrupp än för yngre åldersgrupper.

*”Samtalen med 70-åringarna skiljde sig en del från 40- och 50-åringarna. Jag upplevde de flesta personerna tillfreds med livet, på ett annat sätt än de övriga åldersgrupperna. Det skiljde sig mer i åldersspannet 70 år än de övriga åldersgrupperna i hur hälsokurvan föll ut. Jag upplevde att 70-åringarna var mer nyfikna på samtalet och i de fall där förändringsarbete kom på tal. Det framkom andra somatiska besvär under samtalen precis som vid de övriga åldersgrupperna”. Sjuksköterska och samtalsledare på en av pilotvårdcentralerna.*

*”Det har varit mycket trevligt. Det känns som 70-åringarna är mer motiverad och har lite mer tid, än många stressade 40-åringar. Jag har haft hälsosamtal med både 40-, 50-, 60- och 70-åringar i Linköping, där jag bodde tidigare. Det var väldigt roligt med just blandningen. Jag skulle vilja sammanfatta hälsosamtalen med 70-åringarna så här: Uppskattning, skratt, tårar, intressanta möten, förändring, positivism.” Sjuksköterska och samtalsledare på en av pilotvårdcentralerna.*

*”Att erbjuda samtalen till 70-åringar innebär att vi utgår från individens behov i alla åldrar, en av primärvårdens hörnstenar!” Verksamhetschef på en av pilotvårdcentralerna.*

I den fokusgruppintervjustudie som Centrum för primärvårdsforskning genomför kommer samtalsledarnas erfarenheter av att arbeta med metodstödet och hälsokurvan bland 70-åringar att beskrivas. Studien kommer även visa på förbättringsmöjligheter för såväl frågor som metodstöd utifrån erfarenheterna i pilotfasen.

### **Erfarenheter från deltagarna**

En av samtalsledarna i pilotfasen ställde frågan ”Hur upplevde du ditt hälsosamtal?” till tre deltagare som genomfört ett hälsosamtal.

- *"Väldigt bra. Det var där mitt höga blodtryck upptäcktes vilket ledde till många olika undersökningar och inneliggande vård. Bra att bli kallad utan att själv höra av sig"*

- *"Jättebra. Bra att få en koll, en genomgång. Bra att bli kallad, en bra tanke"*

- *"Positivt. Har fått upp ögonen för motion och skriver ner i min blåa bok vilka aktiviteter jag gör. Bra att bli kallad, hade inte tagit kontakten själv"*

### **Samverkan i kommunen**

På Näsby vårdcentral initierades en kontakt under pilotfasen med mötesplatserna som finns i närområdet. Ett samarbete påbörjades med två verksamhetsträffar. Vårdcentralen informerade om vad de kan erbjuda och la fokus på äldrevårdsmottagningen. Fler träffar är planerade framöver och kommer då fokusera på hjälpmedel och vad ensamhet kan betyda ur ett somatiskt perspektiv. På samma vårdcentral initierades även ett samarbete med RF-SISU som ska starta en *Senior Sport School* till hösten (21). Många 70-åringar påpekade under hälsosamtalen en känsla av ensamhet och att de inte hade någon sysselsättning. Det var uteslutande arabisktalande män som var intresserade av en sådan aktivitet och vårdcentralen skulle då medverka med tex utbildning i hjärt-lungräddning och matvanor.

### **Slutsatser och lärdomar från pilotfasen**

Skåne har en åldrande befolkning med ett ökat behov av vård och omsorg. Genom att förebygga sjukdom, stödja till att bibehålla funktion eller tidigt upptäcka sjukdom, kan behovet av insatser skjutas upp. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser från såväl samhällets som individens sida kan förbättra livskvaliteten och därmed bidra till minskade samhällskostnader.

RHS utgör en modell för ett strukturerat och långsiktigt hälsofrämjande arbete genom hela vuxenlivet, där dialogen återkommer, utvecklas och fördjupas. Syftet är att förebygga hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Allt sker med basen i en hälsofrämjande primärvård med fokus på helheten kring individen. Modellen är evidensbaserad för målgrupp 40–60-åringar, men det finns all anledning att tro att detta kommer kunna visas även för 70-åringar inom några år. Skillnaden i risken för att få en allvarlig sjukdom mellan de som har en ohälsosam levnadsvana och de som har en hälsosam levnadsvana ökar i regel ju äldre man och även äldre individer gör stora vinster vid levnadsvaneförändring (13).

RHS har en struktur som möjliggör hälsofrämjande möten i primärvården. Individen blir medveten om sin hälsa och för 70-åringarna innebär detta förutsättningar för gott åldrande och goda livsvillkor. Pilotfasen har visat att intresset för deltagande har varit stort och att gruppen som helhet uttryckt motivation och förmåga att göra förändringar. RHS för 70-åringar är en naturlig fortsättning på RHS som nu införts för 40- och 50-åringar i Region Skåne. I

grundplanen för införande, där även 60-åringar och förstagångsföräldrar ingår, utgör hela denna struktur ett hälsosystem för vuxna, med syfte att skapa förutsättningar för en god hälsa.

Pilotfasen för 70-åringar har inneburit en vidareutveckling av metoden som i dagsläget används för 40- och 50-åringar. Viktiga komponenter har bland annat varit ett åldersgruppsanpassat tillägg av metodstödet och utökad fortbildning av samtalsledarna. Pilotfasen visar även att det finns en uppstartssträcka för att komma igång med denna åldersgrupp på vårdcentralerna, inklusive fortbildning, resursfördelning och inbjudningsförfarandet. Detta ledde bland annat till att pilotfasen, som var planerad att pågå mellan september och december 2022, förlängdes med tre månader för att komma upp i 500 deltagare innan utvärdering.

Inom ramen för befintlig modell finns möjligheter att testa olika tillägg, fördjupningar, frågeställningar och vägledning för samtalsledarna framöver, för att hela tiden förfina och förbättra erbjudandet till Skånes 70-åringar. Metod- och kompetensstödet nära koppling till LPO äldres hälsa och palliativ vård samt forskning som pågår på Centrum för primärvårdsforskning utgör grunden i denna process. Även utbudet efter hälsosamtalet behöver utvecklas med lokala initiativ för sociala sammanhang, kultur, fysisk aktivitet och hälsosamma val - tillsammans med kommun och andra externa aktörer.

Sammanfattningsvis visar pilotfasen för 70-åringar betydelsen av att tidigt intervensera kring levnadsvanor då ohälsosamma levnadsvanor tydligt ger utslag på hälsan över tid. Detta illustreras särskilt med blodsockret och blodtryck, där RHS bland 40-, 50- och 70-åringar visat en starkt ökande prevalens av förhöjda värden för varje åldersgrupp. Vi har nu möjligheten att successivt skapa och utveckla ett hälsosystem som bygger en friskare befolkning med RHS som en viktig pusselbit.

## 6 Referenser

1. NPO levnadsvanor. Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. 2022.
2. Statistikmyndigheten SCB. Befolkningsstatistik. [Internet]. [citerad 3 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>.
3. 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.
4. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists C, Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2008;336(7653):1121-3.
5. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393-403.
6. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*. 2006;174(6):801-9.
7. group Sw, collaboration ESCCr. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021;42(25):2439-54.
8. Region Skåne. Metodstöd Riktade hälsosamtal för 70-åringar. [Internet]. [citerad 3 maj 2023]. Hämtad från: <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/levnadsvanor/riktade-halsosamtal-i-skane/>.
9. Göteborgs Universitet. Livsstilsverktyget. [Internet]. [citerad 3 maj 2023]. Hämtad från: <https://livsstilsverktyget.se/sv>.
10. NHANES. National Health and Nutrition Examination Survey [Internet]. [citerad 12 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm>.
11. IOGT-NTO. Alkohol och äldre [Internet]. [citerad 12 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.iogt.se/vad-vi-gor/forskning-och-samverkan/forskningsrapporter/alkohol-och-aldre/>.
12. Ahlner F, Sigstrom R, Rydberg Sterner T, Mellqvist Fassberg M, Kern S, Ostling S, et al. Increased Alcohol Consumption Among Swedish 70-Year-Olds 1976 to 2016: Analysis of Data from The Gothenburg H70 Birth Cohort Studies, Sweden. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42(12):2403-12.
13. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling [Internet]. [citerad 12 maj 2023]. Hämtad från: <https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.129d3e2817dc23cef322e1b6/1643634287719/Nationellt-vardprogram-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-prevention-och-behandling.pdf>.
14. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
15. Livsmedelsverket. Övervikt och fetma. [Internet]. [citerad 3 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma>.

16. Lindqvist P, Andersson K, Sundh V, Lissner L, Bjorkelund C, Bengtsson C. Concurrent and separate effects of body mass index and waist-to-hip ratio on 24-year mortality in the Population Study of Women in Gothenburg: evidence of age-dependency. *Eur J Epidemiol.* 2006;21(11):789-94.
17. Price GM, Uauy R, Breeze E, Bulpitt CJ, Fletcher AE. Weight, shape, and mortality risk in older persons: elevated waist-hip ratio, not high body mass index, is associated with a greater risk of death. *Am J Clin Nutr.* 2006;84(2):449-60.
18. Srikanthan P, Seeman TE, Karlamangla AS. Waist-hip-ratio as a predictor of all-cause mortality in high-functioning older adults. *Ann Epidemiol.* 2009;19(10):724-31.
19. Region Östergötland. Så mår östgötarna - Rapport utifrån hälsosamtal på vårdcentraler i Östergötland 2012-2015. [Internet]. [citerad 3 maj 2023]. Hämtad från: [https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/377646/SaMarOstgotarna\\_Rapport.pdf](https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/377646/SaMarOstgotarna_Rapport.pdf).
20. Region Västerbotten. Rapport VHU70 - resultat och erfarenheter.
21. RF-SISU Skåne. Senior Sport School [Internet]. [citerad 12 maj 2023]. Hämtad från: <https://www.rfsisu.se/distrikt/skane/vi-arbetar-med/sarskilda-uppdrag/senior-sport-school>.