

Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård

Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar
Lägesrapport 2018

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2018-2-4

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2018

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra en rad insatser för att förbättra vården av personer med kroniska sjukdomar. Uppdraget omfattade flera deluppdrag, bl.a. att myndigheten ska lämna en årlig lägesrapport. Samtliga uppdrag tog sin utgångspunkt i en nationell strategi som beslutades av regeringen 2014, där regeringen definierade tre övergripande förbättringsområden:

- patientcentrerad vård
- kunskapsbaserad vård
- prevention och tidig uppmärksamhet.

Strategins vision var ”Med fokus på kronisk sjukdom – bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård.”

Socialstyrelsen har valt att i denna lägesrapport lyfta fram och betona betydelsen av en mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård. En ansenlig andel av de kroniska sjukdomarna kan förebyggas med effektiva metoder, och nuvarande kostnadsutveckling för den ohälsa som kan förebyggas är ohållbar. Världshälsoorganisationen (WHO) har mot denna bakgrund länge lyft behovet av ett tydligare hälsofrämjande och förebyggande perspektiv i hela hälso- och sjukvården. En viktig del av detta är just att öka kunskapen om potentialen i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

I denna rapport beskriver vi bl.a. landstingens och regionernas arbete med hälsosamtal, patientföreträdarnas syn på vården vid kroniska sjukdomar och hur ett antal nyckelpersoner i landsting och regioner ser på utmaningarna med hållbar utveckling av hälso- och sjukvården. Rapporten innehåller därutöver en övergripande beskrivning av läget i ett antal länder i Europa där man arbetar med att utveckla hälso- och sjukvårdssystemen utifrån att allt fler invånare i Europa har en eller flera kroniska sjukdomar.

Socialstyrelsen vill särskilt tacka *nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård* samt *David McDaid*, forskare knuten till European Observatory, för värdefulla underlag till rapporten.

Rapporten riktar sig till i första hand till regeringen samt beslutsfattare på regional och kommunal som genom sina beslut kan påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården. Den kan även vara av intresse för patientorganisationer och professioner och andra som är engagerade i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Den har utarbetats av projektledare Ingrid Schmidt, i samarbete med interna och externa experter. Martin Sparr har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning, utgångspunkter och rapportens upplägg	9
Några övergripande iakttagelser för hälsa och vård	13
Fokus på prevention och utvecklad primärvård i Europa	13
Hälsan utvecklas överlag positivt	14
Mer behöver göras för att främja levnadsvanor	14
Möjligheterna att följa upp insatserna inom primärvården ökar	17
Arbetet med kompetensförsörjning banar väg	17
Erfarenheter om snabb utredning från cancervården bör tas tillvara	17
Patientföreträdarnas perspektiv på läget	19
Övergripande iakttagelser	20
Prevention och tidig uppmärksamhet	21
"Allt är relation"	22
Kunskap är en nyckel – vissa områden ligger efter	23
Utvecklingen framöver	24
Hälsosamtal som primärpreventiv strategi	27
Aktuellt läge i landsting och regioner	29
Utvecklingen framöver	35
Med utgångspunkt i hållbar utveckling	38
Hälsa- och sjukvård, hälsa och miljö	39
Agenda 2030	40
Reflektioner från landsting och regioner	41
Ny beteendeforskning kan främja hälsosamma val	51
Kunskap om beteendeförändring central	52
Människor gör ibland irrationella val	52
Nudging – ett verktyg för ändrat beteende	55
Samlad kunskap till nytta för fler	59
Om fortsatta insatser	60
Stärk hälsoinriktningen i hälso- och sjukvården	60
Investera i förebyggande arbete och utveckla former för primärprevention	61
Låt hälsofrämjande och förebyggande arbete genomsyra ledning och styrning	62
Öka stödet för hälsosamma val	63
Hållbar utveckling utifrån samsyn och innovation	64

Referenser	66
Bilaga 1. How are health systems adjusting to changes in disease patterns with more focus on chronic diseases and prevention?	71
Bilaga 2. Urval av indikatorer som speglar utvecklingen för kroniska sjukdomar	72
Bilaga 3. Fördjupade beskrivningar av arbetet med hälsosamtal	73
Bilaga 4. Litteraturstudie – beteendekonometri och hälsa	74

Sammanfattning

Det finns flera positiva trender när det gäller förutsättningarna för en hälsoinriktad, kunskapsbaserad och patientcentrerad hälso- och sjukvård för personer med kroniska sjukdomar. Det finns dock fortsatt betydande utmaningar.

I denna tredje och sista lägesrapport utifrån regeringens strategi för kroniska sjukdomar har Socialstyrelsen valt att särskilt lyfta fram potentialen i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Rapporten baseras på en övergripande genomgång av uppgifter från hälso-dataregister och kvalitetsregister, intervjuer med företrädare för patienter, regioner och landsting samt en övergripande beskrivning av den aktuella utvecklingen i några av de europeiska hälso- och sjukvårdssystemen.

Positiva trender i hälsa och vård men mer fokus på levnadsvanor behövs

Utvecklingen när det gäller flera kroniska sjukdomar går åt rätt håll och en bidragande orsak är att tobaksrökningen har minskat. Men när det gäller trenden för andra levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor och alkohol) som sammantaget står bakom en stor del av insjuknandet i många kroniska sjukdomar har utvecklingen inte förändrats nämnvärt.

De flesta av de stora kroniska sjukdomarna är möjliga att förebygga genom rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, ökad fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för förebyggande metoder har fått ett visst genomslag, och något fler får tillgång till relevanta insatser för förändrade levnadsvanor.

Både patientföreträdare och företrädare för sjukvårdshuvudmännen bedömer att det preventiva arbetet behöver prioriteras i högre utsträckning. Flera framhåller att det krävs ett ännu tydligare perspektivskifte i synen på hälso- och sjukvårdens uppdrag. För att uppnå en hälso- och sjukvård där förebyggande arbete ingår som en självklar del krävs fortsatt kunskapsspridning men också förändrade attityder och arbetssätt.

Organisering, ledning och styrning är avgörande för att skapa strukturella förutsättningar för ett förebyggande arbete med tydliga uppdrag, tid och resurser till kompetensutveckling samt redskap. På så sätt kan arbete med att främja levnadsvanor systematiskt integreras i vårdprocesser och patientkontakter. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete behöver i betydligt högre grad än vad som är fallet i dag bli en del av behovsanalys, uppdrag och uppföljning och ges samma tyngd som övrig vård och behandling.

Hälsosamtal introduceras i ökad utsträckning

En återkommande fråga i Sverige, liksom i andra länder, har varit i vilken utsträckning hälso- och sjukvården kan arbeta med primärprevention, dvs. bidra till att förbygga sjukdomar innan de uppstår. Några primärpreventiva strategier som fått ökad uppmärksamhet på senare år är dels Västerbottens hälsoundersökningar, dels hälsosamtal i Skaraborg och Jönköpings län. Båda

dessa strategier representerar ett koncept som kommit att kallas riktade hälsosamtal. Utvärderingar visar en positiv effekt med lägre risk för förtida död i sjukdomar, vilken kan kopplas till arbetet med hälsosamtal. Detta kan ses både på befolkningsnivå och i ännu högre grad i gruppen som deltagit i hälsosamtal.

På senare år har arbetet med hälsosamtal spridits till flera landsting och regioner, och i dagsläget erbjuder åtta regioner och landsting sådana samtal, tre utreder frågan om ett införande, åtta bedömer att frågan är intressant att bevaka medan två bedömer att frågan inte är aktuell i nuläget.

Det är angeläget med en samsyn om innebörden i hållbar hälso- och sjukvård

I intervjuer med företrädare för landsting och regioner framhålls att det behövs en bredare samsyn och gemensam förståelse av hur en hälsofrämjande hälso- och sjukvård kan bidra till hållbar utveckling. En samstämmig bild av förutsättningar och hinder för att ytterligare utveckla arbetet ges, där fokus ligger på spridning av kunskap om evidens och kostnadseffektivitet, ett tydligt och långsiktigt politiskt stöd, tydliga uppdrag till primärvården, resurser och strukturer samt kunskaps- och kompetensstöd.

Utmaningarna delas med många andra länder

Med hälsofrämjande processer som utgångspunkt tydliggörs hälso- och sjukvården som en central aktör när det gäller att bidra till de övergripande globala målen om hållbar utveckling. Via det hälsofrämjande perspektivet som lyfts fram i Agenda 2030, stimuleras engagemang och innovation i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Sedan länge har Världshälsoorganisationen (WHO) pekat på de betydande utmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemen i många länder, beaktat den ökande andel människor som insjuknar i förebyggbara kroniska sjukdomar. Inom Europa har EU intensifierat arbetet med att stödja medlemsländerna på området genom en rad olika initiativ. Stort fokus ligger på att öka kraften i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, stärka primärvård och närskjukvård samt skapa en mer sammanhållen och integrerad vård.

Inledning, utgångspunkter och rapportens upplägg

En allt större andel av medborgarna i Europas länder har en eller flera kroniska sjukdomar. Sverige, liksom många andra länder, har en utmaning i hur hälso- och sjukvårdssystemen ska bli mer hållbara utifrån ett socialt, ekonomiskt och miljömässigt perspektiv. Enkelt uttryckt handlar det om att använda gemensamma resurser inom systemen mer samordnat och effektivt genom en genomtänkt och samlad inriktning som gör vården mer jämlik, förbättrar samordningen av vårdens olika insatser och skapar större delaktighet för patienter.

Den nationella strategin 2014–2017

År 2014 beslutade regeringen om en särskild satsning för att utveckla hälso- och sjukvården, eftersom man bedömde att sjukvårdssystemet var uppbyggt på principer som inte längre speglar de aktuella och framtida utmaningar som hälso- och sjukvården behöver hantera [1].

Parallellt gjordes motsvarande satsningar i en rad andra länder i linje med WHO:s analys för en fortsatt hållbar utveckling av hälsosystemen i världen.

Strategins syfte är att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige. I strategin lyftes följande förbättringsområden fram som särskilt viktiga:

- patientcentrerad vård
- kunskapsbaserad vård
- prevention och tidig uppmärksamhet.

Visionen för satsningen löd: ”Med fokus på kronisk sjukdom – bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård.”

I strategin används en breddefinition för kroniska sjukdomar:

Kroniska sjukdomar

”[...] sådana sjukdomar som en person har under sin livstid eller under mycket lång tid. De vanligast förekommande kroniska sjukdomarna tillhör grupperna hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancersjukdomar, lungsjukdomar såsom astma, allergi och KOL, psykiska sjukdomar inklusive beroendesjukdomar, neurologiska sjukdomar, muskel- och ledsjukdomar samt långvariga smärttillstånd.”

Primärvården och den nära vården har en viktig roll vid nästan alla kroniska sjukdomar. Många sjukdomar och besvär hanteras enbart i primärvården medan mer komplicerade tillstånd ofta kräver samverkan mellan primärvården, den specialiserade vården, socialtjänst och äldreomsorg. En uttalad avsikt med satsningen var att särskilt betona och utgå ifrån den nära hälso- och sjukvården (primärvård, närsjukvård) – särskilt vad gäller målet om prevention och tidig uppmärksamhet men även när det gäller kunskapsbaserad och patientcentrerad vård.

Socialstyrelsens uppdrag

Inom ramen för satsningen fick Socialstyrelsen flera uppdrag, bl.a. att utveckla riktlinjer på områden där nationella kunskapsunderlag saknades, att utveckla primärvårdsversioner av riktlinjerna samt att anpassa rekommendationerna till riktlinjerna i digitala format.

Därutöver fick Socialstyrelsens särskilda medel för att ytterligare utveckla arbetet med sjukdomsförebyggande metoder i vården samt att tillsammans med Livsmedelsverket utveckla hälso- och sjukvården vad gäller människors matvanor. Vidare fick Socialstyrelsen i uppdrag att stödja sjukvården i att implementera ett sedan tidigare framtaget utbildningspaket om bemötande och omhändertagande i vården.

Slutligen, gavs Socialstyrelsen i uppdrag att lämna en årlig lägesrapport under (2015-2017) med syfte att beskriva utvecklingen samt att lämna att förslag på fortsatta insatser.

Socialstyrelsens tidigare iakttagelser

Den första lägesrapporten utifrån Socialstyrelsens uppdrag hade särskilt fokus på den utveckling som lett fram till dagens situation i det svenska sjukvårdssystemet [2]. I rapporten konstaterades att vården för personer med kroniska sjukdomar länge varit eftersatt, bl.a. som en konsekvens av att fokus för svensk hälso- och sjukvård har legat på att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Utifrån denna situation bedömdes hälso- och sjukvården stå inför omfattande strukturella utmaningar när det gäller att utveckla nya arbetssätt och sammanhängande vårdprocesser som förebygger och behandlar kroniska sjukdomar.

I den andra lägesrapporten utgick myndigheten från begreppet utvecklingskraft samt det faktum att en omorientering av hälso- och sjukvården ställer stora krav på ett uthålligt strategiskt utvecklingsarbete i landsting och regioner. För att kunna genomföra förändringar av landstingens och regionernas hälso- och sjukvårdssystem behövs en helhetssyn samt förståelse av dynamiken i det system som ska förändras [3].

Pågående förändringar och initiativ

Regeringens strategi tar sin utgångspunkt i primärvården och den nära vården samt i att många aktörer behöver samverka för att utveckla vården i strategins riktning.

För närvarande pågår flera initiativ för att utveckla hälso- och sjukvården genom mer integrerade lösningar för en samordnad vård utifrån patientens behov. Ett exempel är den särskilda utredare som fått i uppdrag att stödja landstingen och regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården [4].

När det gäller förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad vård har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i samverkan med landstingen och regionerna beslutat om en kunskapsstyrningsstruktur för kunskapsspridning i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Strukturen bygger till stora delar på de s.k. programområden för bl.a. flera kroniska sjukdomar som stöddes med medel inom ramen för den nationella strategin om att förebygga och behandla kroniska sjukdom.

Vidare överlämnade Kunskapsstödsutredningen den 1 juni 2017 sitt betänkande *Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* [5] till regeringen. I betänkandet föreslås att huvudmännen ska få ett samlat ansvar för att ta fram och förse hälso- och sjukvården med de kunskapsstöd som professionerna efterfrågar i det kliniska vårdarbetet. Statens och myndigheternas roll i framtiden föreslås bli att stödja och bistå med att ta fram bästa tillgängliga kunskap. Därutöver har *Kommissionen för jämlik hälsa* har lämnat sitt slutbetänkande med flera förslag om hur en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård kan utvecklas [6].

Rapportens inriktning och underlag

Denna avslutande rapport syftar särskilt till att lyfta betydelsen av förebyggande hälso- och sjukvård. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av de folkhälsopolitiska målområden som har varit vägledande för folkhälsopolitiken sedan 2003. I propositionen *Mål för folkhälsan* [7] slår regeringen fast att hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens samt sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta mot befolkningen.

Underlaget i denna lägesrapport baseras på ett antal olika källor:

- uppdaterade uppgifter från hälsodataregister, kvalitetsregister och enkäter när det gäller några trender för hälsa och vård vid kroniska sjukdomar
- intervjuer med patientföreträdare
- kartläggning av arbete med hälsosamtal i regioner och landsting
- intervjuer med företrädare för region- och landstingsledning
- underlag från forskare knutna till European Observatory vad gäller det aktuella läget i Europa.

Rapportens disposition

Rapporten är indelad i 6 avsnitt:

1. *Övergripande trender i hälsa och vård.* I avsnittet kommenterar vi kort några aktuella processer och resultat när det gäller övergripande utveckling av hälsa och vård vid kroniska sjukdomar.
2. *Patientföreträdarnas erfarenheter och iakttagelser.* Detta avsnitt bygger på intervjuer med ett antal patientföreträdare utifrån hur de bedömer att hälso- och sjukvården för personer med kroniska sjukdomar utvecklats de senaste åren.
3. *Hälsosamtal som primärpreventiv strategi.* I detta avsnitt beskrivs hur regioner och landsting arbetar med primärprevention inom ramen för riktade hälsosamtal till vuxna.
4. *Med utgångspunkt i hållbar utveckling.* Detta avsnitt utgår ifrån den nationella strategins vision om bästa möjliga hälsa och en hållbar sjukvård samt hur företrädare för regioner och landsting resonerar kring innebörden av detta.
5. *Ny beteendeforskning kan främja hälsa.* I detta avsnitt beskrivs resultaten av en övergripande litteraturgenomgång inom forskningsfältet beteendekonomi – ett tvärvetenskapligt fält som fått allt större betydelse för att främja hälsosamma val inom olika sektorer.
6. *Om fortsatta insatser.* Avslutningsvis kommenterar vi pågående och angelägna insatser framöver.

Därutöver innehåller rapporten fyra bilagor med en fördjupade beskrivningar inom några områden:

- *Bilaga 1.* Här redovisas ett urval av indikatorer baserade på data från kvalitetsregister och andra register när det gäller utvecklingen av flera relevanta sjukdomsområden.
- *Bilaga 2.* I denna bilaga beskrivs pågående utvecklingen och initiativ i Europa när det gäller att omorientera hälso- och sjukvårdssystemen utifrån utmaningarna med den stigande andelen invånare i Europa med olika kroniska sjukdomar.
- *Bilaga 3.* Här finns fördjupade beskrivningar av landstingens och regionernas arbete med hälsosamtal.
- *Bilaga 4.* Bilagan innehåller mer information om den litteraturgenomgång över ny beteendeforskning för hälsosamma val som ligger till grund för avsnitt 6.

Några övergripande iakttagelser för hälsa och vård

Sammanfattat

- Ett stort antal insatser och initiativ pågår i många av Europas länder för att hantera den ökande andel människor som diagnostiseras med olika kroniska sjukdomar. Ökat fokus på prevention och en utvecklad primärvård är prioriterade områden i flera länder.
- Hälsan i Sverige utvecklas fortfarande överlag positivt. Men när det gäller trenderna för de levnadsvanor som till stor del ligger bakom insjuknandet i de stora kroniska sjukdomarna är utvecklingen inte lika positiv. Särskilt problematisk är utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar.
- Socialstyrelsens uppföljning av stöd för förändrade levnadsvanor visar att hälso- och sjukvårdens insatser för hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet har förbättrats något de senaste åren. Arbetet behöver dock förstärkas och intensifieras.
- Preliminära iakttagelser från Socialstyrelsens uppföljning av den s.k. professionsmiljarden visar att landsting och regioner planerar för att möta utmaningarna med nya arbetssätt och kompetenser
- En ny sorts organisatoriska enheter, s.k. diagnostiska centrum, har börjat utvecklas i regioner och landsting för snabbare utredning vid misstanke om cancer. Preliminära iakttagelser indikerar att denna utveckling gynnar tidig diagnostik även av andra kroniska sjukdomar.

Fokus på prevention och utvecklad primärvård i Europa

I Europa arbetar många länder, liksom Sverige, aktivt med att möta den allt större andel människor som insjuknar och lever med kroniska sjukdomar, och ett antal reformer och initiativ är avsedda att möta utvecklingen. Länderna möter utvecklingen på lite olika sätt utifrån organisation och struktur i respektive hälso- och sjukvårdssystem, men det går att urskilja fyra övergripande gemensamma teman i många av de europeiska länderna (se vidare bil 1):

- investering i prevention [8]
- utveckling av primärvården
- förbättrad samordning och kontinuitet i hälso- och sjukvården
- förbättrad samverkan och integrering mellan olika sektorer [9].

Med syfte att främja hälsosamma levnadsvanor tar man fasta på nya kunskaper från de beteendevetenskapliga forskningsfälten. I flera länder inrättats särskilda beteendevetenskapliga team för att få ett bättre genomslag för satsningar som syftar till bättre hälsa bland befolkningen. Flera av dessa team är, eller har varit, inrättade på central nivå i nära anslutning till regering, departement eller myndigheter. Det finns också exempel på sådana team på mer verksamhetsnära nivå (se vidare *avsnitt 5* för en översikt av området beteendekonomi, och *bilaga 1* för mer information om pågående insatser och reformer i andra europeiska länder).

Förutom stärkta regleringar när det gäller tobak och alkohol har flera länder provat och provar olika typer metoder för att underlätta hälsosamma val av livsmedel, samt minska konsumtionen av t.ex. socker.

Hälsan utvecklas överlag positivt

Hälsan i Sverige utvecklas överlag positivt. Medellivslängden fortsätter att öka och skillnaden mellan könen minskar. Det är nu större skillnad i medellivslängd mellan personer med låg respektive hög utbildningsnivå än vad det är mellan kvinnor och män. Dödligheten i hjärtkärlsjukdomar och cancer minskar men personer med lägre utbildningsnivå löper större risk att såväl insjukna som dö i hjärtkärlsjukdomar och cancer, jämfört med dem med högre utbildningsnivå.

Socialstyrelsen har nyligen publicerat en rapport som beskriver den övergripande utvecklingen av både människors hälsa och tillståndet i hälso- och sjukvården [10]. Några utvalda grafer som berör trender och vård vid olika kroniska sjukdomar redovisas i *bilaga 2*.

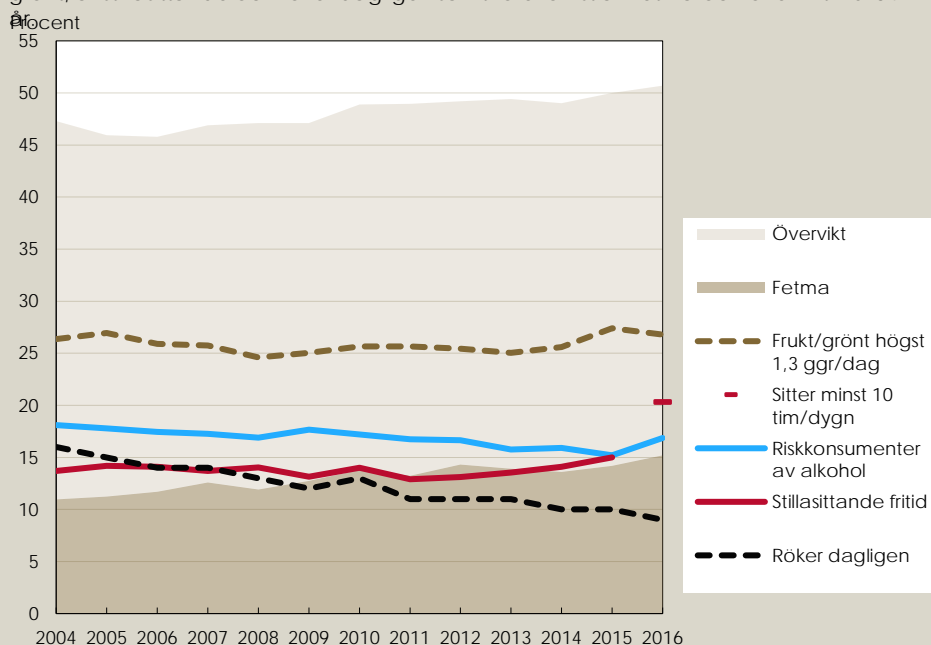
Mer behöver göras för att främja levnadsvanor

Levnadsvanor har stor betydelse för utvecklingen av de flesta kroniska sjukdomar. Ett av målen under delmål 3 i Agenda 2030 är att stärka alla länders kapacitet att minska nationella och globala hälsorisker [11]. De riskfaktorer som enligt *The Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) bidrar främst till sjukdomsburden i Sverige är kost, högt blodtryck och högt body mass index (BMI) samt tobak och alkohol [12].

I diagram 1 redovisas resultaten för den andel som 2004–2016 riskkonsumerade alkohol, åt lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), hade en stillasittande fritid (från 2016 anges minst 10 timmar stillasittande per dygn), rökte dagligen eller hade ett BMI som klassas som fetma. Andelen som röker dagligen minskade från 16 till 9 procent mellan 2004 och 2016 medan andelen med fetma däremot ökade från 11 till 15 procent samma period.

1. Levnadsvanor, fetma och övervikt

Andel av befolkningen som uppger att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt, är stillasittande och röker dagligen samt förekomst av fetma och övervikt. 16-84

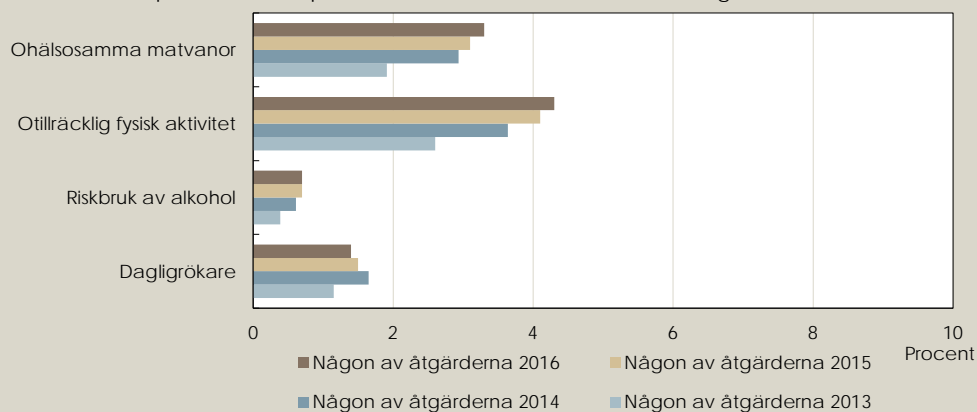


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

När det gäller hälso- och sjukvårdens insatser för att påverka levnadsvanor ser utvecklingen har de dokumenterade insatserna är ökat något de senaste åren (diagram 2). Hur väl hälso- och sjukvården lyckas med preventiva insatser kommer därför att få stor betydelse för hälso- och sjukvårdens långsiktiga hållbarhet.

Diagram 2. Åtgärder till personer med ohälsosamma levnadsvanor

Andelen av primärvårdens patienter som fått en dokumenterad åtgärd om



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2015 och 2016.

Socialstyrelsens uppföljning av levnadsvanor [13] visar att stödet till patienter med ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet har förbättrats något de senaste åren. Uppgifterna bygger på i vilken utsträckning

insatser finns dokumenterade i patientjournalerna. Stödet till patienter som röker eller som har ett riskbruk av alkohol verkar däremot inte vara lika omfattande och ökar inte lika snabbt; mellan 2015 och 2016 ses ingen förändring när det gäller dokumenterad rådgivning om rökning och riskbruk av alkohol.

Arbetet med att förbättra levnadsvanor ligger alltså fortfarande på en låg nivå i förhållande till hur många som skulle kunna ha nytta av stöd för att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor. Exempelvis är det i många landsting och regioner färre än en halv procent av alla patienter som röker som får kvalificerade rådgivande samtal (det som ofta kallas rökavvänjning), samtidigt som cirka tio procent av patienterna röker. Sjukvården behöver därför fortsätta att bygga ut stöd och insatser till patienter med ohälsosamma levnadsvanor.

Precis som på många andra områden finns det också förhållandevis stora skillnader över landet när det gäller arbetet med detta område. Skillnaderna mellan landstingen/regionerna är särskilt stora när det gäller rådgivning om mat och fysisk aktivitet.

För att alla patienter som behöver insatser ska få det behöver rådgivningen för alla levnadsvanor byggas ut i samtliga landsting och regioner. Det kommer krävas ett fortsatt målmedvetet och strukturerat arbete på alla nivåer. Särskilda insatser bör samtidigt riktas till personer med särskild risk, t.ex. annan ohälsa eller sjukdom, eller till personer som är socialt utsatta och därför kan ha större utmaningar att välja hälsosamma levnadsvanor. Att prioritera det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är en central strategi för att uppnå en mer jämlik hälsa och vård. Utformningen av arbetet bör anpassas till individuella eller grupperns specifika behov [14, 15].

Övervikt hos barn är ett fortsatt allvarligt problem

Övervikt och fetma samt fysisk inaktivitet bland barn och ungdomar är ett fortsatt oroande folkhälsoproblem som dessutom verkar öka, även om ökningstakten bland barn i Sverige har avstannat något. Det är i dag ca 20 procent av de svenska skolbarnen som har övervikt eller fetma [16, 17]. Fetma och övervikt bland svenska 15-åringar låg 19 procent över EU-genomsnittet 2013–2014. Svenska 15-åringar är också mindre fysiskt aktiva än EU-genomsnittet [18]. Övervikt och fetma liksom ohälsosamma levnadsvanor, t.ex. otillräcklig fysisk aktivitet och ett högt intag av sötsaker och läsk, är vanligare bland barn i familjer med låg socioekonomisk status [16, 19].

Många barn med fetma utvecklar insulinresistens, blodfettrubbningar och leverpåverkan. Prognosen för barn med fetma och övervikt är dessutom dålig när det gäller möjligheten att utan behandling bli normalviktiga som vuxna; ca 80 procent av de barn som i 6–7-årsåldern är överviktiga eller lider av fetma är fortfarande överviktiga eller feta i de sena tonåren.

Även om allt fler barn behandlas för fetma borde behandling starta i lägre ålder, redan vid 6–7 års ålder, för en bättre behandlingseffekt; ju äldre barnen är när de påbörjar behandling, desto sämre effekt av behandlingen. Det finns också fortfarande några landsting och regioner som inte tar emot barn med fetma för behandling. Behovet av tidiga insatser och förebyggande arbete för

att främja hälsosamma levnadsvanor hos barn är därför stort. Fler landsting och regioner, men inte alla, har särskilda vårdprogram framtagna för hur det fetmaforebyggande arbetet ska organiseras och genomföras.

Möjligheterna att följa upp insatserna inom primärvården ökar

De senaste åren har möjligheterna att följa upp insatserna i primärvårdens verksamheter förbättrats. Under 2016 lanseras systemet *Primärvårdskvalitet* som är utvecklat av professionerna inom hälso- och sjukvården. Syftet är att ge underlag för diskussioner om kvalitet på den enskilda vårdcentralen i samband med förbättringsarbete men även för analyser på regional och nationell nivå. Systemet har byggts upp inom kvalitetsregistersatsningen och innehåller kvalitetsindikatorer som bl.a. omfattar de vanligaste kroniska sjukdomarna samt primärvårdsspecifika aspekter som samsjuklighet om samordning och kontinuitet. Data hämtas automatiskt ur journaler och datakällor. Indikatorerna planeras årligen utifrån aktuella riktlinjer samt ny kunskap och evidens. I december 2017 var ca 50 procent av alla vårdcentraler anslutna till systemet. Inom ramen för arbetet kommer olika insatser för att påverka levnadsvanor att ingå i systemet.

Arbetet med kompetensförsörjning banar väg

Med ett framtida större fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete blir nya kompetenser och professionsgrupper aktuella inom hälso- och sjukvården. Preliminära iakttagelser inom ramen för Socialstyrelsens pågående uppföljning av den s.k. professionsmiljarden visar att ett intensivt arbete pågår. De flesta landsting och regioner arbetar med eller planerar för att rekrytera fler psykologer och fysioterapeuter. Några landsting och regioner lyfter behovet av rekrytera t.ex. hälsocoacher med psykosocial och beteendevetenskaplig kompetens för att stärka stödet när det gäller att förändra levnadsvanor. Samtidigt lyfter verksamheterna fram utmaningar i arbetet med att rekrytera t.ex. psykologer på grund av dels brister i rekryteringsunderlaget, dels obekväma arbetstider på kvällar och helger.

Många landsting och regioner arbetar också med ”kompetensmixplanering” vilket exempelvis kan innebära att fysioterapeuter gör den inledande bedömningen av patienter med besvär från rörelseorganen. Andra exempel handlar om att en primärbedömning av patienter med psykisk ohälsa görs av psykolog i stället för av läkare vid första kontakten.

Erfarenheter om snabb utredning från cancervården bör tas tillvara

Återkommande strukturella utmaningar i hälso- och sjukvården är kopplade till bristande samarbete mellan primärvård och specialistvård samt till brister i koordination och samordning av vårdens insatser.

Majoriteten av patienterna söker i första hand primärvård eller andra öppna vårdformer för sina hälsoproblem och symtom, och för många kan det ibland dröja innan man får en diagnos. För en del vanliga kroniska sjukdomar, t.ex. diabetes eller astma, utförs diagnostiken vid vårdcentraler/hälsocentraler. För många andra sjukdomar är symtomen mer svårtolkade och remittering till vidare utredning eller specialist behövs.

Inom ramen för den nationella cancerstrategin pågår för närvarande en särskild satsning på s.k. standardiserade vårdförlopp (SVF). Syftet med satsningen är att misstanke om cancer snabbt ska utredas och att patienten ska veta hur utredningen går till. Socialstyrelsens pågående uppföljning visar att många patienter med misstanke om cancer inledningsvis söker sig till primärvården men att symtomen ofta är diffusa och svårtolkade och dessutom kan bero på ett stort antal andra sjukdomar [20].

Parallellt med införandet av SVF vid misstänkt cancer har nu en form av utredande enheter börjat växa, s.k. diagnostiska centrum. Syftet är att dessa centrum ska ta emot de patienter som snabbt behöver utredas. I dag finns sådana enheter i samtliga regioner och landsting. Preliminära iakttagelser indikerar att detta kan gynna tidig diagnostik av andra kroniska sjukdomar.

Patientföreträdarnas perspektiv på läget

Sammanfattat

- Patientföreträdare för olika kroniska sjukdomar bedömer att vården generellt har blivit bättre för några patientgrupper men att vården för personer med kroniska sjukdomar har förändrats i liten utsträckning sedan 2014. För vissa patientgrupper upplever man att det inte har skett någon utveckling alls.
- En del av patientföreträdarna framhåller att en positiv förändring skett inom vården när det gäller arbetet med en mer patientcentrerad vård. Några menar att förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad vård har förbättrats.
- Flera pekar på att det finns fortsatt stora utmaningar vad gäller dels ett bättre bemötande i primärvården, dels en mer sammanhållen vård samt ett tydligare helhetsperspektiv på patienten.
- Patientföreträdarna ser mer och bättre kunskap om många kroniska diagnoser som en nyckel för att utveckla vården. Förbättrad kunskapsspridning i primärvården lyfts särskilt fram.

Inledning

Detta avsnitt syftar till att ge en bild av patientföreträdarnas syn på utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Fokus ligger på att beskriva hur patientföreträdare ser på prevention/tidig uppmärksamhet, patientcentrerad vård och kunskapsbaserad vård. Dessa områden har varit särskilda förbättringsområden inom ramen för den nationella strategin för att förebygga och behandla kronisk sjukdom.

Begreppet *kronisk sjukdom* definieras här på samma sätt som i den nationella strategin: ”sådana sjukdomar som en person har under sin livstid eller under mycket lång tid” [21]. Vad gäller begreppen *patientcentrerad vård* och *kunskapsbaserad vård* har vi exemplifierat dessa med konkreta exempel vid våra intervjuer med patientföreträdare, för att dessa ska få en gemensam förståelse för vad begreppen kan innebära. Patientcentrerad vård är ett begrepp som har tolkats relativt brett och som omfattat bemötandet av patienten, delaktighet i beslut om vård och behandling samt olika systemrelaterade aspekter av hälso- och sjukvården.

Kronisk sjukdom är vanligt och äldre personer har dessutom ofta flera sjukdomar samtidigt. Vården för kroniskt sjuka involverar dessutom ett stort antal aktörer inom hälso- och sjukvården, där primärvården är den vanligaste kontakten. Studier har visat att det ofta finns brister när det gäller i vilken grad vården är patientcentrerad för dessa patienter [22]. Flera rapporter

genom åren har dragit slutsatsen att både tillgänglighet, bemötande och delaktighet behöver utvecklas i hälso-och sjukvården inklusive primär och närvård [13, 23, 24].

När det gäller delaktighet och samordning utmärker sig Sverige genom att ligga sämre till än andra jämförbara länder. En internationell undersökning [25] visar att endast 61 procent av patienterna som är 65 år och äldre i Sverige upplever att deras ordinarie mottagning hade fått information om den vård de fått på sjukhus och bara hälften (51 procent) svarar att den ordinarie läkaren ger den hjälp de behöver med att koordinera vården eller planera vård från andra vårdgivare. Sverige är därmed det land med lägst resultat för båda dessa aspekter.

Resultatet i den nationella patientenkäten visar dock att något fler patienter (74–85 procent) än i den internationella uppföljningen anser att deras vård samordnas i tillräcklig utsträckning.

Kort om intervjuerna

Intervjuerna har vänt sig till ett urval patientorganisationer för både stora och små patientgrupper.

Totalt har nio intervjuer genomförts med företrädare för följande patientorganisationer: Reumatikerförbundet, Riksförbundet Hjärt-Lung, Svenska Diabetesförbundet, Fibromyalgiförbundet, Endometriosföreningen, Sköldkörtelförbundet, Astma- och Allergiförbundet, Parkinsonförbundet samt Mag- och tarmförbundet.

Reumatikerförbundet är störst sett till medlemsantal med nära 50 000 medlemmar medan Endometriosföreningen är minst med cirka 1 800 medlemmar.

Följande frågeområden har legat till grund för intervjuerna:

- Upplever du att vården för personer med kroniska sjukdomar har förändrats de senaste fem åren?
- Hur upplever du att vården fungerar för den patientgrupp du företräder med hänsyn till prevention/tidig uppmärksamhet, patientcentrerad vård och kunskapsbaserad vård?

Övergripande iakttagelser

Den sammantagna bilden från intervjuerna är att vården för kroniskt sjuka personer har inte har förändrats, eller bara förändrats något, de senaste fem åren; möjligen har det skett en utveckling inom det medicintekniska området. Däremot upplever flera av patientföreträdarna att en attitydförändring har

skett inom vården vad gäller kroniska sjukdomar. De lyfter också att det för närvarande pågår både viktiga insatser och angeläget förändringsarbete.

Jag har absolut noterat förändringar i attityd och inställning och att man har påbörjat ett förändringsarbete.

Några patientföreträdare ser utveckling och förbättringar för vissa sjukdomar medan det har stått mer still för andra sjukdomsgrupper. Exempelvis jämför Astma- och Allergiförbundet patienter med astma med patienter med matallergi och menar att det har hänt mer på astmaområdet än vad gäller allergier. Vidare framhålls att vården inte har blivit mer sammanhållen och att det behövs fortsatt utvecklingsarbete inom området.

Både Parkinsonförbundets och Reumatikerförbundets representanter lyfter fysisk aktivitet som ett område där det skett en positiv utveckling för deras respektive patientgrupper, bl.a. för att det i dag ges rekommendationer om fysisk aktivitet. Både förväntningarna och kunskapen hos patienterna har dock ökat de senaste åren, och man menar att vården inte riktigt har hängt med i den utvecklingen.

Prevention och tidig uppmärksamhet

När det gäller prevention och tidig uppmärksamhet visar intervjuerna att dessa områden är av olika betydelse för olika patientgrupper. Bland de förbund som främst berörs av preventivt arbete behövs mer fokusering att utveckla kunskaper om det preventiva arbetet. Exempelvis lyfts behovet av kunskapsveckling om levnadsvanor i förhållande till vissa sjukdomar (t.ex. sköldkörtelsjukdomar) och hur detta bidrar till att möjligheterna att arbeta förebyggande. Generellt råder uppfattningen att det preventiva arbetet ofta hamnar i skymundan och att hälso- och sjukvården i dag framför allt fokuserar på de patienter som behandlas.

Det är nog ett område som hela tiden hamnar litegrann i bakvattnet för att man inte riktigt hinner med att ta hand om patienterna som redan går där [...] det kommer alltid sist i prioriteringen.

När det gäller behovet av ett större fokus på förebyggande arbete lämnas exempel vad gäller fibromyalgi och endometrios. Inom dessa områden är behovet av kunskapsutveckling är stort och respondenterna uppger att det är viktigt att utveckla samarbetet med andra aktörer. Exempelvis uppges att gruppen skolsköterskor är central när det gäller endometrios.

Tidig uppmärksamhet är oerhört viktigt för får man en tidig diagnos och får hjälp då kan man vara i princip ganska problemfri [...] Det är väl just det här som vi har jobbat mycket med och som fungerar på en del ställen, det är just att skolsköterskor ska vara väldigt uppmärksam på det hela.

Även patientföreträdare för t.ex. astma och diabetes konstaterar att det förebyggande arbetet kräver att flera samhällsaktörer involveras och man

framhåller att det förebyggande arbetet i hög grad kan ske utanför hälso- och sjukvården.

"Allt är relation"

I den nationella strategin beskrivs patientcentrering som ett förhållningssätt inom vården där "patientens delaktighet står i centrum" [1]. Begreppet innebär även en helhetssyn på den enskilda patienten samt att såväl medicinska som sociala och emotionella aspekter av patientens vård beaktas. Värdet av goda och stärkande möten härstammar från insikter från läkekonstens begynnelse. Grundtanken i en patientcentrerad (eller personcentrerad) vård är att patienten betraktas som en partner med kunskaper i det gemensamma arbetet för bibehållen hälsa och livskvalitet. Tillit för varandra och flexibilitet är grundläggande för en verksamhet som stöder detta. Detta innebär att vårdens olika aktörer i större utsträckning samordnas kring patientens behov och bästa möjliga hälsa.

Utmaningar i primärvården

Det framkommer i intervjuerna att patientföreträdarna upplever att vården, och då framför allt primärvården, har stora brister när det handlar om patientcentrerad vård. Flera patientföreträdare lyfter fram att bemötandet i primärvården för patienter med kroniska sjukdomar fungerar "otillfredsställande" eller "inte alls".

Vi får fortfarande väldigt mycket samtal om att läkare ute i vanliga vården, på vårdcentraler och så, inte kan ställa diagnosen, [patienterna] får inget bra bemötande, de får ingen uppföljning.

Ett par patientföreträdare, bl.a. från Reumatikerförbundet, beskriver att problemen vad gäller bemötande är extra tydliga under utredning, innan patienten har fått sin diagnos eller har fått träffa en specialist. De menar att det tar för lång tid för patienter att få en diagnos och att patienten riskerar att slussas runt i vården alltför länge.

Vissa patientföreträdare, bl.a. från Sköldkörtelförbundet och Fibromyalgiförbundet, ger även uttryck för att patienter med diffusa eller flera samtidiga symtom inte alltid tas på allvar när de möter vården eller får för kort tid med vårdens medarbetare. Flera patientföreträdare, bl.a. från Mag- och tarmförbundet, lyfter just tiden som en viktig anledning till primärvårdens brister gällande patientcentrering. Konsekvensen blir att utredningar av mer komplexa och svårdiagnostiserade tillstånd blir lidande. Därutöver lyfts vårdens hierarkier upp som något som försvårar och motverkar ett teambaserat arbetssätt.

Många saknar ett helhetsperspektiv

Flera patientföreträdare beskriver en brist på kontinuitet och att mycket av samtalet får börja om från början varje gång de möter vården. Bl.a. företrädare för Astma- och Allergiförbundet, uttrycker att det saknas ett helhetsperspektiv där patientens behov är utgångspunkten och att vården

behöver förbättras vad gäller att göra den sammanhållen för patienten. Även andra företrädare, t.ex. från Riksförbundet Hjärt-Lung, framhåller att man ser utvecklingen mot en mer teambaserad vård som positiv och lovande men att det behövs en mer genomgripande kulturförändring i vården för att åstadkomma en mer patientcentrerad vård.

Det förs i dag en diskussion om dessa problem och att inställningen inom vården till viss del har förändrats, även om denna förändring ännu inte genomsyrar vården som helhet.

När det gäller just patientcentrering så finns det mycket kvar att göra, men jag vet också att det finns extremt goda initiativ på vissa ställen, där man jobbar holistiskt som vi säger.

Patientföreträdarna lyfter fram att det finns stora regionala skillnader mellan landstingen och regionerna i hur väl patientcentrerad vården är. Fungerande team runt patienten är ett exempel där variationerna i olika delar av landet bedöms stora, när det t.ex. gäller patientens möjlighet att söka vård i andra landsting och regioner än den egna.

Kunskap är en nyckel – vissa områden ligger efter

Vissa av patientföreträdarna, t.ex. för Fibromyalgiförbundet, upplever att det generellt sett har skett en positiv kunskapsutveckling för de diagnosgrupper de företräder.

Svaren genomsyras av att bättre kunskap inom primärvården om de olika sjukdomarna är en nyckel till en väl fungerande vård för personer med kronisk sjukdom. Kunskap om såväl patientcentrering som prevention och tidig uppmärksamhet innefattas. Exempelvis uttrycker Endometriosisföreningen att vården för den sjukdom de företräder generellt sett är bristfällig i stora delar av primärvården men att den fungerar bättre på platser där det finns etablerade kunskapscentrum inom området.

Även andra företrädare uttrycker att det behövs olika typer av kunskaps- och kompetenscentrum för att säkerställa en kunskapsbaserad vård och en nationell kunskapsspridning. Vidare lyfts ett fortsatt arbete med riktlinjer samt certifiering av vårdcentraler som viktiga delar för att åstadkomma en bättre vård för kroniskt sjuka.

Av intervjuerna framkommer att det framför allt finns problem med att sprida och förankra kunskap inom primärvården. Det råder en generell uppfattning om att kunskaper om flera kroniska sjukdomar har svårt att etableras i primärvården, både när det gäller diagnostik och behandling. Detta, menar flera patientföreträdare, hänger samman med bristande samverkan mellan primärvård och specialistvård.

Det finns inget systematiskt arbete för att sprida kunskap inom landstingen mellan de mera specialistinriktade klinikerna och primärvården inom

landstinget. Så att det inte tränger ut kunskap i primärvården i den takt som vi tycker borde vara rimligt, ny kunskap sprids inte.

Bland annat Sköldkörtelförbundets företrädare menar att detta leder till att primärvården har svårt att ställa diagnos och ge stöd. Även Mag- och tarmförbundets företrädare lyfter detta problem när det kommer till tidig upptäckt av t.ex. inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). De ser dock positivt på de satsningar som genomförts i primärvården och uttrycker förhoppningar om att dessa kommer att ge effekt på sikt.

Flera företrädare lyfter att det råder en generell kunskapsbrist om behandlingsformer och symtom. För exempelvis sköldkörtelsjukdomar och endometriosis saknas etablerad kunskap men också ett intresse bland vårdens medarbetare för de olika kroniska sjukdomarna, menar man.

Man tycker att man kan redan den här sjukdomen, att den är enkel att behandla. Och sen när vi efterfrågar det vetenskapliga underlaget för dagens behandling, då kan professionen inte presentera det [...] Så att det är inte alls en kunskapsbaserad vård.

Detta leder till att man upplever att vården inte fungerar vare sig vad gäller patientcentrering, bemötande eller prevention och tidig uppmärksamhet. För dessa sjukdomar efterfrågar patientföreträdarna ett generellt behov av kunskapsutveckling bland vårdens medarbetare.

Utvecklingen framöver

För den fortsatta utvecklingen av vården för kroniskt sjuka patienter behöver hälso- och sjukvården arbeta betydligt mer med patientcentrering och utveckling av den kunskapsbaserade vården. Flera patientföreträdare anser att den nationella strategin fokuserar på rätt förbättringsområden och att denna fokusering kan komma att få effekter på sikt. Samtidigt är en generell uppfattning att vården fungerar mindre bra sett till de tre målområdena.

För vissa förbund är behovet av mer kunskap tydligt och de lyfter även fram att forskningen inom dessa områden måste utvecklas. Områden som lyfts av flera patientföreträdare är dels vikten av att ta till vara patientens egen kunskap, dels möjligheten till inflytande.

Det är jätteviktigt att se patienten/personen som en resurs och inte bara som en kostnad, jag tror [...] att patienten kan bidra väldigt mycket om man får rätt redskap.

Att låta patienten bli mer delaktig i sin egen vård framhålls som viktigt av bl.a. Reumatikerförbundet och Astma- och Allergiförbundet. I detta sammanhang lyfts s.k. spetspatienter, dvs. patienter som själva är med och utvecklar strategier för att hantera sjukdom utifrån bästa möjliga livskvalitet. Ett par förbunds representanter lyfter även möjligheten att bidra till denna utveckling genom att t.ex. sprida kunskap och på så vis stärka patientens ställning ytterligare.

Andra aspekter för vårdens fortsatta utveckling som framkommer i svaren är utveckling av nationella strategier för specifika diagnoser, utveckling av patientlagen samt bättre förutsättningar för vården att ta till sig av den tekniska utvecklingen, exempelvis inom diabetesvården.

Sammanfattande reflektioner

Av intervjuerna med patientföreträdarna framkommer bl.a. att kunskap utgör en viktig nyckel för en patientcentrerad vård som samtidigt främjar kunskapsutvecklingen om prevention och tidig uppmärksamhet.

När det gäller målet om en mer patientcentrerad vård kan vi konstatera att både djup och bred kunskap centralt för ett bättre omhändertagande i primärvården och den nära vården för flera av de kroniska sjukdomarna. Flera av företrädarna framhåller att en kunskapsbaserad vård är en förutsättning för tidig uppmärksamhet om symtom och att det behövs mer kunskap för att förbättra det preventiva arbetet inom vården.

Vidare menar vissa patientorganisationer att kunskapen om och vården för deras patientgrupper är eftersatt, vilket gör att man anser att vården inte fungerar alls i dessa fall. En förklaring till detta som nämns i svaren är att vissa kroniska sjukdomar får allvarigare konsekvenser än andra och därför uppmärksammas mer. Det kan också handla om att en del av dessa eftersatta områden i dag saknar effektiv behandling. I det fortsatta utvecklingsarbetet av vården för kroniskt sjuka finns det därför särskild anledning att se över dessa grupperns behov.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att patientföreträdarna menar att mycket kan utvecklas och förbättras utifrån en kunskapsbaserad vård, framför allt inom primärvården. Att säkerställa att kunskap utvecklas och sprids systematiskt och effektivt i primärvården är en viktig del av detta arbete. Flera patientföreträdare påpekar att det finns tydliga nationella skillnader gällande vården för kroniska sjuka och de tre målområdena och att detta bl.a. tycks vara kopplat till svårigheten att sprida kunskap i primärvården.

Vad gäller patientcentrering framhålls att viss attitydförändring har skett men att vården ytterligare bör utveckla ett helhetsperspektiv med patienten i centrum. Vidare framhålls att attitydförändringen även måste omsättas i praktik.

Målet om en mer patientcentrerad vård har funnits i politiska måldokument sedan den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft 1983. En ny patientlag börja gälla den 1 januari 2015, vilken samlar alla bestämmelser av betydelse för patientens ställning, bl.a. om att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning. Målet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i sin vård. Personcentrerad vård kan ses som en utveckling av dessa tankar

Patientföreträdarna lyfter också samordning och koordinering som fortsatta utvecklingsområden. Cirka en miljon patienter och brukare har komplexa samordningsbehov och samtidigt begränsade förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin egen vård och omsorg. Patienter med

många vårdkontakter eller komplexa behov riskerar i dag att falla mellan stolarna.

Årsskiftet 2017–2018 träffade staten och Sveriges Kommuner och Landsting en ny överenskommelse om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, den s.k. patientmiljarden. Med patientmiljarden vill parterna bl.a. stimulera hälso- och sjukvårdens verksamheter att införa s.k. patientkontrakt för patienter med komplexa och omfattande vårdbehov, där dessa kontrakt är en sammanhållen vårdplan över patientens samtliga kontakter med syfte att öka samordningen och kontinuitet för patienten.

Hälsosamtal som primärpreventiv strategi

Sammanfattning

- Sedan många år erbjuder landstingen i Västerbotten och Jönköpings län dialogbaserade hälsosamtal till den vuxna befolkningen.
- I dagsläget erbjuder 8 regioner/landsting hälsosamtal till valda åldersgrupper av den vuxna befolkningen medan 3 utreder frågan och 8 bedömer att frågan är intressant att bevaka.
- Frågor kring evidens och kostnadseffektivitet har varit hinder för genomslag i arbetet.
- Framgångsfaktorer för arbete med hälsosamtal bedöms vara spridning av kunskap om evidens för och kostnadseffektivitet, ett tydligt och långsiktigt politiskt stöd, tydliga uppdrag till primärvården samt stödjande strukturer och kompetens.

Inledning

I detta avsnitt beskrivs hur hälso- och sjukvården kan arbeta med primärprevention riktad till den vuxna befolkningen genom hälsoundersökningar och hälsosamtal. Arbetet startade i några delar av landet i början av 1980-talet, med syftet att förebygga de stora folksjukdomarna hjärtinfarkt, stroke och diabetes. Baserat på erfarenheter från dessa initiativ sprids nu detta arbete över landet.

Exemplen nedan beskriver arbetsformerna, särskilt det dialogbaserade samtalet baserat på individens egen hälsoprofil, vilket skiljer detta från allmänna hälsoundersökningar. Exemplen beskriver även vikten av samarbete med andra samhällsaktörer, t.ex. föreningsliv och näringsliv, liksom att det samarbetet behöver utvecklas. Här har primärvården en särskild roll genom sin möjlighet att anpassa sitt arbetssätt till lokala behov och förutsättningar.

Riktade hälsosamtal blir allt vanligare

Primärpreventivt arbete inom hälso- och sjukvården sker sedan länge genom t.ex. mödra-, barn- och skolhälsovård, vaccinationer samt genom att identifiera och behandla individer med riskfaktorer för t.ex. högt blodtryck eller höga blodfetter. Någon etablerad form av primärpreventivt befolkningsinriktat arbete för den vuxna befolkningens generella hälsa finns däremot inte [26].

En återkommande fråga är hur preventiva insatser bör riktas för att få störst effekt. En s.k. högriskstrategi innebär att insatserna riktas mot dem med högst risk för att insjukna. Detta är emellertid inte effektivt för att

minska antalet nyinsjuknade. Därför behövs befolkningsstrategier, dvs. att man strävar efter att minska sjukdomsriskerna hos de många som har lätt förhöjd risk.

Under 1960- och 1970-talen bedrev vissa länder omfattande verksamhet i form av generella hälsokontroller för vuxna där man genomförde tester för att upptäcka olika sjukdomar hos en befolkning. Dessa kontroller hade vanligen en biomedicinsk tyngdpunkt med omfattande provtagning men de var mindre inriktade på preventiva insatser. Bedömningar av det vetenskapliga underlaget har inte kunna påvisa några effekter för detta arbetssätt [27].

När interventionen i stället innebär samtal och dialog enligt metodiken för motiverande samtal, s.k. riktade hälsosamtal, finns i dag däremot studier och utvärderingar som visar både på förbättrad hälsa och kostnadseffektivitet. Ansatsen i riktade hälsosamtal skiljer sig också tydligt från mer uttalade högriskstrategier som når en mindre del av befolkningen men som inte visat sig ha någon effekt på hälsoutfall [28].

Det som utmärker riktade hälsosamtal enligt den modell som utvecklats i Sverige är att de

- drivs integrerat i primärvården
- är befolkningsinriktade; samtliga i målgruppen (åldersgruppen) erbjuds att delta vid sin hälsocentral
- integrerar sjukdomsförebyggande låg- och högriskstrategier utifrån principen om proportionell universalism, dvs. att alla erbjuds insatsen men att den anpassas och utformas så att de motsvarar både enskilda och grupperns behov
- har ett hälsosamtal som central komponent, vilket utgår från personens egna preferenser och möjligheter samt från enkätsvar om levnadsvanor och levnadsförhållanden och kliniska mätvärden för vissa centrala riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom
- tillämpar ett strukturerat arbetssätt med en personcentrerad samtalsmetodik och ett hälsofrämjande förhållningssätt som fokuserar på individens motivation och resurser
- baseras på aktuell medicinsk evidens för hjärtkärlprevention
- kan anpassas till lokala förutsättningar
- kvalitetssäkras av ett strukturerat och samordnat kompetens- och metodstöd inom hälso- och sjukvården.

Dessa kriterier är gemensamma för de regioner och landsting i Sverige som i dag erbjuder riktade hälsosamtal till den vuxna befolkningen.

Syftet med hälsosamtalen är att ge invånare möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. Genom att samtalet utgår från deltagarens livssituation och egna prioriteringar kan individen motiveras till aktiva val för en god hälsa [29, 30]. Hälsosamtalen ger också möjlighet att tidigt hitta personer med särskilt hög risk eller med fynd som kräver åtgärd. Dessa personer kan då direkt och enkelt slussas vidare för fortsatt bedömning och medicinsk behandling.

Den största effekten av primärpreventiva insatser uppkommer om det samtidigt sker insatser i lokalsamhället och i samverkan med andra aktörer

[29, 31]. Därför är samarbete med lokala aktörer i form av handel, idrottsföreningar m.m. mycket viktigt.

I dag finns god evidens för effekten av riktade hälsosamtal. Till exempel visar en uppföljning av arbetet i en kommun att dödligheten i hjärtinfarkt före 75 års ålder över en tioårsperiod minskade snabbare än i jämförbara kommuner i Sverige. Man kunde också konstatera förbättringar av levnadsvanor och minskad förekomst av särskilda riskfaktorer för hjärtinfarkt [29, 32]. En omfattande uppföljningsstudie 2015 av arbetet i Västerbotten 1990–2006, omfattande totalt en miljon personår, visar en påtagligt minskad risk för förtida död jämfört med en referenspopulation i övriga Sverige [33]. Denna studie visar också att effekterna är störst för dem med sämre socioekonomisk situation, dvs. att insatserna leder till minskade skillnader i hälsa.

I Sverige har riktade hälsosamtal utvecklats sedan mitten av 1980-talet, och ofta har primärvårdsläkare varit drivande. Sedan januari 2014 har det svenska nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) haft en temagrupp för riktade hälsosamtal där koordinatörer i respektive landsting och region har delat erfarenheter och kunskap. Temagruppen har också fungerat som stöd till regioner/landsting som har planerat eller nyligen infört riktade hälsosamtal.

Aktuellt läge i landsting och regioner

Nedan beskriver vi hur hälso- och sjukvårdshuvudmännen arbetar med primärprevention i form av riktade hälsosamtal för vuxna samt förutsättningar och hinder för att utveckla detta arbete.

Studien grundar sig på

- insamling, sammanställning och analys av beskrivningar i de regioner och landsting som arbetar med hälsosamtal
- insamling av information och dokument från kontaktpersoner landsting och regioner som för närvarande inte arbetar med hälsosamtal
- fördjupade intervjuer med nyckelpersoner från icke aktiva landsting.

Åtta regioner och landsting erbjuder hälsosamtal

Läget i Sverige 2017 var följande när det gäller hälsosamtal:

- Åtta regioner och landsting erbjöd hälsosamtal till specifika åldersgrupper i den vuxna befolkningen.
- Tre regioner och landsting utredde och beredde frågan om ett införande.
- Åtta regioner och landsting bedömde att frågan är intressant att bevaka; i några fall var detta intresse mer aktivt.

Nedan ges en sammanfattande beskrivning av verksamheten i de åtta regioner/landsting som bedriver riktade hälsosamtal. Se vidare fördjupade beskrivningar i bilaga 2.

I Västra Götalandsregionen påbörjade Habo vårdcentral 1984 ett arbete med hälsoundersökningar och hälsosamtal under namnet *Hälsokurvan* med syfte att förebygga hjärtkärlsjukdom. Verksamheten spreds sedan till hela Skaraborgs landsting och sedan till nuvarande Region Jönköpings län.

I Västerbotten erbjuds sedan början av 1990-talet, invånare hela Västerbottens län att delta i hälsosamtal vid 40, 50 och 60 års ålder. I både Jönköpings län och Västerbotten fanns ett gemensamt initiativ och engagemang från primärvård och politiker, och stödet förstärktes tidigt med hjälp av forskningsinsatser.

I Gävleborg har hälsosamtal varit en politiskt prioriterad verksamhet sedan 2001. Första erbjudandet om hälsosamtal kommer när man fyller 40 år.

I region Norrbotten är hälsosamtal en prioriterad primärpreventiv strategi sedan 2011 och lyfts i regionens olika styrande dokument. Dialog om hälsosamtalen har kontinuerligt förts med ledningen för närsjukvården via landstingets beställarenhet och Folkhälsocentrum.

I Landstinget Sörmland initierades ett arbete med hälsosamtal från en vårdcentral 2012. Landstingets ledning ställde sig positiv till initiativet, och i mål och budget för 2013 kom ett utvidgat uppdrag om hälsosamtal till vissa åldersgrupper.

I Region Västernorrland erbjuds invånarna sedan 2012 att delta i ett hälsosamtal det år de fyller 40, 50 respektive 60 år. Uppdraget är ställt till primärvården och regleras via *Regelbok för Vårdval Västernorrland*.

I Östergötland introducerades hälsosamtal på vårdcentraler 2012 och bedrevs 2012–2015 under namnet *Hälsolyftet* i samarbete med en forskningsstudie av bestämningsfaktorer för jämlik hälsa. Hälsosamtalen erbjuds personer det år de fyller 40, 50 respektive 60 år. Hälsosamtal är ett frivilligt åtagande för vårdcentralen men allt fler väljer att delta.

I Region Västmanland togs det politiska beslutet att införa riktade hälsosamtal i primärvården i juni 2015 med brett politiskt stöd. Dialog mellan politisk nivå, tjänstemannanivå och primärvård har lagt en god grund med en gemensam ingång att stegvis börja med arbetet.

Arbetsätt och pedagogiska verktyg är i stort gemensamma

Arbetsättet i de regioner och landsting som erbjuder riktade hälsosamtal är i grunden detsamma och följer ett gemensamt koncept med vissa variationer och lokala anpassningar. Hälsosamtalen utgår från data från enkät, mätningar och provtagning. Huvuddimensioner är frågor om individens livssituation, utbildning, yrke, sysselsättning, födelseland och civilstånd samt frågor om levnadsvanor (särskilt tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet), sociala relationer, stress, sömn, självskattad hälsa, symtom/sjukdomar, läkemedel/droger samt ärftlighet för diabetes och hjärtkärlsjukdomar.

Mätningar och provtagningar har fokus på risken för hjärtkärlsjukdom, med vissa variationer utifrån regionala bedömningar och prioriteringar.

Gemensamt är längd, vikt, midjemått och blodtryck. Kolesterol- och blodsockerprover analyseras i de flesta regioner och landsting.

I samtliga regioner och landsting utgår hälsosamtalen från deltagarens tankar om sin riskprofil, och det är ett rådgivande samtal som bygger på metodiken för motiverande samtal. Alla som utför samtalen ska ha genomgått träning i denna samtalsform. Undersökning och samtalet pågår vanligen en timme, och det finns manualer som stöd för vårdcentralerna och deras samtalsledare.

Varje region/landsting har därtill en samordnare för verksamheten (koordinator) som ska följa kunskapsutveckling, hålla manualen aktuell, organisera utbildnings- och informationsinsatser för personal, återkoppla till vårdcentralerna, rapportera till ledning och politik samt samverka med kollegorna nationellt.

Erfarenheterna är goda men aktivt stöd behövs

Deltagandenivån i hälsosamtalen varierar mellan vårdcentraler och regioner/landsting från cirka 50 procent rapporterat deltagande av listade i Västernorrland [34] till 65–70 procent i Västerbotten [35]. Deltagandet är generellt sett högre där verksamheten bedrivits en längre tid. Kvinnor deltar i något högre utsträckning än män.

Skillnaderna i deltagande mellan sociala grupper är inte stor och fördelning vad gäller utbildningsnivå är densamma hos deltagarna som i befolkningen i motsvarande åldersgrupper [34-36]. Deltagare med sämre socioekonomisk situation har generellt sett fler förhöjda riskfaktorer och därför större behov av dessa insatser.

Lokala utvärderingar visar att erbjudande om och deltagande i hälsosamtal är uppskattat. En deltagare beskriver sin upplevelse såhär.

-Jag är väl inte omedveten om hur man bör leva, men att vara med i VHU har kanske medfört att jag tänker mer på det. Det är också roligt att det är så många kompisar som också deltagit, så man har ju fått prata om det och dela erfarenheter med vänner.

Deltagare, Västerbottens läns landsting

På liknande sätt beskriver de som genomför hälsosamtalen detta arbete som viktigt och stimulerande, som en ”guldkant i tillvaron”.

Det är givande att få arbeta med dessa hälsosamtal, och att ha möjlighet att praktisera MI (motiverande samtal) fullt ut tack vare att det är avsatt en timme. Deltagare som kommit har varit positiva att de fått möjlighet att komma trots att de känt sig friska – en grupp som ej söker om man inte känner sig sjuk.

Samtalsledare, Region Västmanland

Verksamhetschefers tankar och attityder kring hälsosamtal inventerades i en intervjustudie vid Region Östergötlands primärvård. Studien visar att attityden till hälsosamtal och preventivt arbete är på det hela taget positiv.

Arbetet beskrivs som viktigt – som något man vill erbjuda sin befolkning och som en del av uppdrag – och man ser det som klokt att eftersträva att förhindra att människor blir sjuka. Samtidigt beskrivs en översvämmad verksamhet med ett stort grunduppdrag som upplevs svårt att få ihop. En liknande situation beskrivs från både Västerbotten och Jönköpings län (se bilaga 2).

Missuppfattningar leder till viss oro

Det finns fortfarande ett visst motstånd mot arbetet med riktade hälsosamtal från professionerna inom vården, med missuppfattningen att tillräckligt vetenskapliga stöd inte finns eller är för svagt.

En annan utbredd syn är att det vore bättre att enbart screena fram högriskindivider och satsa på dem. Här är det viktigt med tydlig kommunikation om den preventiva paradoxen som beskriver vikten av denna ansats för att minska sjukdomsördan, eftersom de flesta fall kommer från de många med låg risk.

Det finns också en oro att det är enbart de ”friska” och de med bäst levnadsvanor som deltar och att dessa besök därför skulle vara meningslösa. Men analyser visar att 93 procent av deltagarna har minst en ogynnsam levnadsvana eller riskmarkör (högt blodtryck eller blodfetter).

Det finns ibland en oro i läkargruppen att detta arbete ökar deras arbetsörda. Denna oro kan förstås utifrån den pressade vardagen för läkargruppen men den finns framför allt på vårdcentraler där verksamheten ännu inte startat.

En utmaning som nämns är tidskrävande administration, och en återkommande underlättande faktor som framhålls av aktiva regioner/landsting är digitaliserat stöd. I Region Jönköpings län och Region Västmanland används nu digitaliserade webbstöd som frigör tid för kvalitet i samtal och vägledning.

Stöd från både profession och politiker behövs för framgång

Många framhåller att ett samordnat *kompetens- och utvecklingsstöd* är centralt för att säkra kvalitet. Även i detta avseende har Region Jönköpings län och Västerbotten arbetat strategiskt med medverkan från läkare, distriktssköterskor och forskare. Här finns också en positiv effekt där metodiken i riktade hälsosamtal finns med vid det dagliga mötet med patienter, vilket kan stärka implementeringen av nationella riktlinjer för råd om levnadsvanor.

Från flera aktiva regioner och landsting framhålls att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor stärker verksamheten med riktade hälsosamtal.

Ett tydligt och långsiktigt stöd från politisk nivå ses också som en framgångsfaktor för att etablera verksamheten och nå ett högt deltagande. På samma sätt är det avgörande med stöd från ledningen med tydliga uppdrag och tydliga prioriteringar av ekonomiska resurser för arbetet.

Likaså framhålls av flera i de aktiva landstingen och regionerna att ett *aktivt stöd och engagemang från läkarprofessionen* är centralt. För att få mer stabilitet i verksamheten efterfrågas därför en ökad medverkan och kunskap

både bland läkare och på ledningsnivå om hälsosamtalens effekter och möjligheter.

En viktig faktor i arbetet med hälsosamtal i t.ex. Habo och i Västerbotten är den samverkan vårdcentralerna hade med andra aktörer i lokalsamhället. Flera pekar också på det tidigare områdesansvaret för primärvården som en framgångsfaktor, vilket försvann på många håll i landet i samband med vårdvalsreformen.

Nyckelpersoner om hinder och framgångsfaktorer

Hinder och framgångsfaktorer i relation till införande och etablerande av riktade hälsosamtal belystes vid intervjuer med fem tjänstepersoner på nyckelpositioner inom icke aktiva regioner och landsting. Intervjuerna genomfördes första veckorna i december 2017 och ett utdrag av det som framkom redovisas tematiskt nedan.

Primärvården är pressad – men det finns möjliga lösningar
Frågan om situationen i primärvården har återkommit som tema och belysts ur olika synvinklar. Arbetsbelastningen kommenterades på följande sätt.

Ett hinder är ju att vi på vårdcentralen går på knäna. Jag är på en välfungerande vårdcentral, och även vi går på knäna. Och då är det klart att det är svårt att fatta beslut som inkräktar på astma-kolmottagning eller på äldremottagning. Det är ju samma människor som ska göra jobbet. Och gör man mer av nått så blir det mindre av nånting annat.

En annan kommentar beskriver i stället möjligheterna.

Visst är väl primärvården pressad, men det har vi ju motverkat genom att ösa in en massa stafettdoktorer. Jag tänker att pressen kan absolut minska om man gör arbetsuppgiftsförflyttningar, och det har våran vårdcentral jobbat med sedan tio år tillbaka, hur man kan arbeta smartare. Och det handlar mycket om arbetsuppgiftsförflyttning och rätt använd kompetens. Jag kan inte säga att våra sjuksköterskor är särskilt pressade. Det är som vilket jobb som helst. Man har fullt upp att göra medans man är på jobbet.

Flera kommenterar att arbetet sköts av distriktssköterskor och sjuksköterskor.

Arbetet med riktade hälsosamtal bedrivs ju till stor del av sjuksköterskor. Det som faller på läkarens bord är bedömning av provsvar och behandlingsåtgärder, det är ju sådant som vi läkare gör hela tiden.

Det finns ett stort engagemang bland många yngre läkare, men också ett engagemang bland mer erfarna läkare.

Jag har jobbat som läkare sedan -04 i vår region. För mig känns detta som någonting som skulle vara fantastiskt roligt. Det ligger i tiden nu att arbeta med levnadsvanor.

Jag skulle säga att vi allihop läkarkollegor är, alltså, vi är väldigt medvetna om hur levnadsvanorna påverkar sjukdom och behandling. Och vad man kan uppnå med förändrade levnadsvanor.

Kunskapsläge och evidens behöver spridas

Flera respondenter menar att kunskapsunderlag och aktuell forskning om evidens för denna verksamhet behöver spridas och kommuniceras tydligare.

Att man behöver upplysa folk som vandrar i samma okunniga mörker som jag har gjort att så här är det nu. Så det hindret är undanröjt genom att vi har snappat upp att forskningsläget ser ut så som det gör.

Mer pedagogiskt utformad information efterfrågas, som komplement till publicerade forskningsartiklar.

Man behöver få det lite tydligare. Det är ju rätt svåra frågor, kring forskningen. Det vore väl jättebra om nån kan sätta ihop en text, en lättförståelig text om evidensen.

Viss skepsis råder dock.

Det finns en allmän skepsis bland mina läkarkollegor i denna fråga, men inte mer skepsis än vad det finns i många andra frågor. Det är mycket som läkarkollegorna är skeptiska mot. Så igen, evidensen måste framkomma tydligt.

Effekterna för hållbarhet i hälsa och vård bör synliggöras
Flera respondenter återkommer till vikten att synliggöra betydelsen av arbetet.

Jag jobbar som allmänläkare. Jag tänker på alla gånger jag har hittat nydebuterade diabetiker i patientflödet, personer som under lång tid haft en övervikt, en klar ärftlighet och dåliga kostvanor. Sen sitter de med fullt utblommat diabetessjukdom. Diagnosen i sig kan såklart motivera till stora livsstilsförändringar. Samtidigt vet jag att hade de kunnat göra det här tre år tidigare när värdena bara börjat vara lite för höga så hade de kunnat undvika sjukdomen.

Man menar också att hälsoekonomiska effekter behöver kommuniceras.

Ja alltså bara den här ekonomiska uträkningen, att det lönar sig ganska snabbt. Sjuttiosju liv sparade, i Habo. Visst kostar det här nånting, men om man då tittar på vårdkonsumtion och vårdkostnad och möjliga sjukdomsfall i de här stora volymerna som man hittar och vi annars inte gör nånting åt, stroke, diabetes, hjärtinfarkt, annat, så vore man ju korkad om man inte gjorde det här.

Verktyg inom e-hälsa och digitalt stöd behöver utvecklas
Möjligheterna att minska den administrativa belastningen genom digitalisering med e-hälsa och digitala stöd ses som framgångsfaktorer i de flesta samtalen.

Digitalisering, definitivt. Bygga upp systemen så det kan ske så smidigt som det går. Så det inte behöver kosta på så mycket administrativ tid.

Implementeringen bör underlättas men börja i liten skala
Frågan om förankring och kommunikation återkommer i samtalen.

Sen är det ju så att bara ett beslut gör inte folk glada heller. Vårdpersonal är ju, hur ska man säga, exceptionellt ifrågasättande. Vi har fått så många beslut, och nya uppgifter vi ska göra. Så det får inte bara blir ännu en uppgift som man inte förstår vitsen med.

Det finns också olika tankar hur ett införande kan underlättas.

Jag tänker att det är bra början med en åldersgrupp. Kanske inte dom yngre för dom lever i den här odödliga uppfattningen att dom aldrig kommer att gå hädan. 50-åringarna är kanske lite för gamla. Det skulle kunna vara något mitt emellan.

En respondent sammanfattar sina tankar i fyra punkter på följande sätt.

Sprida evidensen.

Fler hälsoekonomiska beräkningar och förmedla resultat.

Information, verktygslåda kring genomförande.

Digitalisering.

Utvecklingen framöver

Nedan sammanfattas några av de intervjuade verksamhetsföreträdarnas erfarenheter och reflektioner för det framtida arbetet med hälsosamtal.

”Vi har inte råd att låta bli”

Ett återkommande påpekande bland de intervjuade i verksamheterna är vikten av att förmedla kunskap om att det finns evidens för effekt och att hälsosamtal är kostnadseffektivt. Föråldrad kunskap lever kvar och det finns en stark övertygelse hos många att ”Cochrane” har avfärdat denna typ av verksamhet. Därför är det angeläget att sprida kunskap om de tydliga effekterna av detta arbete, framför allt baserat på data från Västerbotten. Det blir dyrbart att inte agera.

Det behövs långsiktigt och brett politiskt stöd

Med utgångspunkt i erfarenheterna från Västerbotten är det uppenbart att ett långsiktigt och uthålligt politiskt stöd är avgörande för framgång vad gäller riktade hälsosamtal. De motioner som har lyfts på senare år visar att initiativen kommer från och stöds av olika politiska partier i olika regioner

och landsting. Frågan är alltså inte partipolitiskt skiljande utan tycks mer grundas i om sakfrågan och evidensen har varit föremål för diskussion.

Lokalsamhällets engagemang är viktigt

Många framhåller att betydelsen av ett brett engagemang från lokalsamhället är centralt. Det är därför angeläget att utveckla en nära samverkan med kommuner och övriga aktörer inom regionen/landstinget.

Denna ansats är särskilt viktig för att möta behovet i områden som har särskilda utmaningar vad gäller ojämlikhet i hälsa. Tillämpningen av principen om proportionell universalism innebär i detta sammanhang att man erbjuder hälsosamtal till alla vuxna i vissa åldersgrupper och samtidigt anpassar insatserna så att dels inbjudan når alla, dels deltagande är möjligt och relevant för alla deltagare. Det kan t.ex. innebära att man i vissa områden aktivt söker upp grupper som annars avstår från att komma till vården.

Primärvårdens uppdrag måste förtydligas

I en bemärkelse är uppdraget att arbeta förebyggande självklart, eftersom detta funnits med i hälso- och sjukvårdslagen sedan 1983. Men i intervjuerna poängteras att detta i praktiken inte är självklart. I rapporter från både aktiva och icke aktiva landsting och regioner beskrivs en pressad vardag där de akuta behoven alltid måste gå före det som kan vänta. Man beskriver samtidigt nödvändigheten av detta arbete och efterfrågar tydliga strukturer som stödjer denna ansats.

Flera poängterar att uppdraget behöver formuleras och kommuniceras utifrån relevans för befolkningens hälsa och läggas fast i regelboken för primärvård som en del av det vårdval/hälsoval som gäller respektive region/landsting. Många lyfter också fram att resurser för detta, som en oberoende resurs som inte konkurrerar med vårdens medel. Därtill behöver ett kompetensstöd kopplas till arbetet. Detta behöver finnas både på nationell nivå och på regional nivå.

E-tjänster och digitaliserade processer förenklar

Två regioner/landsting har 2017 utvecklat it-stöd där inbjudningarna postas via en extern leverantör efter att vårdpersonal aktualiserat vilka personer som är aktuella att bjuda in. Deltagaren välkomnas där att besvara hälsoenkäten via www.1177.se – antingen hemifrån via sin telefon eller surfplatta, eller på skärm i vårdcentralens väntrum. Till detta erbjuds deltagare direkt stöd av samtalsledare eller motsvarande om man så önskar. Det kan handla om språksvårigheter, ovana vid dator eller andra skäl. Parallellt har administrativa webbstöd byggts upp som bl.a. är integrerade med patientens journal.

Utveckling av digitala processer pågår inom flera regioner och landsting, och redan de tidiga erfarenheterna visar att it-stödet uppskattas och upplevs som smidigt och effektivt av vårdpersonal som därmed kan fokusera på själva hälsosamtalet och det motiverande stödet till deltagaren. Preliminära data tyder också på att inbjudna deltagare upplever e-tjänsten med webbenkät som smidig och att tillvägagångssättet inte orsakar socioekonomisk snedrekrytering.

Sammanfattande reflektioner

Utvecklingsarbetet av ett koncept för riktade hälsosamtal och hälsounder-sökningar exemplifierar hur hälso- och sjukvården kan ha en roll i det befolkningsriktade arbetet för vuxna. Konceptet som beskrivits här innebär att alla i målgruppen bjuds in till ett personcentrerat hälsosamtal med fokus på levnadsvanor anpassat efter varje individs behov. Om tillräckligt många omfattas ökar chansen att man uppnår en kritisk massa som är tillräckligt stor för att bidra till en hälsofrämjande riktning i lokalsamhället, vilket också kan leda till positiva följd effekter.

Hälsosamtalen syftar bl.a. till främja goda levnadsvanor och att öka efterfrågan på hälsosamma val. Genom att vända sig till alla i målgruppen blir också efterfrågan större, vilket i sin tur sätter press på andra aktörer i lokalsamhället att möta upp med ett bättre utbud av hälsosamma valmöjligheter.

Det finns i dag ett ökande intresse inom landsting och regioner att erbjuda riktade hälsosamtal till vuxna. Det verkar också finnas en ökad insikt på flera nivåer om betydelsen av att prioritera preventivt arbete för att skapa en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Det finns också omfattande erfarenhet av primärprevention i form av hälsosamtal från några landsting och regioner. Erfarenheterna betonar vikten av tydliga uppdrag och adekvata resurser för uppdraget samt behovet av metod- och kompetensstöd, både regional och nationellt, för att hälsosamtal ska bli en integrerad del av vårdcentralernas/hälsocentralernas arbete.

För att arbetet med primärpreventivt arbete ska få bredare genomslag behöver kunskap om evidens för och kostnadseffektivitet av dessa insatser spridas och kommuniceras tydligare. Denna kunskap behöver spridas tydligare både inom den medicinska professionerna och på ledningsnivå.

Det finns generellt stor potential att utvidga arbete med primärpreventiva insatser riktade också mot andra stora folkhälsosjukdomar, t.ex. rörelseorganens sjukdomar och cancer. För en sådan utveckling kan de erfarenheter som finns inom modellen med riktade hälsosamtal tas till vara. När det gäller cancer skulle ett utvecklingsarbete kunna gynnas av närmare samarbete med regionala cancercentrum (RCC) – en aktör som också arbetar med att utveckla det primärpreventiva arbetet.

De kontaktpersoner Socialstyrelsen låtit intervjua framhåller vikten av långsiktigt politiskt och brett stöd samt tydlig ledning och styrning i arbetet med att få genomslag för en mer hälsofrämjande sjukvård. Svårigheterna att leda och styra hälso- och sjukvården finns sedan länge beskrivna i litteraturen, och nyare modeller för organisering som betonar decentralisering, tillit och systemsyn diskuteras och prövas. Utredningen *Effektiv vård* [37] lyfter fram att de verksamheter som arbetat framgångsrikt med förändringar och effektivare arbetssätt ofta har ett ledarskap som karaktäriseras av att vara en stark kulturbärare för den arbetskultur som råder. Det är därför angeläget att ledarskapet inom hälso- och sjukvården utvecklar en kultur som framhåller och betonar det hälsofrämjande och sjukvårdsförebyggande perspektivet i betydligt högre grad än i dag.

Med utgångspunkt i hållbar utveckling

Sammanfattat

- Konsekvenserna av arbetet med hållbar utveckling för hälso- och sjukvårdssystemen diskuteras allt mer intensivt runt om i världen.
- Ett antal internationella aktörer fokuserar särskilt på dels det hälsofrämjande perspektivet, dels på hälso- och sjukvårdens påverkan på miljön.
- Intervjuer med 23 ledande politiker och tjänstemän i landsting och regioner pekar på stora variationer i hur man ser på innebörden av begreppet hållbar utveckling.
- Intervjuerna visar att det finns ett stort intresse av att diskutera och skapa samsyn kring hållbar utveckling och vad detta innebär för hälso- och sjukvården i Sverige.
- I kommentarer tar respondenterna upp kända utmaningar, t.ex. demografiska förändringar och kompetensförsörjning, samt hur en mer jämlik hälsa och vård kan eftersträvas.
- Många lyfter fortsatta svårigheter med att överbrygga revirtänkande inom vården samt mellan olika huvudmän.
- Majoriteten av respondenterna pekar på vikten av att framöver prioritera det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, men man ser samtidigt stora utmaningar med detta.
- Hållbar utveckling är en huvudinriktning i de globala utvecklingsmålen enligt FN:s *Agenda 2030*.

Inledning

För att säkerställa en helhetssyn på människa och samhälle behöver miljömål, sociala mål, ekonomiska mål och andra hållbarhetsmål vara integrerade. Begreppet hållbar utveckling fick sitt genomslag med den s.k. Brundtlandrapporten som överlämnades till FN 1987[38]. Där definierades hållbar utveckling som en utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov.

Hållbar utveckling kan i grunden därmed sägas handla om människors förmåga att möta varandras behov i dag och i framtiden [39]. Detsamma gäller för ett hälsofrämjande perspektiv. Mot denna bakgrund är det intressant och viktigt att också diskutera hur mänskliga behov uppträder och hur de kan mötas med hållbarhet som utgångspunkt. Ett sådant synsätt har föreslagits kunna utgöra grunden för ett humanistiskt perspektiv på hållbar utveckling som då kan blir relevant på alla nivåer i samhället – inte minst inom hälso- och sjukvården.

Idag finns en mångfald av alternativa definitioner där varje definition syftar till att förtydliga vissa delar av begreppet. Att det finns många försöka att ytterligare definiera och precisera innebörden av begreppet hållbar utveckling är en konsekvens av att begreppet innehåller många aspekter som också förhåller sig till varandra i ett komplext samspel. De många och skiftande ambitionerna att både definiera och precisera begreppet vidare är också ofta kopplat till olika ambitioner att mäta aspekter av hållbar utveckling.

Hälso- och sjukvård, hälsa och miljö

Hälso- och sjukvårdssystemens insatser syftar ytterst till att på olika sätt bidra till hälsa. I stor utsträckning är hälso- och sjukvårdens fokus i dag att behandla tillstånd som redan uppkommit.

Hälso- och sjukvårdssystemens kostnader i västvärlden står för mellan ca 8 och 17 procent av bnp. I Västeuropa är genomsnittet ca 10 procent av bnp. Det innebär att sjukvården har en betydande miljöpåverkan genom sin omfattande verksamhet. Insatserna inom hälso- och sjukvården innebär dessutom användning av mängder av produkter och engångsmaterial, många transporter, ökande användning av läkemedel osv. [40, 41].

Konsekvenserna av arbetet med hållbar utveckling för hälso- och sjukvårdssystemen diskuteras allt mer intensivt runt om i världen. Bland annat har flera internationella aktörer fokuserat på sjukvårdens miljöpåverkan, kombinerat med fokus på social och ekonomisk hållbarhet. Några exempel:

- *WHO – Health Promoting Hospitals* har ett stort antal medlemssjukhus i Sverige och runt om i världen. Organisationen fokuserar primärt på hälsofrämjande sjukvård. I Sverige är i dag sjukhus från samtliga landsting och regioner representerade i nätverket.
- *Center for Sustainable Healthcare Oxford* arbetar för en mer hållbar hälso- och sjukvård med särskilt fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser.
- *Global Green and Healthy Hospital Network* är en global organisation som samverkar med WHO m.fl. och har ett program för att minska sjukvårdens miljöpåverkan inom bl.a. avfall, vatten, energi, transporter, mat, läkemedel, byggnader och inköp.
- *Healthcare Without Harm* arbetar för att påverka beslutsfattare vad gäller miljöfaktorer relaterade till sjukvården. Organisationen har sitt ursprung i USA men har flera systerorganisationer i Europa (Bryssel), Sydamerika (Buenos Aires) och Asien (Manilla).
- *C2DS* är en fransk organisation kopplad till ca 450 sjukhus i Frankrike och Tyskland. Organisationen fokuserar på att styra sjukhusen mot en hållbarare verksamhet och tar fram goda exempel, genomför utbildningar m.m.

Agenda 2030

Hållbarhet utveckling är en huvudinriktning i de globala utvecklingsmålen enligt FN:s *Agenda 2030* [11]. Agendan syftar till att

- bekämpa fattigdom och hunger
- förverkliga mänskliga rättigheter för alla
- uppnå jämställdhet och egenmakt för kvinnor och flickor
- säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser.

Agendans tredje mål – att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar – har den mest avgörande kopplingen till hälso- och sjukvård, äldreomsorg och socialtjänst, men även mål 5 och mål 10 (ökad jämställdhet respektive minskad ojämlikhet) har tydlig koppling till välfärden.

I Agenda 2030:s 17 utvecklingsmål [11] eftersträvas en global hållbar utveckling genom balanserad resursanvändning och olika processer i sociala, ekonomiska och ekologiska hänseenden. Det innebär att hållbara hälso- och sjukvårdssystem kan kopplas till flera av de övergripande målen, utöver målet om hälsa och välbefinnande (mål 3), t.ex. en jämlik och jämställd tillgång till vård (mål 1, 5 och 10), att läkemedel inte påverkar vattensystem negativt (mål 6) och att städerna har en god miljö som främjar god hälsa (mål 11).

För att hälso- och sjukvården ska utvecklas på ett långsiktigt hållbart sätt i linje med Agenda 2030 behöver innovativa arbetssätt och strategier utvecklas. Innovation är en del av det nionde globala målet och inordnas på så sätt även i begreppet hållbar utveckling. Innovation ses som ett nyskapande av slutresultat, men det är svårt att enas om en enhetlig definition och därför preciseras innovation på olika sätt i olika sammanhang [42]:

- *processinnovationer*: implementering av en ny design-, analys- eller utvecklingsmetod som förändrar hur nya produkter skapas
- *produktinnovationer*: skapandet eller introducerandet av nya produkter som skiljer sig från befintliga produkter
- *organisationsinnovationer*: implementering av nya inomorganisatoriska arbetssätt.

Innovationsrådet lägger också till två dimensioner av innovation i offentliga sammanhang:

- *systeminnovationer*: syftar att förändra den offentliga sektorns roll, identitet eller relation till omgivningen
- *strategisk policy-innovation*: omformulerandet av problem och omdefinierandet av mål och medel som förändrar utgångspunkter för politiken.

Reflektioner från landsting och regioner

I nedanstående avsnitt redovisas hur ett antal nyckelpersoner inom landsting och regioner ser på hållbar utveckling och implikationer för hälso- och sjukvårdens arbete.

Studiens upplägg

- Totalt 4 landsting och regioner valdes ut för studien. Sammanlagt genomfördes 23 intervjuer med folkvalda beslutsfattare och beslutsfattare i förvaltningen.
- De fyra landsting/regionerna som ingick i studien var Region Norrbotten, Region Uppsala, Region Östergötland och Landstinget i Kalmar län.
- Kompletterande intervjuer genomfördes med företrädare för Region Skåne och Västerbottens läns landsting.
- Majoriteten av intervjuerna utfördes som personliga intervjuer och ett mindre antal som telefonintervjuer.

Sammanställningen nedan ger en övergripande bild av de teman som framkom i intervjuerna med illustrerande citat. Det övergripande syftet är att fånga aspekter av hållbar utveckling, kopplingar till de globala utvecklingsmålen i Agenda 2030 och prioriteringar av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Få ger spontana kommentar om begreppet hållbarhet

Få respondenter använder spontant begreppet *hållbar hälso- och sjukvård* eller liknande. Snarare talar man om en *nära* eller *effektiv* vård, vilket skulle kunna sägas vara en del av begreppet hållbar vård. Ingen av de intervjuade tar upp en miljömässig dimension av hållbarhet. De flesta associerar och resonerar i stället till kända utmaningar och långsiktiga lösningar för att hälso- och sjukvården ska kunna hålla en god kvalitet på sikt.

En mer jämlik vård och hälsa betonas

De flesta ser befolkningens hälsa som framför allt en samhällsgemensam angelägenhet. Fler påtalar vikten av primärprevention mot bakgrund av en demografisk utveckling med fler äldre och färre yngre och där kroniska sjukdomar ökar, där man menar att detta ställer högre krav på en mer jämlik vård och på att hålla människor så friska som möjligt.

Det är ju väldigt svårt att jobba bara som landsting med folkhälsa, för då blir det ju fortfarande innanför landstingets väggar och det hjälper ju inte dem som står utanför och fortfarande inte har blivit patienter.

(Intervjuperson i Kalmar län)

Att man som organisation, kommuner, idrottsrörelse, hela samhället kan hjälpas åt att hitta den här förbättringspotentialen, dvs. kroniska sjukdomar kan i hög grad förebyggas.

(Intervjuperson i Norrbotten)

Vi har ju välfärdssjukdomar, som vi faktiskt kan undvika.

(Intervjuperson i Kalmar län)

Och så får du en peng för det, vård som vi aldrig behövde utföra, för då tror jag det hälsofrämjande arbetet kommer börja funka på riktigt.

(Intervjuperson i Kalmar)

Digitalisering framhålls som viktig nyckel

Förhoppningen att digitalisering ska lösa flera av de kända utmaningarna när det gäller att uppnå en mer hållbar sjukvård tas upp av flera respondenter, men de ser även svårigheter i att anpassa digitala möten till traditionella möten i vården.

... så saknar vi en strukturerad, liksom, framtidsanalys. Vi är ganska duktiga styckevis, om jag nu säger så, och vi har jättemånga som är duktiga ute på våra sjukhus och så, som kan sina specialområden. Men vi väver inte samman det här till en helhetsberättelse.

Intervjuperson i Östergötland

Flera respondenter tar upp digitala lösningar med en förhoppning om att dessa kan lösa problem med exempelvis långa geografiska avstånd, men man påpekat också att det också kräver nya arbetssätt, vilket i sin tur kräver en förändring i tanke och handling.

AI – hur kommer det in som en naturlig del, hur skapar vi system som är mera designade utifrån det? Och eftersom väldigt mycket av vår tradition bygger på mötet mellan personer och hur kan vi skapa trygghet i det där, en annan typ av mötesform helt enkelt.

Intervjuperson i Östergötland

Det handlar inte om tekniken egentligen, utan det handlar om, dels hos oss, själv, att ändrade arbetssätt måste till i vår personal. Och sen måste omvärlden förstå att jag inte alltid får prata med en levande människa, när jag behöver prata, utan det ska gå med teknik.

Intervjuperson i Norrbotten

Ledarskap och kunskap är viktiga delar

I intervjuerna belyser man vikten av ett långsiktigt strategiskt arbete för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, där styrmedel som övergripande policyinstrument anses vara särskilt viktigt. Dessa styrmedel verkar dock inte enskilt utan ses snarare som ett system av olika former av policyer som sammantaget bildar en hållbar hälso- och sjukvård.

Och sen så försöker vi ju då styra lite mera i detalj då i strategiska planen, där vi då pekar, där vi då har fem områden där vi då sätter upp mål och där vi också då pratar om vilka som är.

Intervjuperson i Norrbotten

Som en del av detta arbete betonar man långsiktighet samt att man formulerar olika strategier. Det anses viktigt att skapa olika målbilder som verksamheten gemensamt verkar för, i syfte att skapa en kapacitet som kan bära vården i dag och i framtiden.

För de politiska besluten, även om vi tar treåriga strategiska planer, treåriga budgetar som är rullande, så är det ju så att effekten av politiska besluten, den kommer liksom inte i dag och inte ens i morgon och kanske inte ens om tre år fullt ut.

Intervjuperson i Norrbotten

Några tjänstemän tog upp vikten av att ha ledare som klarar av och vågar göra förändringar.

Alltså det måste ju vara ledare som klarar att styra i komplexitet och i en komplex värld där nya saker händer hela tiden och i förändring. Och som jag sa förut att det inte finns svar på alla frågor, att man som ledare klarar det.

Intervjuperson i Uppsala

Att vi får ett ledarskap som visar vägen för hur vi ska lösa det. Och det ledarskapet ska jobba med framför allt kompetensutveckling och arbets sätt och kompetensförsörjning eller bakar ihop det, kompetenser så det är så att vi måste hitta nya sätt att attrahera, rekrytera.

Intervjuperson i Norrbotten

En annan fråga som kommer upp i flera av intervjuerna, särskilt med politikerna, är om de tillgängliga resurserna räcker till. Övergripande finns en näst intill självklar uppgivenhet att resurserna för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem aldrig är tillräckliga.

Det handlar ju om kompetensförsörjning, vilket på sätt och vis är lite absurt, eftersom vi inte har haft så mycket anställda som vi har nu, men dom är inte riktigt på rätt ställe och att faktiskt få människor att stanna kvar i organisationer.

Intervjuperson i Östergötland

Flera tjänstemän pekar på vikten av långsiktighet och på att undvika ad hoc-lösningar, vilket man menar ofta har präglat hälso- och sjukvårdens styrning.

Det är minst tioårsperspektiv på, på förändringarna. Det är liksom förutsättningarna då, där det finns ju hur mycket som helst att göra, eller att göra styrningsförändringar, och för mycket detaljstyrning och så

vidare... För mycket ad hoc-styrning, för mycket kortsiktig politisk vinststyrning, kan man väl säga.

Intervjuperson i Uppsala

Professionen behöver en förstärkt roll i utvecklingen
Flera tjänstemän menar att det är viktigt att involvera den medicinska professionen och att ta tillvara den vid förändringar.

Ja, alltså den erfarenheten, att ha växt upp i systemet och veta liksom, alltså det är ju så otroligt starka professionella organisationer, va. Den professionella styrningen är extremt stark.

Intervjuperson i Uppsala

Egentligen har vi ju ingen personalbrist inom sjukvården, vi vet bara inte vart den tog vägen, så.

Politiker i Kalmar län

Professionen är helt avgörande, för att det är vi i professionen som sitter inne med kunskapen som kan leda till innovation och förbättring och så vidare. Det är vi som kan översätta politiska intentioner till en praktisk handling, det är det ingen annan som kan göra.

Intervjuperson i Östergötland

Flera respondenter tar upp brist på läkare, framför allt i glesbygd, men även bristen på specialistsjuksköterskor. Norrbotten lyfter problemet med att få unga att börja jobba i vården och att det är svårt att få dem att stanna kvar.

Jag tror att Norrbotten är väl den del av landet som har kanske den största demografiska utmaningarna, om man nu använder den vokabulären. Unga finns inte här och dom som behöver våra tjänster finns här och dom blir bara fler. Vi har en åldersstruktur som... ja, den är ju väldigt explosiv.

Intervjuperson i Norrbotten

Politiken har begränsningar

Medvetenheten om att hälso- och sjukvården står inför utmaningar som innebär stora strukturella och organisatoriska förändringar delas av alla respondenter. Det handlar bl.a. om att möta den intensiva utveckling som sker inom medicin-, teknik- och it-områdena. Denna snabba utveckling står i kontrast mot den legitimitetskrävande politiska processen, där beslut måste förhandlas och förankras i syfte att nå en konkret, demokratisk bäring, menar man. Denna snabba utveckling kräver därtill att de förtroendevalda är väl insatta i områdenas beskaffenhet, vilket ses som problematiskt eftersom fåtalet är heltidsarvoderade politiker. Det medför i sin tur att politiken inte är beslutsför på daglig basis.

Flera av de intervjuade politikerna uppfattar att information och kunskap om läget när det gäller hälsa och sjukvård härstammar från en mängd olika

källor, vilket gör det svårt att få en sammanhållen överblick. Flera politiker uppger att den offentliga debatten om situationen på akutmottagningarna, med en kraftig ökning av antalet besök, många gånger tränger undan andra viktiga diskussioner om exempelvis hur man ska bygga långsiktiga lösningar för patienter med en eller flera kroniska sjukdomar.

... men där ser man ju ett oerhört stort förändrat sökmönster. Att akuten har ökat sina besök med ganska många tusen personer. Och barnakuten i har ökat med nästan 50 procent, alltså det var hur mycket som helst. Och när man frågar personalen på akuten själva säger dom ju att man kommer till akuten för att man inte har en fungerande primärvård, för att man inte kommer fram till sin primärvård.

Intervjuperson i Östergötland

Politiker uttrycker också att det finns ett begränsat handlingsutrymme att driva förändringar inom organisationen.

Ett annat återkommande tema är att det är angeläget att söka samsyn hos professionerna i de olika verksamheterna och i tjänstemannaorganisationen för att möjliggöra de förändringsprocesser som avses genom välförankrade beslut.

Alltså, utmaningen är ju att man alltid är i informationsunderläge.

Intervjuperson i Uppsala

Den framtida sjukvården behöver byggas på ett sätt som innebär ett sammanhållet och holistiskt synsätt på hur patienter behandlas, menar vissa respondenter. Några lyfter fram att en väg kan vara bättre och effektivare matchning av patienter mot rätt vårdgivare, bl.a. med hjälp av elektroniska monitoreringsprocesser.

I dag har vi, i min värld, så har vi en sjukvård som är väldigt fyrkantig. Vi har ett sjukhus, vi har primärvård, vi har hemsjukvård, vi har egenvård. Jag skulle vilja se flera nyanser dem emellan.

Intervjuperson i Kalmar län

De strukturella förutsättningarna bör förbättras

Även utökade samverkansformer med kommunerna ses som angeläget för att bearbeta och lösa många av de utmaningar regionerna och landstingen står inför. Samarbetsramar för en folkhälsopolitik, där både regional nivå och kommuner ingår, ses som viktigt. Även om samarbetet i dag ses som välfungerande antyder flera respondenter att en ökad samverkan är eftersträfvärd, främst eftersom mycket av det sjukdomsförebyggande arbetet och folkhälsoarbetet i dag vilar på kommunerna.

Vi har ju en ohälsa i länet som är i högsta grad ojämlik och vi har ju över Kalix kommun så är den förväntade medellivslängden på pojkar idag, den är 9 år sämre än på pojkar som växer upp i Danderyd.

Intervjuperson i Norrbotten

En ökad samverkanskompetens mellan olika administrativa nivåer ses som angelägen liksom bättre samverkansformer mellan de olika vårdnivåerna i regional och kommunal regi. Ofta sker samarbetet fläckvis, utan några stora strukturella förändringar, och samverkan är ofta fragmentarisk. Oftast är överenskommelserna mellan region och kommuner specifika och kontextberoende, vilket medför att samma problem oftast får fler lösningar.

”Okej, nu samverkar vi kring den här gruppen med det här avtalet.” Och sen i en annan kommun, då har man ett annat avtal för samma målgrupp, och så måste man hela tiden liksom ut..., alltså fatta nya beslut kring det och det blir liksom en ... ja, då diskuterar man ju liksom det nuvarande samarbetet och egentligen inte hur man ska utveckla verksamheten.

Politiker i Uppsala

Flera tjänstemän menar att landsting och regioner är för små organisationer och att det är svårt att göra stora strukturella förändringar. Det krävs att alla landsting och regioner agerar gemensamt; annars finns en risk för att de väntar ut varandra. Ett annat sätt är, enligt flera respondenter, att införa större regioner, vilket flera tjänstemän ser som en lösning för att kunna göra stora strukturella förändringar.

Och varje enskilt landsting kan inte fixa det, men dom har inte heller förmågan riktigt att gå ihop och fixa det. Och det blir ett konstigt Svarte Petter-spel om pengar, vem som ska betala.

Intervjuperson i Uppsala

Ja, man skulle behöva en stor samhällsreform. Och jag menar, ju längre det har gått, desto mer tveksamma om man ska vara landsting över huvud taget. ... Det är inte bara 6 i stället för 21, utan då måste man samtidigt göra upp med statens roll och samtidigt ställa krav på dom här 6 på ett helt annat sätt, att dom ska vara tvungna att göra vissa saker gemensamt. Men det är klart att ska du göra någonting gemensamt, så är det väl något enklare med 6 än 21.

Intervjuperson i Uppsala

Ja, 21 landsting är ju ett hinder på så sätt att det är svårt att kraftsamla det tror jag, att det hade varit enklare om vi hade varit regioner, lite större.

Intervjuperson i Östergötland

Det finns också tjänstemän och politiker som menar att lagstiftningen är helt och hållet organisationsfokuserad och därmed ett hinder för en sjukvård som vill jobba personcentrerat.

Kommunerna och vi har olika lagstiftningar, vilket gör att vi inte heller får dela helt fritt när det gäller dokumentation, när det gäller läkemedelslistor och när det gäller allting sånt där. Så lagstiftningen är en utav våra

största hinder för att kunna bygga långsiktighet. Det ser jag som ett jätteproblem.

Intervjuperson i Östergötland

Alltså, informationsöverföring hämmas av att det inte finns enhetlig standard, enhetligt system.

Intervjuperson i Norrbotten

Samverkan behövs över administrativa gränser

Flera respondenter tar upp behovet av en mer jämlik vård och av att hålla människor så friska som möjligt. Man tar upp utmaningar i form av att ställa om inriktning och intensifiera satsningar på hälsoområdet utifrån hälsans bestämningsfaktorer. Denna omställning, betonar man, kan inte bara ske inom den egna organisationen utan måste göras i samarbete med andra.

... utan här gäller det att jobba med kommunerna och jobba med alla aktörer i samhället, frivilligorganisationer och inte minst människan själv. Man måste ju på något sätt ändå, få det här intressant, att man skapar medvetenhet om det egna ansvaret för folkhälsan.

Intervjuperson i Norrbotten

Man menar även att arbetet med kring personer med kroniska sjukdomar inom hälso- och sjukvården kräver ett aktivt ledarskap inom sjukvården så att man vågar göra förändringar, vilket också kräver ett stöd från den högsta ledningen.

Vi håller på med det i våra lokala programråd, för behandling av kroniska sjukdomar, där ju också representanter från förvaltningar, primärvård och kommunerna och patientrepresentanter ingår. [...] Och det jobbar programråden med kontinuerligt, en del har kommit längre och en del har inte kommit lika långt. Men vi har ju en, vi har ju åtta programråd idag, eller sju kan man säga, som jobbar med ... så att vi har ju programråd kring dom här kroniska sjukdomarna, vi har hjärtsvikt, vi har astma/KOL, vi har diabetes, vi har stroke ...

Omvärldsanalys och samverkan behöver utvecklas

För att bygga ett mer hållbart hälso- och sjukvårdssystem krävs att de som fattar beslut om policyer och design av systemet har kännedom om den befolkning som berörs, om hälso- och sjukvårdssystemets delar och om den utveckling och innovation som pågår.

Många av respondenterna menar att de har en ganska begränsad kännedom om befolkningens hälsa och förväntningar på hälso- och sjukvården, trots att styrningen mot hållbarhet förväntas dels utgå från befolkningens behov och förutsättningar, dels syfta till att möta dessa olikheter på ett bra sätt. En av politikerna i Östergötland, resonerade enligt följande om hälsa.

Utmaningen ligger egentligen i det som ligger då utanför vår egen organisation och det vi själva kontrollerar och det vet vi ju, att hälsa egentligen ... i grunden spelar det inte så mycket roll vad sjukvården gör,

för vi kommer ju alltid i efterhand, utan det handlar ju om: Har du fått en bra utbildning? Har du klarat dig genom skolan, grundskola, gymnasieskola? Har du ett jobb? Det är ju liksom dom två viktigaste faktorerna: ett socialt liv och hur fungerar samhällsstrukturen, och alla dom bitarna.

Intervjuperson i Östergötland

De kända utmaningarna karaktäriseras av att de kräver omprövning i form av nya tankesätt och nya angreppssätt, men många upplever att det är svårt att veta vad som är rätt eller fel och man dels att det är svårt att bedöma om rätt åtgärder vidtagits, dels att eventuella bieffekter är svåra att förutse.

Det görs många antaganden om vad som borde göras men det bygger mest på förhoppningar; man vet egentligen ganska lite om hur man ska gå tillväga och det saknas i dag i stort sett goda exempel på praktiska handlingar. Men inspiration från andra branscher tas upp av del tjänstemän som ett sätt att hitta nya lösningar.

Ja, jag tror att det handlar mycket om både hitta inspiration från andra branscher, men också verkligen arbeta tillsammans för att se, liksom, hur vi ska skapa det där framöver.

Intervjuperson i Östergötland

Patienternas och personalens behov har betydelse

Patienters behov var något som en del respondenter menar är svårfångat.

Det finns flera tolkningar av behov: befolkningens upplevda hälsa, medborgarnas efterfrågan, förväntningar eller konsumtion?

Tjänsteman i Norrbotten

Sen är det frågan vad behov är. Behov är ju så brett, alltså är det patientens önskemål om någonting? Eller är det produktionen som vet bäst? Eller är det patientföreningarna?

Intervjuperson i Östergötland

Behov av personal är ett problem som flera respondenter tar upp som ett hinder för att kunna erbjuda vårdtjänster i både i dag och i framtiden. Personalbristen leder bl.a. till att man är försiktig med för stora förändringar, av rädsla för att personal ska försvinna.

Det svårt att genomföra stora strukturella förändringar för att möta utmaningar eftersom det finns en rädsla för att gå för snabbt fram, eftersom det finns en risk att man förlorar personal.

Intervjuperson i Kalmar län

Ja, jag ska nog vilja säga att det är väl något som genomsyrar vår vardag varje dag eftersom vi ja, alltså dagligen så har alltså ganska avancerade utmaningar och problem i form av att vi saknar personella resurser.

Intervjuperson i Norrbotten

Och vi ser ju ... bra arbetsförhållanden är ju en viktig del i att ha en hållbar hälso- och sjukvård.

Intervjuperson i Norrbotten

Nära och samordnad vård är fundamentalt

En bärande tanke hos flera tjänstemän och politiker är det är viktigt att komma närmare patienten/medborgaren. En annan aspekt som många lyfter fram handlar om en mer sammanhållen vård.

Så att jag tror att prata om nära vård, personcentrerad vård, behovsstyrning, att det är tre viktiga fundament i att skapa en hållbar vård.

Intervjuperson i Östergötland

Det är tydligt hur begreppet "nära vård" får fäste i dessa organisationer, både hos politiker och tjänstemän. För politiker verkar begreppet ha en stark trygghetsskapande funktion och bidra till att förankra och visa på kvalitet i vården.

Intervjuperson i Kalmar län

Men alltså en långsiktig hållbart hälso- och sjukvård. Det är vi står inför nu det är ju ett stort gigantiskt paradigmskifte och det är ju inte bara i regionen här utan det är ju nationellt där man tänker sig då just att slutet vård ska, eller ja patienterna ska inte behöva vistas på sjukhus utan mer och mer ute i den nära vården.

Intervjuperson i Uppsala

Alltså, jag, jag har ju pratat väldigt mycket sista åren om att vi har gått, eller vi går ifrån vad vi kallar vårdtillfällen till vad jag vill kalla interventionstillfällen. Och dom här interventionstillfällena måste mötas före och efter utav insatser som ligger utanför våra sjukhus, det är den stora utmaningen.

Intervjuperson i Östergötland

Det kan vara mobila närvårdsteam, har vi startat upp nu, alltså som åker ut till patienten. Alltså, vi pratar mest om liksom sammanhållen vårdkedja för dom här patienterna, liksom att dom inte ska falla mellan stolarna, utan att vårdkedjan ska bli säker hela vägen ut i kommunerna.

Intervjuperson i Uppsala

Sammanfattande reflektioner

Hälso- och sjukvårdens relation till området hållbar utveckling kan sägas utgå från det professionella uppdraget att ge en god och jämlik vård. Med ökad förståelse för de hälsofrämjande processerna som drivkraft för hållbar utveckling bör motiven kunna stärkas ytterligare när det ökade satsningar på hälso- och sjukvården för att utveckla vårdens hälsofrämjande dimensioner och därmed också kopplingen till de miljömässiga aspekterna.

Sedan slutet av 1980-talet, i samband med att Brundtlandrapporten presenterades, har Sverige ansetts ligga långt framme när det gäller hållbar hälso- och sjukvård utifrån socialt, ekonomiskt och miljömässigt perspektiv.¹ De sociala skillnaderna i hälsa och vård är mindre än i många andra länder. Även på miljöområdet uppfattas Sverige ligga långt framme när det gäller t.ex. regler och föreskrifter. Landsting och regioner har haft ett nätverk för läkemedel och miljö under tre år (2013-2015).

Samtidigt pekar intervjuer med nyckelpersoner inom landsting och regioner på att man inte relaterar till begreppet hållbarhet i dag, även om många lyfter upp angränsande perspektiv. Därtill är den akademiska kopplingen relativt svag, eftersom det rör sig om ett brett tvärvetenskapligt område med kopplingar till ett flertal ämnesområden

I dag är området mer angeläget än någonsin tidigare. Aktuella rapporter som omnämns pekar på att det finns stor anledning för många länder att se över hur de kan minska miljöpåslaget från hälso- och sjukvården, minska skadliga och onödiga vårdinsatser (överföreskrivning av läkemedel, t.ex. antibiotika) och samtidigt minska insjuknandet i kroniska sjukdomar. De gemensamma resurserna måste i större utsträckning samverka i denna riktning, så det finns all anledning att aktualisera konceptet om hållbar utveckling inom hälso- och sjukvården.

I intervjuerna framhåller flera av respondenterna från landsting och regioner att det behövs en större samsyn på vad hållbar hälso- och sjukvård är och hur den kan utvecklas framåt. Flera uttrycker ett stort intresse för att vidareutveckla visioner och strategier. Området involverar många aktörer och sektorer, vilket orsakar en rad utmaningar som blir tydliga på både på regional och nationell nivå. Flera respondenter lyfter är att man ofta hittar lösningar inom avgränsade områden men att helhetsperspektivet ofta saknas.

Särskilt de politiska företrädarna, oavsett om de företräder majoritet eller opposition, säger sig ha bristande kunskap om olika lösningar, men de har en tydlig samsyn om de utmaningar vården står inför och att dessa kan mötas av ett förhållningssätt som leder till en mer hållbar sjukvård. Några av de utmaningar som lyfts är

- demografiska förändringar, vilket kräver att man kan hitta innovativa sätt att vårda en större andel äldre
- kompetensförsörjning, dvs. hur man kan bibehålla och utveckla personal och kompetens
- minskade skillnaderna i hälsa för att åstadkomma en mer jämlik vård
- institutionella och organisatoriska utmaningar, bl.a. revirtänkande inom vården samt mellan landsting/region och kommun.

På högre tjänstemannanivå finns samma konsensus om utmaningarna. Man menar att det i stor utsträckning saknas modeller, metoder och lösningar för större strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet på övergripande nivå. Flera efterfrågar en nationell tydlig policy om vilken väg hälso- och sjukvården behöver gå för att bygga hållbarhet i samarbete med andra aktörer.

¹ Sverige tar täten för att minska utsläpp av läkemedel, www.regeringen.se

Ny beteendeforskning kan främja hälsosamma val

Sammanfattat

- Kunskapen om hur människors val för hälsosamma levnadsvanor kan stödjas har utvecklats under senare år utifrån en tvärvetenskaplig ansats från beteendevetenskaper, framförallt psykologi och beteendekonomi.
- Denna kunskap underlättar för beslutsfattare att förstå förutsättningarna för människors val samt utforma nya strategier och metoder för att främja hälsosamma beteendemönster.
- Beteendeinsatser i form av så kallad ”nudging” har blivit allt vanligare. I några länder har särskilda center för beteendeinsatser inrättats som stöd för utformningen av olika offentliga insatser.
- De studier som genomförts har framför allt undersökt hur kostvanor kan påverkas och visar att nudging kan vara ett effektivt verktyg för att ändra matvanor. Bland annat visades att ändrad ordningsföljd samt märkning/ presentation som lyfter fram det hälsosamma alternativet ger effekt. Incitament, kontakt, inramning och deposition av pengar som återfås vid uppfyllelse av mål har visats kunna påverka beteenden kopplade till fysisk aktivitet. Hur information inramas har visat effekt på rökning.

Inledning

I en komplex samt kunskaps- och informationsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård uppstår ständigt olika beslutssituationer i vilka professionen eller patienten behöver göra olika val. Detta sker även inom ramen för förhållandevis tydliga processer. Hur processer, information, beslutsstöd, webbsidor m.m. är utformade kan därför ha stor betydelse för utfallet. Kunskap om hur människor faktiskt agerar och fungerar i olika situationer är central vid utformning av program, satsningar och åtgärder inom det hälsofrämjande arbetet.

Beteendekonomi och nudging är relativt nya kunskapsområden med många implikationer för utformningen av preventionspolicy och praktik.

Syftet med detta avsnitt är att belysa möjligheter att främja prevention av kroniska sjukdomar med hjälp av kunskap inom beteendekonomi och så kallad nudging.

Kunskap om beteendeförändring central

Vid förebyggande av kroniska sjukdomar är det centralt att främja och stödja beteendeförändringar hos såväl befolkningen som yrkesverksamma inom vård och omsorg. De senaste årtiondena har en rad teorier och modeller utvecklats och tillämpats för att förutse och påverka människors beteenden.

Inom hälsofrämjande arbete tillämpas ofta dels s.k. sociala kognitiva modeller (t.ex. *Health Belief Model* och *Theory of Planned Behaviour*), dels processmodeller (t.ex. förändringshjulet och innovationsspridningsteori) [43]. Baserat på dessa modeller har ett antal verktyg utvecklats som i dag används inom hälso- och sjukvården, t.ex. kvalificerad rådgivning och motiverande samtal (MI) för att stödja människor att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Det finns också ett antal olika utbildningsprogram och grupputbildningar (s.k. patientskolor) som används inom hälso- och sjukvården.

På senare tid har modeller som fokuserar på miljömässig och associativ påverkan allt mer hittat en väg inom hälsofrämjande teori och praktik [43]. En av de modeller som får allt mer uppmärksamhet och som fokuserar på miljömässig påverkan är s.k. nudging. Begreppet introducerades först i det beteendeeconomiska fältet av Richard Thaler och Cass R. Sunstein. Deras definition av en s.k. nudge (knuff) är ”varje aspekt av valarkitekturen som förändrar människors beteende på ett förutsägbart sätt, utan att förbjuda några alternativ eller väsentligt förändra deras ekonomiska incitament” [44].

Ett exempel på en nudge som syftar till påverka människors matval är att placera hälsosam mat mer tillgängligt än ohälsosam mat, så att den blir enklare att nå.

Forskningen inom beteendeekonomi har vuxit kraftigt det senaste decenniet. Internationellt har forskningsfältet rönt stor uppmärksamhet och används allt mer för att utforma, genomföra och utvärdera styrmedel inom många områden, t.ex. hälsoområdet samt klimat- och trafikområdet.

I flera länder finns offentliga och privata kunskapscenter inom beteendeekonomi som anlitas vid utformningen av styrmedel och policyutveckling.

Människor gör ibland irrationella val

I många sammanhang görs antagandet att människor fattar beslut framför allt på rationella grunder. Individer antas vara rationella nyttomaximerare med obegränsad kapacitet att bearbeta information. Detta antagande tycks fortfarande ha starkt genomslag trots att antaganden om den mänskliga naturen ifrågasattes inom kognitiv och social psykologi och nationalekonomi redan i början av 1950- och 1960-talen. Redan då framhölls att människor inte bara är rationella utan påverkas av olika bias och gör inte alltid medvetna val.

Beteendeekonomi är ett tvärvetenskapligt forskningsfält som studerar mänskliga beslut och beteenden. Forskningen tar sin utgångspunkt i att mycket av mänskligt beteende är automatiskt, och området kombinerar

principer från nära besläktade beteendediscipliner (t.ex. social och kognitiv psykologi samt neurovetenskap) och samhällsvetenskap (t.ex. nationalekonomi och sociologi).

Tänker både snabbt och långsamt

Beteendekonomi grundas på idén att den mänskliga hjärnan har två system för att hantera information och beslutsfattande – det automatiska respektive det reflekterande systemet – som ansvarar för det snabba respektive långsamma tänkandet [45].

- *Det automatiska systemet* (även kallat system 1) refererar till ett system som typiskt sett är snabbt, intuitivt och omedvetet och som kräver liten kognitiv ansträngning eller lite tid. Systemet är vanestyrt och kan därför vara känslomässigt.
- *Det reflekterande systemet* (även kallat system 2) är vanligtvis långsammare, medvetet, rationellt, mer ansträngande och mer tidskrävande. Det kalkylerar, funderar över sannolikheter och planerar noga före ett genomförande.

Resultat från senare forskning tyder på att system 1 har större påverkan än vad som tidigare antagits på många av de val människor gör. Indelningen i två system är en förenklad men användbar beskrivning som ger en ram för att förstå brister i mänskligt beslutsfattande och hur detta, och därmed de beteenden besluten resulterar i, kan påverkas och förbättras.

Påverkas av omgivningen i sina beslut

Systematiska avvikelser eller skevheter i människans beslutsfattande och efterföljande beteenden kallas i detta sammanhang ibland för snedvridningar eller bias (från engelskan). Nedan behandlas sex typer av bias som kan påverka hälsorelaterat beteende och som anses viktiga inom beteendekonomi, eftersom de avsevärt påverkar mänskligt beslutsfattande [46]:

- nu-bias
- tröghet till förändringar av förinställda val
- förbiseende av dolda men viktiga attribut
- orealistisk optimism
- sannolikhetsproblem
- påverkan av inramning

Nu-bias

Psykologisk forskning har visat att kortsiktigt beslutsfattande delvis beror på att människor ofta missar att se framtida intressen som tillhörande dem själva utan förhåller sig till sina egna framtida jag på samma sätt som de förhåller sig till främlingar. Nu-bias innebär att människor fattar beslut som gagnar dem på kort sikt men som medför långsiktiga kostnader, inklusive avsevärda risker för framtida sjukdomar och förkortat liv (t.ex. rökning eller dålig kost). Medan system 2 beaktar det längre perspektivet är system 1 kortsynt. Många kan t.ex. skjuta upp sin fysiska träning eller rökstopp, trots att de positiva effekterna på lång sikt är uppenbara.

Studier visar att individer föredrar en något lägre inkomst i nuläget framför en högre inkomst i en avlägsen framtid [47]. Detta kan förklaras av två faktorer. Den första relaterar till att man vill undvika osäkerhet och risker, dvs. att människor ogillar osäkerhet och försöker minska den närhelst det är möjligt. Den andra principen relaterar till att de flesta människor har svårt att projicera framtiden och därmed undervärderar framtida belöningar, eftersom dessa anses vara mindre konkreta. Forskning har visat att det är enklare att få människor att spara genom att uppmuntra dem att fokusera på kortsiktiga mål (t.ex. att spara 1 000 kronor i månaden) snarare än långsiktiga (t.ex. att spara 12 000 kronor per år).

Tröghet till förändringar av förinställda val

Tröghet till förändringar av förinställda val (inertia) hänvisar till de psykologiska mekanismer som gör att individer föredrar att hålla sig till befintliga eller standardmässiga val, snarare än att göra något annat. Tröghet till förinställda val är ofta en stark kraft, och standardval som styr vad som sker när personer inte gör aktiva val tenderar att få genomslag oavsett om det exempelvis gäller pensions sparande, integritetsskydd eller miljövänlig energi. Detta kan förklaras av att det krävs en insats för att gå emot ett förinställt eller standardmässigt alternativ, t.ex. att fylla i en blankett. Att avvika från en standard kan också skapa en osäkerhet runt beslutet, eftersom standardmässiga alternativ implicerar en norm.

Ett exempel kopplat till hälso- och sjukvård är att förinställda val vid organdonationer påverkar i vilken utsträckning människor donerar sina organ. Länder där det förinställda valet är donation, och där människor behöver säga till för att bli borttagna från donationslistan, har visat sig ha en högre andel organdonatorer jämfört med länder där individer behöver registrera sig för att donera organ [48].

Förbiseende av dolda men viktiga attribut

Människor kan bara fästa uppmärksamhet på ett begränsat antal saker åt gången och missar därmed saker som inte är tillräckligt iögonfallande på ett sätt som ibland missgynnar dem.²

Synlighetens betydelse är en anledning till att komplexitet och informationsöverflöd innebär problem. En positiv följd av detta är att en enkätundersökning på många områden kan räcka för att påverka ett beteende, eftersom undersökningen ökar synligheten för den aktuella företeelsen [49]. Ett fältexperiment visar t.ex. att påminnelser har stor effekt för att få människor att infinna sig till tandvårdsundersökningar [50]. En anledning till att påminnelser och checklistor är så effektiva är att de gör saker mer synliga.

Orealistisk optimism

En hel del forskning inom psykologi och beteendeekonomi antyder att de flesta människor är orealistiskt optimistiska och att de systematiskt anlägger en alltför optimistisk syn på sitt eget beteende och sina egna framtidsutsikter. ”Bättre än snittet”-effekten är utbredd, dvs. att man tror att man löper mindre risk än andra att drabbas av diverse missöden, t.ex. hälsoproblem [51]. En

² Studenter fick räkna antal gånger spelare i det ena laget tog bollen i en videospelad basketmatch. Även om en person utklädd till gorilla gick in på spelplanen uppfattade bara hälften av studenterna detta.

studie visar exempelvis att rökare upplever sig själva som mindre riskutsatta än en genomsnittlig icke-rökare, utan att de underskattar de statistiska riskerna för rökare i allmänhet [52].

Det finns ett samband mellan orealistisk optimism och den bias som uppstår när människor behandlar information. Studier visar att människor fäster oproportionerlig vikt vid information som bekräftar tidigare övertygelser (*confirmation bias*) samt att man är mer mottaglig för önskad än för oönskad information [53].

Sannolikhetsproblem

Medan system 2 ofta är redo att kalkylera är system 1 dåligt på att hantera sannolikhet. Ofta tillämpas s.k. tillgänglighetsheuristik (*availability heuristic*), dvs. att människor grundar sina sannolikhetsbedömningar på färskta händelser som enkelt dyker upp i minnet [54]. Risken för att råka ut för händelser som är tillgängliga i minnet kan dock överskattas, medan den kan underskattas för händelser som inte finns kognitivt tillgängliga.

En överbetoning av det tillgängliga kan leda till en helt felaktig uppskattning av sannolikheten för negativa händelser och utmynna i antingen överdriven ängslan eller obefogat lugn. När människor gör misstag i sina sannolikhetskalkyler kan väl utformade informationsstrategier, inklusive varningar, vara till nytta.

Påverkan av inramning

Så kallad inramning (*framing*) är en viktig princip för att förstå beslutsfattande. Hur de olika valalternativen beskrivs påverkar hur beslut tas. Beslutsfattande upplevs exempelvis som enklare när det finns få alternativ, eftersom relativa eller jämförande val tenderar att vara enklare än absoluta.

Studier har testat hur våra val påverkas av om information presenteras i relativa kontra absoluta termer. Exempelvis visas att vi hellre räddar 6 av 10 än 7 av 100 personer, om vi måste välja, det vill säga att det råder så kallad proportionsdominans [55].

Hur attribut eller konsekvenser av ett visst val eller beteende ramar in har också visat sig påverka valet. Konsekvenserna kan ramas in på ett positivt eller negativt sätt. I en studie visade sig exempelvis läkare mer benägna att rekommendera operation när de informeras om att 90 av 100 överlever än när de informeras om att 10 av 100 dör [54].

Nudging

– ett verktyg för ändrat beteende

Traditionella styrmedel tycks som regel fokusera på det reflekterande system 2 och för lite beaktat att så mycket av mänskligt beslutsfattande är automatiskt och förknippat med systematiska begränsningar. Kopplat till kroniska sjukdomar har forskning föreslagit att interventioner för att förändra levnadsvanor snarare borde inrikta sig på de automatiska processer som styr beteendet snarare än på att uppmuntra medveten reflektion runt ohälsosamma levnadsvanor [56].

Beteendeeconomiska metoder där medvetna förändringar görs i valarkitekturen (nudges) kan betraktas som en viss typ av interventioner som huvudsakligen fungerar genom det automatiska systemet och som styr människor i viss riktning samtidigt som de bibehåller sin valfrihet.

Ett viktigt antagande inom nudging är att det inte finns någon neutral design utan att människor hela tiden påverkas av hur valarkitekturen är konstruerad. Nudges kopplade till hälsa har definierats som ”interventioner som innebär att egenskaper eller placering av objekt förändras inom mikromiljöer med avsikt att förändra hälsorelaterat beteende” [57].

Denna typ av interventioner syftar vanligtvis till att påverka många människors beteenden samtidigt, och de är således inte individuellt inriktade. De implementeras i den miljö där målbeteendet utförs, exempelvis i mataffärer och restauranger om syftet är att förändra matvanor.

Nudging kräver minimal medveten bearbetning av den som ska fatta beslutet utan tillämpar genvägar för att främja ett hälsosamt beteende, samtidigt som individen behåller sitt fria val och de ekonomiska incitamenten lämnas oförändrade.

Det finns i litteraturen en diskussion om i vilken utsträckning nudging, närmar sig manipulation och är paternalistiskt samt att människor inte behöver styrning utifrån för att göra val för sitt eget bästa. Kritiker menar även att det inte kan klarläggas om det är moraliskt riktigt att underordna individers självbestämmande till förmån för ett ökat välbefinnande [58]. 2015). Thaler och Sunstein [44] försökte förekomma kritiken genom att från början tala om nudging som ett uttryck för något som de benämnde libertariansk paternalism, dvs. att söka påverka individer att fatta informerade och kloka beslut utan att begränsa deras handlingsfrihet, i syfte att öka individens och/eller samhällets välfärd.

Förespråkare för nudging framhåller att det inte finns någon neutral beslutsarkitektur; att inte göra det enklare för individer att exempelvis välja hälsosammare mat är också ett val [59]. Förespråkare menar också att det är viktigt att beteendeinsatser bedrivs transparent och i medborgarnas intresse [59]. Empiriska studier på den generella befolkningen i Sverige och USA visar att acceptansen för att staten aktivt försöker påverka individer att ta beslut som är gynnsamma både för individ och samhälle är stor i båda länderna [60].

Olika typer av nudging inom hälsoområdet

Nudges kan vara utformade på olika sätt och fokusera på att påverka olika typer av tankemekanismer. Hollands m.fl. [57] redovisar en granskning av studier som tillämpar nudging för att påverka matvanor, fysisk aktivitet samt alkohol- och tobaksanvändning. De föreslår en typologi för att särskilja tre grupper av nudges som kan användas för att påverka människors hälsorelaterade beteende (tabell 1):

- ändrade egenskaper (märkning, storlek och funktionell design)
- ändrad placering (tillgänglighet och närhet)
- ändring både av egenskaper och placering (priming och uppmaning).

Tabell 1. Typologi över nudginginterventioner för att påverka hälsorelaterat beteende

Interventionsklass	Interventionstyp	Beskrivning
Främst ändrade egenskaper av objekt eller stimuli	Atmosfär	Ändrar estetik eller aspekter i omgivande miljö
	Funktionell design	Ändrar design eller anpassad utrustning eller funktion
	Märkning	Lyfter fram märkning eller information om vissa produkter eller val
	Presentation	Ändrar sensoriska kvaliteter eller visuell design av vissa produkter eller val
	Storlek	Ändrar storlek eller kvantitet av produkten
Främst ändrad placering av objekt eller stimuli	Tillgänglighet	Ändrar tillgänglighet till vissa beteendeval inom en viss miljö
	Närhet	Gör vissa val enklare (eller svårare)
Ändring både av egenskaper och placering	Priming	Placerar signaler i miljön för att påverka ett icke-medvetet beteende
	Uppmaning	Använder information för att främja eller öka medvetenheten om ett beteende

De två interventionstyperna som var vanligast förekommande i studierna i Hollands m.fl. 2013 var märkning och uppmaning [57]. Dessa interventioner involverar i allmänhet informationsdelgivning (t.ex. om näringsinnehåll i mat eller hälsofördelar av att gå i trappor) liknande det som kommuniceras i mer konventionella informationskampanjer för hälsofrämjande. Andra typer av interventioner, som var närmare den ursprungliga definitionen av valarkitektur för ändrat beteende, visade sig vara mindre vanligt förekommande i litteraturen.

Nudging inom befintliga hälsointerventioner

En översikt av Perry m.fl. [61] tillämpar ett pragmatiskt synsätt på nudging och andra beteendekonomiska verktyg som kan påverka levnadsvanor kopplade till kroniska sjukdomar. Hur beteenden kan förändras har studerats i årtionden, och i tabell 2 nedan placeras nudging i ett ramverk över beteendeförändrande interventioner. Ramverket föreslår nio olika interventioner för att förändra beteenden – utbildning, övertalning, incitament, tvång, övning, begränsning, förändringar i den fysiska miljön, modellering och möjliggörande.

Tabell 2. Ramverk över beteendeförändrande interventioner med exempel på nudges

Beteendepåverkan	Exempel	Nudge
Utbildning och rådgivning	Läkare som har motiverande samtal med patienten om levnadsvanor, näringsmärkning på måltidsförpackningar eller kaloriinformation på restaurangmenyer.	Inramning, informationsdesign och sociala normer
Förändringar i den fysiska miljön eller av standardalternativ	Stadsplanering för att underlätta aktiv pendling, förändringar i placering i mataffärer, t.ex. nyttigare alternativ i ögonhöjd, sallad som standardtillbehör eller mobilapplikationer som påminner om aktiva pauser i arbetet.	Standardalternativ, uppmaningar, signaler och påminnelser
Incitament och kontrakt	Arbets tid avsatt för friskvård, sociala överenskommelser om träning.	Finansiella mikrobelöningar, beteendemässiga kontrakt och förpliktelser
Möjliggörande och återkoppling	Återkoppling om levnadsvanor, t.ex. antal steg om dagen.	Revision och återkoppling, planering

Källa: Anpassat från Perry m.fl. 2015.

Utbildning och rådgivning är klassiska verktyg för beteendepåverkan och kan innefatta motiverande samtal inom hälso- och sjukvården, näringsmärkning på måltidsförpackningar eller kaloriinformation på restaurangmenyer. Hur utbildning och information inramas kan påverka vilken effekt informationen får. Huruvida effekterna av en behandling framställs positivt eller negativt påverkar vilket val patienter gör.

En metaanalys av behandlingsalternativ visar att patienter är mer benägna att genomföra kirurgiska eller medicinska behandlingar när behandlingarna är inramade i termer av vinster i överlevnad, än när de är inramade i termer av risk för död [62]. Ett annat exempel är ett experiment av forskare vid ett sjukhus i Massachusetts, där markeringar i form av trafikljus användes för att indikera hur hälsosamma olika mat- och dryckesval var i sjukhusets kafeteria. Efter introduktionen av markeringarna valde de anställda hälsosamma alternativ i större utsträckning än tidigare, med bibehållen effekt efter två års uppföljning [63].

Förändringar i den fysiska miljön eller av standardalternativ har visat sig kunna påverka beteenden. Exempelvis visar studier att försäljningen av nyttigare matvaror ökar när de placeras i ögonhöjd i mataffärer [64]. Ytterligare exempel är en studie som visar att handtvättstationer som placerades vid dörren till en patients rum gjorde att personalen oftare tvättade händerna efter att ha vårdat patienter med infektioner [65].

Incitament till förändrat beteende kan inkludera finansiella mikrobelöningar för ett visst beteende, exempelvis arbetstid som är avsatt för friskvård samt olika former av formella eller informella kontrakt, som överenskommelser om träning. En studie visar t.ex. att när patienter fick lotter som belöning för följsamhet till behandling med blodförtunnande läkemedel minskade andelen av patienter som inte tog medicinen korrekt med 20 procent [66]. Även

kontrakt där individer frivilligt deponerar pengar, som de får tillbaka om ett specifikt mål uppnås, har visat sig vara effektivt för viktminskning, hälsosammare matvanor och rökavvänjning, med bibehållen effekt efter sex månader [67].

När det gäller möjliggörande och återkoppling kan detta inkludera exempelvis information om levnadsvanor som relateras till genomsnittet i en relevant jämförelsegrupp.

Samlad kunskap till nytta för fler

Nudging kan vara ett komplement till skatter och reglering för att främja hälsosamma levnadsvanor kopplade till mat, fysisk aktivitet, rökning och alkohol. På flera sätt tillämpas nudging redan inom hälso- och sjukvården och andra sektorer, bl.a. via selektiv inramning av information samt olika hälsoapplikationer. En annan tillämpning är via policyutformning: I Storbritannien etablerade regeringen 2010 ett kompetenscentrum som fokuserar på beteenden för att applicera lärdomar från beteendekonometri och psykologi samt förbättra utformningen av föreslagna interventioner. En liknande sektion etablerades 2015 inom USA:s presidentkansli. I Danmark, Tyskland och Kanada finns liknande initiativ [68]. OECD har publicerat en konsumentpolitisk verktygslåda med en rad förslag baserade på beteendeforskningens resultat. Även inom EU:s generaldirektorat för hälso- och konsumentfrågor har beteendekonometrin gjort avtryck, och i de nordiska länderna finns ideella och privata organisationer som tillämpar beteendekonometri vid utformningen av förslag på styrmedel. Det återspeglar det ökade intresset hos bland beslutsfattare för beteendevetenskapliga tillämpningar inom olika områden.

Flera av dessa beteendevetenskapliga team är eller har varit inrättade på central nivå i nära anslutning till regeringen, men det finns också exempel på sådana team på mer verksamhetsnära nivå [69]. En annan studie av sådana enheter [70] drar slutsatsen att enheterna kan bli effektiva om de

- inrättas som multiprofessionella team, t.ex. som en del av innovations- eller kvalitetsarbetet
- har stöd från ledningen
- arbetar ute i och tillsammans med verksamheterna
- har tillgång till aktuell data
- får möjlighet att driva en portfölj av projekt.

Inom ramen för Socialstyrelsens arbete att främja innovation inom myndighetens verksamhetsområden finns anledning att tillsammans med huvudmännen öka kunskapen om i vilken utsträckning nudging används i hälsofrämjande syfte och i så fall med vilka resultat.

Om fortsatta insatser

Regeringens strategi för bästa möjliga hälsa för personer med kroniska sjukdomar beslutades 2014. Strategin tog sin utgångspunkt i behovet av att re-orientera hälso- och sjukvården mot att i större utsträckning prioritera förebyggande insatser och en utvecklad när- och primärvård. Patientcentrerad och kunskapsbaserad vård var andra centrala utvecklingsområden [1].

Det underlag som ligger till grund för den sammantagna bilden i denna rapport visar fortsatt relativt goda resultat när det gäller flera av de stora folkhälsosjukdomarna. Exempelvis har framstegen på det medicinsk-tekniska området de senaste decennierna lett till att Sverige, liksom många andra länder, har en specialiserad sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig relativt väl jämfört med andra länder.

Samtidigt pekar vi i rapporten på några återkommande utmaningar som Sverige i stort delar med hälso- och sjukvårdssystemen i andra länder. Patientföreträdarna lyfter fram problem med bristande helhetssyn, fragmenterade vårdprocesser som inte utgår från patientens behov, kunskapsbrist i delar av vården när det gäller diffusa och svårbehandlade diagnoser samt, sist men inte minska, en fortsatt stark fokusering på behandlande i stället för på förebyggande insatser.

Under de senaste åren har en rad reformer påbörjats och initiativ tagits i syfte att utveckla hälso- och sjukvården utifrån dessa utgångspunkter, och utifrån resultaten i denna rapport sammanfattar Socialstyrelsen här några områden som kan vara aktuella för ytterligare insatser.

Stärk hälsoinriktningen i hälso- och sjukvården

Hälsoinriktningen behöver stärkas i hälso- och sjukvården. En hel del har hänt senaste åren, men ytterligare stora ansträngningar är angelägna för att skapa en hållbar hälso- och sjukvård. En hälsoinriktad hälso- och sjukvård bidrar till bättre hälsa dels i form av minskad risk för sjukdom, förtida död och nyinsjuknande, dels i form av förbättrad funktionsförmåga, ökat välbefinnande och högre hälsorelaterad livskvalitet.

Den framtida hälso- och sjukvården behöver betona sin hälsofrämjande uppgift mycket starkare än i dag. En majoritet av de stora folkhälsosjukdomarna kan förebyggas genom att människor förändrar sina levnadsvanor; ändrade levnadsvanorna får dessutom påtagliga effekter även när någon redan har blivit sjuk. Exempelvis minskar både komplikationerna och antalet vård dagar om patienten får hjälp att förändra sina levnadsvanor före ett kirurgiskt ingrepp, till exempel rökstopp före en höftledsoperation.

Hälsofrämjande insatser minskar lidande och sparar pengar [8]. Arbetet behöver därför stärkas betydligt, inte minst inom primärvården, och under lång tid har ambitionen i Sverige (och i många andra länder) varit att stärka

hälsoinriktningen i vården genom att omfördela resurser till öppna vårdformer. En väl fungerande primärvård och närsjukvård, med betoning på ett förebyggande synsätt, bidrar till bättre folkhälsa och minskar på sikt de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård [71].

Även sjukhusvården bör präglas av ett hälsoorienterat perspektiv. För att uppnå detta är det angeläget att verksamheterna i hälso- och sjukvården ytterligare utveckla både den beteendevetenskapliga kompetensen och tvärprofessionella arbetsformer. Den nya beteendeforskningen som vi lyfter fram i denna rapport kan få större genomslag i detta arbete (se avsnitt 5).

På individnivå är hälsofrämjande insatser särskilt angelägna för patienter med kroniska sjukdomar. Socialstyrelsens arbete med att följa arbetet med insatser för att främja goda levnadsvanor men de kan förbättras ytterligare. De klara sambanden mellan levnadsvanor och sjukdomsrisk har ännu inte fått fullt genomslag i vården, trots att beräkningar visar att minst en tredjedel av hjärtkärlsjukdomarna skulle kunna förhindras med förändrade levnadsvanor. Vidare skulle, enligt olika uppskattningar, vart tredje fall av de tolv största cancersjukdomarna kunna förebyggas om man lyckades förändra människors levnadsvanor. För att vården ska kunna ha en stark kunskapsbas och samtidigt vara kostnadseffektiv är det därför angeläget sjukvårdshuvudmännen utvecklar styrformer, avtal och ersättningsystem som stödjer hälso- och sjukvårdens hälsoinriktning.

Socialstyrelsen kommer fortsätta att löpande följa hur arbetet med prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor utvecklas. Det är också angeläget att landsting och regioner bygger upp system för att analysera sina egna data som stöd för utvecklingsinsatser. Socialstyrelsen vill gärna medverka och stödja landsting och regioner i det arbetet.

Investera i förebyggande arbete och utveckla former för primärprevention

Allt fler studier bekräftar betydelsen av att investera i det preventiva arbetet och många länder i Europa arbetar med reformer för förbättrad primärvård och andra insatser för att stärka individens möjligheter till mer hälsosamma val. Socialstyrelsen följer årligen upp landstingens och regionernas arbete med att stödja patienter med ohälsosamma levnadsvanor, och den senaste uppföljningen visar att primärvårdens stöd har ökat varje år sen uppföljningarna startade 2013. Men för att möta behovet i samhället måste stödet fortsatt byggas ut. Det finns dessutom stora regionala skillnader i vilket stöd som är tillgängligt.

Det förebyggande arbetet kräver dessutom åtgärder från flera olika samhällsaktörer; de patientföreträdare och företrädare för sjukhushuvudmän som Socialstyrelsen intervjuat i arbetet med rapporten framhåller att det krävs ett ännu tydligare perspektivskifte på synen av hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Effektivare användning av tillgängliga resurser, bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning är några angelägna strategier inför framtiden som Socialstyrelsen tidigare lyft fram (t.ex. *Hälso- och*

sjukvårdsrapport 2009) [22], och som ytterligare betonas och diskuteras i utredningen *Effektiv vård* [37]. Detta innebär bland annat att arbeta mer hälsofrämjande och förebyggande mot ohälsa och hitta sätt för att öka patientens delaktighet när det gäller att främja sin hälsa. Socialstyrelsen följer för närvarande satsningen för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljarden, vilken bl.a. syftar till att främja bättre it-stöd, minskad administration och förändrade arbetssätt: Preliminära iakttagelser visar att många landsting också arbetar med att rekrytera psykologer, fysioterapeuter och dietister för att stärka bland annat det både förebyggande och rehabiliterande delarna [72].

När det gäller utvecklingen av det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet behövs ändamålsenliga samverkansformer mellan bl.a. hälso- och sjukvården och olika samhällsmedicinska enheter, FoU-center eller motsvarande verksamheter som har folkhälsovetenskaplig kompetens. Primärvård och närvård skulle behöva medverka i ett befolkningsinriktat arbete i större utsträckning än i dag, till exempel i form av olika lokala samverkansprojekt men det förutsätter att man utvecklar modeller för att ersätta vårdcentralerna för ett befolkningsinriktat arbete. I rapporten lyfter vi också arbetet med riktade hälsosamtal som en strategi att aktivt med primärprevention.

Många personer med kroniska sjukdomar får vård och omsorg inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är angeläget att säkerställa att dessa patienter också får det stöd som de behöver vid ohälsosamma levnadsvanor. Samverkan mellan socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och specialiserad vård behöver stärkas även när det gäller stöd till hälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen har tagit fram ett stödmaterial till ökad samverkan som kommer att testas.

Socialstyrelsen har inlett ett arbete att kartlägga vården för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården och den kommer även omfatta hälsofrämjande och förebyggande insatser. En särskild satsning handlar om att förebygga fallskador hos äldre.

Låt hälsofrämjande och förebyggande arbete genomsyra ledning och styrning

Det har länge diskuterats hur sjukvårdshuvudmännen kan utveckla styrformer, avtal och ersättningssystem som stödjer hälso- och sjukvårdens hälsoinriktning. Svårigheten med att leda hälso- och sjukvården- ett komplext system med en myriad av verksamheter har beskrivits och bekräftats av många. Många styrmodeller existerar ofta parallellt, trots att de utgår från olika synsätt. Därutöver tycks formella och byråkratiska aspekter med en alltför mekanistisk syn på implementering dominera. Samtidigt karaktäriseras sjukvården av kunniga och välutbildade professioner.

Ett modernt ledarskap, särskilt i kunskapsbärande organisationer, främjas av decentralisering, teamarbete och tillit. Utredningen *Effektiv vård* lyfter att mycket fokus läggs vid chefsuppgifter av formell karaktär som t.ex. planering och schemaläggning, när ledarskap diskuteras i vården samtidigt

som de verksamheter som arbetat framgångsrikt med effektiviseringar har ett ledarskap som har som utmärkande drag att de är starka kulturbärare för verksamheten [37]. Utifrån de sammantagna iakttagelserna i denna rapport framstår det som angeläget att kulturen inom hälso- och sjukvården tar ett tydligare av avstamp i ett hälsofrämjande synsätt.

I en aktuell rapport från Linköpings universitet framhålls fyra aspekter som viktiga för att få genomslag i ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete:

1. strategiskt styrnings- och ledningsfokus på frågorna
2. lärande om sjukdomsförebyggande arbete i vårdens vardag
3. skapande av tekniska stödsystem och processer som underlättar för sjukdomsförebyggande arbetet i vardagen
4. design av vårdens miljöer för att underlätta genomförandet av strategier för sjukdomsförebyggande arbete [73].

Socialstyrelsens bedömning är att det behövs fortsatta utvecklingsinsatser inom alla dessa områden och myndigheten har möjlighet att stödja utvecklingsarbete när det gäller arbete med mål och indikatorer, uppföljning, metodstöd m.m. För att stärka det hälsofrämjande och sjukdomsbyggande perspektivet kan landsting, regioner och kommuner:

- sätta mål och använda indikatorer för uppföljning av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på politisk nivå och förvaltningsnivå för att synliggöra utvecklingen och som underlag för beslut om åtgärder
- prioritera ett nationellt sammanhållet stöd för såväl det primär- som sekundärpreventiva arbetet; detta kan ske inom ramen för den nya kunskapsstyrningsstrukturen som landsting och regioner i samverkan nyligen beslutat om att utveckla och tillämpa rutiner för omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar som omfattar stöd till hälsosamma levnadsvanor i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer
- öka intensiteten i det förebyggande arbetet både inom hälso- och sjukvården och inom andra verksamheter genom att sprida och tillämpa metoder utvecklade inom kunskapsfälten beteendevetenskap, socialpsykologi och beteendekonomi
- förbättra de ekonomiska förutsättningar för hälso- och sjukvården att samverka med skola, socialtjänst m.fl. för att utveckla preventivt arbete samt hälsofrämjande förhållningsätt och miljöer.

Öka stödet för hälsosamma val

Tillämpa beteendeforskningen i ökad utsträckning
Beteendekonomi och nudging är relativt nya kunskapsområden med många implikationer för utformningen av preventionpolicy och praktik. Nudging bedöms ofta kunna vara ett komplement till skatter och reglering för att minska ohälsosamma levnadsvanor kopplade till mat, fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion, och på flera sätt tillämpas nudging redan inom hälso- och sjukvården och andra sektorer, bl.a. via selektiv inramning

av information samt olika hälsoapplikationer. En annan tillämpning är via policyutformning, exempelvis inom EU och OECD.

Även om området är relativt nytt kan många lärdomar dras och nudging kan användas som ett effektivt komplement till dagens verktyg inom hälsofrämjande arbete i hälso- och sjukvården. I Sverige finns flera forskningsinitiativ inom området, men frågan är på vilket sätt den här kunskapen kan spridas ännu bredare och ännu bättre komma till nytta. Ett förslag som har lyftes 2016 i en rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) är inrättandet av ett kansli för beteendeinsatser inom offentlig sektor, vilket skulle kunna bidra till att främja och utveckla beteendeinsatser i den offentliga sektorn. Rapporten föreslog att de närmare formerna för kansliets arbete behöver utredas vidare [74].

Det finns intressanta exempel i andra länder där man har inrättat särskilda beteendevetenskapliga team att få bättre genomslag för satsningar som syftar till bättre hälsa bland befolkningen. Flera av dessa är eller har varit inrättade på central nivå i nära anslutning till regeringen. Det finns också exempel på sådana team på mer verksamhetsnära nivå. En studie av sådana team [70] drar slutsatsen att arbetet blir effektivt om de

- inrättas som multiprofessionella team, t.ex. som en del av innovations- eller kvalitetsarbetet
- har stöd från ledningen
- arbetar ute i och tillsammans med verksamheterna
- har tillgång till aktuell data
- får möjlighet att driva en portfölj av projekt.

Slutligen – rapporten som helhet visar att det finns flera positiva trender i behandlingsresultat för flera av de stora kroniska sjukdomarna. Vi har därför lyft fram vikten av en tydligare fokus på de sjukdomsförebyggande arbetet och en tydligare hälsoorientering inom hälso- och sjukvården, för att förbättra systemets effektivitet i stort, för att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper av medborgare, samt bidra till målen om hållbar utveckling.

Hållbar utveckling utifrån samsyn och innovation

Intervjuer med nyckelpersoner inom landsting och regioner visar att de inte direkt relaterar till begreppet hållbarhet eller till Agenda 2030 [11], även om många lyfter upp angränsande perspektiv.

Hållbar utveckling är dock mer angeläget än någonsin tidigare. Aktuella rapporter visar att det finns stor anledning för många länder i världen att se över hur man kan minska miljöpåslaget från hälso- och sjukvården, minska skadliga och onödiga vårdinsatser (överförskrivning av läkemedel, eller andra vårdinsatser) [15, 75-80] och arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande för minska insjuknandet i en rad sjukdomar. De gemensamma resurserna måste i större utsträckning samverka i denna riktning, så det finns all anledning att aktualisera konceptet om hållbar utveckling inom hälso- och sjukvården. Ett exempel på utveckling av samsyn

beskrivs i landstinget Dalarnas och länsstyrelsernas landmärken för hälsa och hållbar utveckling i det regionala miljömålsarbetet [81]. På den internationella arenan bedöms Sverige ligga i framkant och nyligen tog Sverige initiativ till en diskussion om läkemedels miljöpåverkan med EU:s medlemsländer.³

I intervjuerna framhåller flera av respondenterna från landsting och regioner att det behövs en större samsyn om vad hållbar hälso- och sjukvård är och hur den kan utvecklas framåt. Flera uttrycker ett stort intresse för att vidareutveckla visionerna och strategier. Ingen av de intervjuade lyfte dock spontant fram de miljömässiga aspekterna av hälso- och sjukvårdens verksamheter eller Agenda 2030. Samtidigt bedöms Sverige ligga i framkant på området.

Hållbar utveckling handlar om engagemang från många olika aktörer och sektorer, vilket o leder till en rad utmaningar blir tydliga på både på regional och nationell nivå.

³ Sverige tar tåten för att minska utsläpp av läkemedel. www.regeringen.se

Referenser

1. Regeringskansliet. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. 2014-2017: Socialdepartementet; 2014.
2. Socialstyrelsen. Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport; 2015.
3. Socialstyrelsen. Strategisk utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården; 2016.
4. Regeringskansliet. Samordnad utveckling för en moderna, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Direktiv 2017:24
5. Kunskapsbaserad och jämlik hälso- och sjukvård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. SOU 2017:48.
6. Slutbetänkandet av kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2017:47. Stockholm.
7. Mål för folkhälsan. prop. 2002/03:35. Socialdepartementet, red.: Regeringskansliet.
8. WHO- Promoting health, preventing disease, the economic case. 2015.
9. McDaid, DP, AL. Evidence on financing and budgeting mechanism to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors. The economic case. Copenhagen: WHO; 2016.
10. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2017 - En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvård; 2018.
11. Regeringskansliet. Att förändra vår värld. Agenda 2030 för hållbar utveckling. (Sv översättning av FNs transformation on world. The 2030 agenda for sustainable development); 2015.
12. Global burden of disease: Generation evidence. Seattle, University of Washington: Institute for health metrics and evaluation, 2013.
13. Socialstyrelsen. Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016; 2017.
14. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård - jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården; 2011.
15. Vårdanalys. Förebygga för att överbrygga - Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor; 2016:4.
16. Moraeus, L. Surveillance of childhood obesity in Sweden: focus on lifestyles and socioeconomic conditions. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2014.
17. Abarca-Gómez, L. Abdeen, ZA. Abdul Hamid, Z. Abu-Rmeileh, NM. Acosta-Cazares, B. Acuin, C. Adams, RJ. Aekplakon, W. Forsner, M, Ezzati, M. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 1289 millions children, adolescent, and adults. Lancet. 2017; 390(10113).

18. Europeiska kommissionen. Sverige: landprofil hälsa 2017. State of Health in EU. Paris.
19. Stockholms läns landsting. Barnhälsovårdens årsrapport, 2017.
20. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförelöpp i cancervården. Lägesrapport 2017.
21. Regeringskansliet. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar: Socialdepartementet; 2014.
22. Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvårdsrapporten; 2009.
23. Socialstyrelsen. Patientens väg genom vården - system för uppföljning av väntetider i vården. Stockholm; 2013.
24. Vårdanalys. En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum; 2017:3.
25. Vårdanalys. Vården ur befolkningens perspektiv - en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Vårdanalys; 2016:5.
26. Allebeck, YB. B. Hensing, G. Kristenson, M. Individ, hälsa och samhälle: Studentlitteratur; Lund: 2015.
27. Generella hälsokontroller för vuxna. SBU (kommentar) 2013-05 www.sbu.se
28. Jørgensen, T. Jacobsen, RK. Toft, U. Aadahl, M. Glumer, C. Pisinger, C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomized trial. *BMJ*. 2014; 348:g3617.
29. Lingfors, H. Persson, LG. Lindstrom, K. Bengtsson, C. Lissner, L. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only results from the Live for Life health promotion programme. *Prev Med*. 2009; 48(1):20-4.
30. Hellstrand, M. Simonsson, B. Engström, S. Nilsson, KV. Molarius, A. A health dialogue intervention reduces cardiovascular risk factor levels: a population based randomised controlled trial in Swedish primary care setting with 1-year follow-up. *BMC Public Health*. 2017 Aug 22;17(1).
31. Weinehall, L. Hellsten, G. Boman, K. Hallmans, G. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjo community intervention programme--motives, methods and intervention components. *Scand J Public Health Suppl*. 2001; 56:13-20.
32. Lingfors, H, Persson, LG, Lindstrom, K, Ljungquist, B, Bengtsson, C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischemic heart disease? *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20(1):28-32.
33. Blomstedt, Y, Norberg, M, Stenlund, H, Nystrom, L, Lönnberg, G, Boman, K, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open*. 2015; 5(12):e009651.
34. Forslin, B. Möllersvärd, P. Riktade hälsosamtal med 40, 50 och 60 åringar: Fokhälsoenheten, Västernorrland; 2016.

35. Norberg, M. Ekberg, G. Weinehall, L. Lingfors, H. Befolkningsuppdraget, exemplet hälsoundersökningar - först misstrott, nu evidensbaserat. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2017; (2).
36. Åsberg, K. Borgstedt-Risberg, K. Fomichov, V. Ekberg, J. Stadig, A. Så mycket mer än bara hälsosamtal. Verksamhetschefers tankar om hälsosamtal på vårdcentraler i Östergötland.; 2016.
37. Effektiv vård. SOU 2016:2. Stockholm.
38. WHO. Report of the world commission on environment and development our common future; 1987.
39. Kristenson, M. Tema: Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2017:2.
40. Nordic center for sustainable healthcare-NCSH, En nationell innovationsagenda för hållbar sjukvård; 2015.
41. Larsson, J. Utsläpp från läkemedelsindustri påverkar miljön. Antibiotikautsläpp riskerar också vår egen hälsa. *Läkartidningen*. 2012; 109(14-15):750-3.
42. Att tänka nytt för att göra nytta. Om perspektivskiftet i offentlig verksamhet. SOU 2013:4. Stockholm.
43. Broers, V. de Bracken, C. Van der Broucke, S. Luminet, O. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of nudging to increase fruit and vegetable choice. *European Journal of Public Health*. 2017; 27(5):912-20.
44. Thaler, R. Sunstein, CR. *Nudge - Improving decisions about health. Wealth and happiness*. Yale: Yale university press; 2008.
45. Kahneman, D. *Thinking fast and slow*. Farrar: Straus and Giroux; 2011.
46. Sunstein, C. Knuffandets politik - om libertariansk paternalism. Göteborg: Daidalos; 2015.
47. Thaler, R. Benartzi, S. Save more tomorrow: Using behavioral economics to increase employee saving. *Journal of Political Economy*. 2004; 112(1).
48. Johnson, E. Goldstein, D. Do defaults save lives? *Science*. 2003; (302):1338-9.
49. Zwane, A. Peterson, J. Zinman, J. Van Dusen, E. Pariente, W. Null, C. Miguel, E. Kremer, M. Being surveyed can change later behavior and related parameter estimates. *PNA*. 2011; 108(5):1821-6.
50. Altman, S. Traxler, C. Nudges at the dentist. *European Economic Review*. 2014; 42(November):19-38.
51. Sharot, D. *The optimism bias: A tour of the irrationally positive brain*; 2011.
52. Slovic, P. Do adolescent smokers know the risks? *Duke Law Journal*. 1998; (47):1133-41.
53. Eil, D. Rao, JM. The good news-bad news effects: Asymmetric processing of objective information about yourself. *American Economic Journal: Microeconomics*. 2011; 3(2).
54. Tversky, A. Kahneman, D. Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychol*. 2017; 5(221).
55. Wiss, J. Levin, LÅ. Andersson, D. Prioritizing rare diseases: Psychological effects influencing medical decision making. *Med Decis Making*. 2017; (37):567-76.

56. Marteau, TM. Hollands, GJ. Fletcher, PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*. 2012; 337(6101):1492-5.
57. Hollands Gareth, JS. I. Martau, T. Jebb, S. Kelly, M. Nakamura, R. Suhrek, M. Ogilvie, D. Altering micro-environments to change population health behavior: towards an evidence base for choice architecture interventions. *BMC Public Health*. 2013; (13).
58. Meiton, F. Paternalistisk ideologi förklädd till vetenskap. *Respons*. 2015; (5).
59. Halpern, D. Inside the nudge unit. How small changes can make a big difference. London: WH Allen; 2015.
60. Hagman, WA. Västfjäll, D. Tinghög, G. Public views on policies involving nudges. *Review of Philosophy and Psychology*. 2015; 6(3):439-53.
61. Perry, C, Krishna, C, Damesick, D, Hobden, S, Volpe, L. Behavioral insight in health care - Nudging to reduce inefficiency and waste. London; 2015.
62. Moxey, A. O'Connell, D. McGettigan, P. Describing treatment effects to patients - how they are expressed makes a difference. *Journal of General Internal Medicine*. 2003; 18(11):948-59.
63. Thorndike, A. Riis, J. Sonnenberg, LM. Lewy, DE. Traffic-light labels and choice Architecture - Promoting healthy food choices. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; (46):2.
64. Foster, GD. Karpyn, A. Wojtanowski, AC. Davis, E. Weiss, S. Brensinger, C. et al. Placement and promotion strategies to increase sales of healthier products in supermarkets in low-income, ethnically diverse neighborhoods: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99(6):1359-68.
65. Deyneko, A. Cordeiro, F. Berlin, L. Ben-David, D. Perna, S. Longtin, Y. Impact of sink location on hand hygiene compliance after care of patients with *Clostridium difficile* infection: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 2016; 16:203.
66. Volpp, K. Financial incentive-based approaches for weight loss: a randomized trial. *JAMA*. 2008; 300(22):2631-7.
67. Giné, X. Karlan, D. Zinman, J. Put your money where your butt is: a commitment contract for smoking cessations. *Am Econ J Appl Econ*. 2010; 2(4):213-35.
68. Guldborg Hansen, P. The definition of nudge and libertarian paternalism. Does the hand fit the glove? *European Journal of Risk and Regulation*. 2016; 1(1):155-74.
69. Mitesh, S. Nudge units to improve the delivery of Health care. *N Engl J Med*. 2018; 278:378.
70. Robertson, T. Darling, M. Leifer, J. Behavioral design teams: The next frontier in clinical delivery innovation? 2017.
71. WHO. Primary care now more than ever; 2008.
72. Socialstyrelsen. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården: uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Stockholm; 2017.
73. Elg; M. Daneryd, P, J. Hållbart sjukdomsförebyggande arbete. En studie om hur man arbetar med sjukdomsförebyggande arbete i två

- vårdssystem i USA. Linköping: Linköpings universitet, Helixrapport; 2017.
74. Ramsberg, F. När den rätta blir det lätta - en ESO-rapport om "nudging". Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) 2016:
 75. Berwick, DM. Avoiding overuse-the next quality frontier. *Lancet*. 2017; 390(10090):102-4.
 76. Brownlee, S. Chalkidou, K. Doust, J. Elshaug, AG. Glasziou, P. Heath, I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390(10090):156-68.
 77. Elshaug, AG. Rosenthal, MB. Lavis, JN. Brownlee, S. Schmidt, H. Nagpal, S. et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet*. 2017; 390(10090):191-202.
 78. Glasziou, P. Straus, S. Brownlee, S. Trevena, L. Dans, L. Guyatt, G. et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390(10090):169-77.
 79. Saini, V. Brownlee, S. Elshaug, AG. Glasziou, P. Heath, I. Adressing overuse and underuse around the world. *Lancet*. 2017; 390(10090):105-7.
 80. OECD. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publisher; 2017.
 81. Ställ om för framgång - med hälsofrämjande processer som drivkraft för miljömål och hållbar utveckling. 2017. Länstyrelser i samverkan (RUS) och landstinget Dalarna, 2017. www.rus.lst.se

Bilaga 1. How are health systems adjusting to changes in disease patterns, with more focus on chronic diseases and more focus on prevention?

David McDaid¹, December 2017

¹

Associate Professorial Research Fellow, Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science and Research Associate, European Observatory on Health Systems and Policies.

Introduction

This brief paper provides an overview of themes and approaches used in European health systems to help address the changing nature of chronic disease management and actions for health promotion and disease prevention. This paper does not aim to set out the scale of the challenge in any detail, it takes as a given that the reader is familiar with the broad epidemiological (increased contribution of chronic disease to overall disease burden) and demographic (in the main ageing populations) that are in part the spur for system change.

It is also not meant to be representative of all European Economic Area (EEA) countries and it does not look at the situation in Sweden. Rather it is intended to give a general sense of the current state of play but it must be remembered that many actions will take place at a regional or very localised level, especially for public health and will not have been identified in background work for this paper. The paper also focuses solely on themes in actions that are being taken to address issues, rather than reflecting on the strengths and/or weakness of these approaches.

While the report is brief, in addition to recent references, recent documentation with online links (where available) are provided for further information. The report has been prepared after reading the State of the Health in the EU country reports, EU Semester Reform programme reports, Health Systems and Policy Monitor Reports, the European Commission DG SANTE webpages, the Joint Action on CHRODIS (Implementing Good Practices for Chronic Diseases), material from the European Commission's the Foresight and Behavioural Insights Unit as well as recent reports from the Commonwealth Funds supplemented by a brief review of recent literature.

Key themes in how health systems are adjusting to focus on chronic disease prevention and management?

Countries are approaching challenges in different ways, and they are starting from very different positions in terms of the current organisational structures of their health systems. After reviewing the literature this paper focuses on four broadly common threads in system adjustment that can be identified in most (but not all) European countries:

- Firstly, increasing the focus on primary prevention and early intervention for chronic diseases when they arise.
- Secondly, further development of primary care systems, not only in countries where primary care systems have historically been weak (e.g. Austria or Ireland), but also in countries where primary care is already at the heart of the health care system. In the latter case it is about expanding the focus of what is managed in primary care.

- A third common theme is better continuity in care and support in the management of chronic diseases within health care systems. This may involve the development of integrated care pathways and may be set against a backdrop of wider potential planned reforms, e.g. around the integration of health and social care, or physical and mental health needs.
- The fourth common theme is more actively seeking to work with external sectors both to prevent and manage chronic illness, including working with the long-term and social care sectors, but also much more broadly with education, work, transport, housing etc.

Each of these four themes will now be explored in a little more but still brief detail in this paper. In addition, as part of the discussion on primary prevention and addressing some of the risk factors for poor health, such as poor diets, unhealthy lifestyles and poor physical activity, the paper also looks at how behavioural science is being used in public health, as well as the role of conventional tax measures in influencing the choices that we make.

Increased focus on primary prevention and early intervention

There is evidence of increased emphasis (at least in policy documents and plans) being placed on health promotion and disease prevention in Europe. Despite this it is estimated that OECD countries typically spend only between 2% and 4% of total health spending on these activities (1). Trends on spending are also modest. In 2005/06 spending was growing in real terms per capita at almost 8%; between 2009/10 and 2012/13 spending fell in real terms and in 2014/15 was only growing at around 2% per annum. Much of documented spending in these countries appears to be on actions targeted at specific individuals rather than focused on measures to promote health of all the population. However, accurately estimating the level of investment in prevention and health promotion activities is challenging; these estimates will not capture all investment outside of the health sector. They also do not typically include the cost of new legislation to improve health, or even the administrative costs associated with the implementation of various taxations.

This section now looks at some directions in health promotion and disease prevention development. In doing this it does not focus on smoking which has been most well discussed and directly addressed (with differing degrees of effort and success) for many years. Smoking is also an area where relatively recent actions at an EU level have been prominent – e.g. the EU Tobacco Products Directive which bans flavoured cigarettes, makes larger health warnings on packages mandatory, and introduces safety, quality and packaging regulations pertaining to e-cigarettes. In saying this it can be noted that a number of countries in Europe still either have relatively limited restrictions on smoking in public places or enforcement of the law has been lax. For instance, in Austria, a comprehensive smoking ban in restaurants and bars only comes into force from May 2018.

Expansion of conventional public health strategies

Public health plans have become more detailed and elaborate. There are often individual plans and strategies to address risk factors to health, particularly around nutrition, diet and physical activity, such as in Austria, Denmark, Czech Republic, Germany, Ireland, Malta, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia and the UK, although there is still relatively little evidence on the effectiveness of these plans. Indeed, in some cases implementation has been delayed, in part because of resource constraints during the economic downturn. Strategic, intersectoral plans, to address alcohol harm are also being developed in many countries, although in some these plans appear to be weak, with fewer restrictions for instance on advertising.

In general it can also be said that public health plans and strategies appear to be more pronounced in countries with predominantly tax funded health

systems rather than in systems that rely on social insurance. Insurance funds are much less likely to support population health actions but instead concentrate on measures targeted at individuals such as health checks. In countries with strong insurance systems local government may well be responsible for many aspects of health promotion and disease prevention, as in the Netherlands. Government can influence what the insurance funds cover. Recently legislation in Germany was changed to ensure that insurance funds and long term care funds invest substantial resources into some areas of health promotion, including in children's day-care facilities, schools, the work environment and long-term care facilities.

What do these plans and strategies focus on?

These plans and strategies still rely mainly on some combination of health education, e.g. five a day fruit consumption and healthy fruit and vegetable campaigns in Belgium and Poland respectively, as well as mandatory or voluntary measures intended to reduce consumption/exposure to risk factors. In Iceland, for example, since 2011 there has been a ban on marketing foods with more than 2 grams of trans-fats per 100 grams of total fat content. In Estonia measures passed by Parliament in December 2017 will ban outdoor alcohol advertising and restricting alcohol advertising on social media, there will also be legally binding health information and warnings labelling on all alcohol products. There are also voluntary measures working with the food industry to reduce the level of sugar or salt, as have been seen in the UK.

Much work is focused on school aged children to help promote more physical activity and reduce exposure to poor food and drink in the school environment, as in Estonia, Germany, Poland, Portugal and Spain. In the Spanish case since 2011 food and drink high in saturated fatty acids, salt and sugars has been banned in schools. Some of these programmes found in countries include specific targets to be achieved, for instance on growth in obesity and diabetes rates (Poland), as well as on positive behaviours, e.g. levels of physical activity (Austria).

What about taxation policies?

As part of their public health strategies all countries have taxation policies (some less rigorous than others) to help reduce consumption of tobacco and alcohol. We do not focus on alcohol and tobacco taxation here other than to highlight the planned introduction of minimum alcohol pricing in Scotland and Ireland.

Many EEA countries have or are about to introduce taxation on sugar and/or sweetened beverages, including Belgium, Finland, France, Hungary, Ireland, Latvia, Malta, Norway and the United Kingdom). For instance, from January 2018, a graduated tax on all soft drinks will be introduced in Estonia. It includes taxes at a lower level on artificial sweeteners as well as on sugar content, up to a maximum of €0.30 per litre. A graduated scheme with similar levels of tax on soft drinks is being introduced in Ireland in April 2018.

Two exceptions to this trend on taxing drinks are Iceland where a sugar tax introduced in 2013 was repealed in 2015, ostensibly to simplify the taxation system and in Denmark where a long standing tax on sugary soft drinks was abolished in 2014, not long after the tax on fats was also repealed.

Fewer taxes have been introduced on sugars, salts or fats in foods rather than on drinks. In 2011 Hungary introduced a Public Health Tax. It aimed to limit the maximum trans-fatty acid content of foods. Impact assessments indicate that around 10% of consumers responded to the tax by choosing cheaper, often healthier products and reduced their intake of unhealthy foods. This can be contrasted with the Danish experience already noted where a tax on fat was abandoned after just one year, due in part to retail industry pressure, complexity and the ability to get round the tax by moving across borders to buy foods.

It is important to recognise that much of the existing work on the impact of taxation changes is based on modelling work rather than observed data following the introduction of taxes. Some studies have been able to link observed price changes with changes in consumption patterns, generally suggesting that taxation has some positive impact. One robust source of evidence on the actual impact of a sugary drink tax comes from Mexico. This observed a sustained reduction in consumption of taxed drinks of 7.6% in the two years after the tax was introduced (2).

However, generally there is still limited evidence on what works in practice. We do not know well what products individuals substitute for taxed products, e.g. to full fat milk or other products high in sugar that may be exempt from tax such as natural fruit juices, or whether they are likely to switch at all; this is important to know when assessing the effectiveness of these measures. Plans to extend the sugar tax in Belgium to sweets, yoghurts, cereals and sandwich spreads in 2017 were dropped because of worries about increasing costs to consumers as there may have been an insufficient switch in products consumed.

Models will make their own assumptions on substitution trends and indeed on the co-operation of industry with taxation changes, with most models suggesting that taxes potentially will have a favourable impact. For instance modelling work in the UK suggests substantial benefits for oral health and obesity from the tax on sugary drinks to be introduced in 2018 if the market share of low sugar drinks increases in a best case scenario from 58% to 64% with mid-sugar drinks increased from 6% to 12% and high sugar drinks reduced to 24% (3).

Nonetheless it is imperative that evaluations of the impact of taxes on consumption patterns take place rapidly when taxes are introduced. A major evaluation of the impact of the sugary drinks tax in the UK has now been fast tracked by the National Institute for Health Research Public Health Research Programme. This will be used to study effects of the tax on: diet, childhood obesity, and hospital admissions for tooth decay.

Minimum alcohol pricing

A minimum unit price (MUP) for alcohol entered into legislation in Scotland in 2012, however it was not until November 2017 that all of the legal challenges at domestic and European level to this law were finally overcome. The

Scottish Government plans to introduce MUP in May 2018. This will be the first MUP policy outside of some Canadian provinces and US states, as well as in the Russian Federation. A public consultation is currently underway to gather views from people, businesses, public bodies and interested parties about the Scottish Government's preferred price of 50 pence per unit of alcohol.

Ireland also plans to introduce MUP, although implementation will now be delayed and in part be dependent on the political situation in Northern Ireland. The Northern Ireland Assembly and Executive which are currently suspended need to be restored. This is necessary for the devolved administration in Northern Ireland to be able to consider a similar measure in order to avoid cross-border movements to obtain lower cost alcohol. (Prior to the collapse of the institutions in Northern Ireland the Executive had been positive about MUP). The measure is also being considered by the Welsh Government. The Scottish and Irish governments have been influenced by previously commissioned economic modelling research from the University of Sheffield on the potential impacts of MUP.

What is happening at a European level?

There is also an acknowledgement across the EU and beyond of the fundamental need to have a stronger focus on disease prevention, health promotion, and early intervention where disease arises. The European Commission 'is working closely with Member States to focus more proactively on prevention and the social determinants of health' (4). There has been the establishment of the EU Member States' Steering Group on Health Promotion and Prevention and Management of Non-Communicable Diseases in 2016. Going forward this group will identify examples of good practice with a view to further scale up and implementation across countries.

The Commission remains active in supporting Member States to provide better nutritional information to the public through better food and drink labelling and to work with industry to encourage food reformulation to reduce levels of fat, sugar and salt. Elsewhere, issues on the agenda under the direct auspices of the Commission include development of recommendations for the future multiannual framework for the Common Agricultural Policy that should lead to legislative proposals in mid-2018, which could include support for campaigns on healthy diets (as well as antimicrobial resistance). Another area of activity is collaboration across sectors to promote physical activity and sport (a Eurobarometer in 2018 will look at this issue). It also supports High Level Groups on Nutrition and Physical Activity as well as the EU Platform for action on diet, physical activity and health. This mainly is a vehicle for the exchange of information.

Where do behavioural interventions fit in?

We end this section by looking at the role of behavioural interventions. There is a small but increasing role for interventions that make use of behavioural psychological theories to influence or reframe individual choices over health

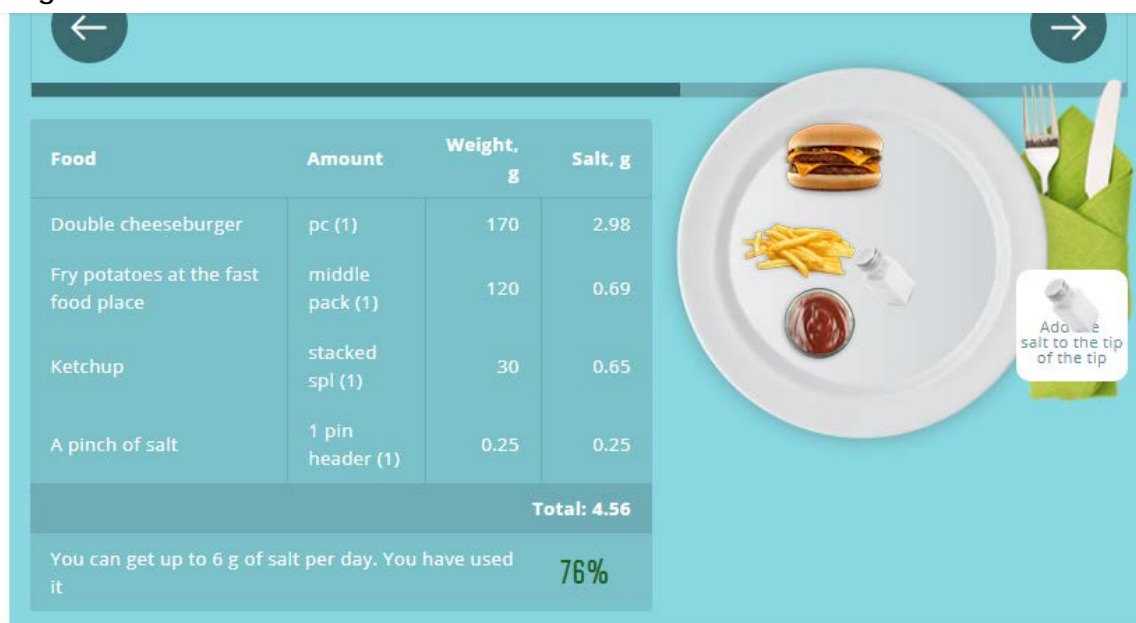
related actions. Popularised as '*nudging*' individual choices these interventions tend to be used more for actions outside the health care system and the brief review of documentation for this report does not suggest as yet that they are a major element of approaches systems are taking to adapt to the challenges of chronic illness. Nonetheless, nudges can be a complement to taxes and regulations to reduce harmful lifestyle actions, in particular alcohol and tobacco consumption. Reviews also identify some increasing examples of nudges related to physical activity and diet (5,6).

This is not just about actions at individual country level; the European Union has used behavioural insights in some of its health promoting actions, e.g. around the Tobacco Directive relating to restrictions on packaging, size of packets and health warnings. Examples of activities which make use of behavioural approaches to health promotion (and to a much lesser extent management of existing chronic conditions) can be identified in many European countries. Excluding countries which were only identified as having 'opt out' rather than 'opt in' organ donation policies, examples of health related actions were identified in 13 European countries (Croatia, Denmark, Estonia, Germany, Finland, Hungary, Iceland, Ireland, Latvia, the Netherlands, Norway, Portugal and the UK).

In this brief paper it is not possible to go into detail about these examples, but country specific information on health related activities is flagged up in further reading to this report. Many of these actions are related to the way in which information is communicated, aiming to reframe the choices that individuals make, particularly around smoking. One example of this in Portugal was a TV campaign showing smoke coming out of a baby's mouth to emphasise the dangers of passive smoking. There are also examples from several countries, including Norway and the UK, where healthy foods rather than sugary snacks have been placed near the check outs of supermarkets in order to reduce impulse purchases of these products. These types of activities may be undertaken by the private sector without any direction from government, but they can also involve governmental bodies. One example of this comes from Germany where the German Armed Forces have been evaluating the impact of changing the layout of canteens.

Another illustrative example on influencing choice can be seen in Estonia where the National Institute for Health Development has an online resource providing nutritional information including calculators to allow individuals to visually look at the salt or sugar contents of different food choices with warning colours and messages when the recommended daily allowance is exceeded (See Figure).

Figure: Salt Calculator in Estonia



(The salt calculator is available in Estonian only at <http://toitumine.ee/kuidas-tervislikult-toituda/toidusoo-vitused/magusad-ja-soolased-naksid/suhkur-ja-magusained#kalkulaator> – you can drag food options to the plate and see how this affects salt intake) (Screenshot made using Google translator software)

How widespread are these actions?

Many of these actions are experimental rather than widely implemented, but there will be many other examples of actions that meet the criteria for nudges but because they are local level actions or in specific local settings such as individual schools or workplaces may not immediately come to attention. Indeed there are many examples that could be thought of choice reframing in workplaces, e.g. in European Commission and WHO buildings where pictures of plates of healthy food options in canteens are used to encourage the consumption of more nutritionally balanced meals, or in the many workplaces where employers provide showers and changing facilities to encourage active commuting to work.

Research capacity to further develop behavioural actions is limited in many countries. There are notable exceptions; Public Health England has its own behavioural insights unit, while there are behavioural units at a governmental level in a few other countries including Germany. At an EU-level the Commission have established a Foresight and Behavioural Insights Unit both to collate evidence and now to ‘to support EU policy-making by identifying behavioural elements in policies and proposing behavioural levers to increase their effectiveness.’ One key focus is health, including actions related to obesity. A 2016 workshop survey for this Unit suggested that Member States do not have a culture of sharing experience in use of behavioural interventions (7); this is something the Commission wishes to help facilitate through its various health related platforms.

Primary care reforms

The paper now looks at a second common theme: strengthening primary care services as part of efforts to transform health systems to better prevent and manage chronic disease. Primary care is a key setting for health promotion activities and for the early identification of risks to health. Primary care can deliver health promotion services and coordinate care for patients across settings. Managing chronic conditions better in primary care can help reduce unnecessary use of hospital services and help improve disease management and thus reduce the likelihood of complications and adverse events.

Increasing gatekeeping functions and development of multidisciplinary teams

There are moves to strengthen the gatekeeping role of primary care in countries where this traditionally has been weak. In 2016 15 EU countries had a gatekeeping system and this is increasing (8). Reforms involve mandatory gatekeeping in most countries, but it can also be achieved by creating financial incentives to use a primary care doctor (GP) as in France where individuals are encouraged to register and obtain a referral from a primary care doctor rather than go directly to a specialist. In Greece, the 2017 Primary Care Plan introduced a gatekeeping system with multidisciplinary units created. Primary care reforms are also focused on creating more multidisciplinary teams that can help better manage chronic conditions.

This reform is also about moving away from a reliance on single handed GPs towards the establishment of multi-professional multi-disciplinary primary care services. For instance, 2017 reforms in Austria (where primary care has been very weak with no strong gatekeeping role) have a strong focus on primary care. The reform aims to create new multidisciplinary primary care services, either in the form of a primary care centre at a single location or through a network of health professionals in different locations. These primary care services will have a core team of GPs and qualified nurses as well as other health and social care professionals such as physiotherapists and social workers. There should be at least 75 of these primary care units by 2021, with €200 million set aside to facilitate implementation.

Although primary care is well established in Italy, reforms since 2014 have requiring the Italian regions (most health care is managed at a regional level) to establish 'primary care complex units' comprising GPs, specialists, nurses and social workers. Financial incentives have been used in the country to encourage multi-disciplinary rather than single-handed practices. Other examples are found in countries as diverse as Cyprus, Poland, the Netherlands and the UK (England). In the English case in addition to multidisciplinary health teams, practices can host other relevant services, such as welfare advice and financial management services, as these are increasingly recognised as being important for the prevention of physical and mental health issues.

Financial incentives to encourage focus on prevention and health promotion

Financial incentives can also be used to influence the types of activities within primary care and increase the emphasis on prevention, promotion and chronic disease management. In England around one third of all payments to GPs are linked to achievement of performance related targets, with many focusing on chronic disease management, monitoring health and taking actions to promote healthier lifestyles, such as providing advice and referral to smoking cessation services. In Portugal performance-related pay is currently being implemented in primary care. There are incentives to monitor specific population groups of (e.g. women of reproductive age, pregnant women and diabetes patients, among others); to coordinate care, and to undertake additional activities such as smoking cessation programmes. Other countries where pay for performance mechanisms include a specific focus on disease prevention and chronic disease management include France, Hungary, Latvia and Lithuania.

Task shifting

The concept of task-shifting activities away from specialist care towards primary care, such as the management of chronic mental health problems is also taking hold. In addition, task-shifting also occurs when the roles of primary care workers other than GPs are strengthened. In Belgium, for instance, since 2016 nurses were finally allowed to give people vaccinations without a doctor being present (something already common in many countries).

Practice nurses in some countries such as France, the Netherlands and the UK also have the power to prescribe some medications and the role of pharmacists is also being expanded. In some countries, including France and the UK, GPs and other primary care health professionals now can also prescribe non-medical actions to improve health – such as gym activity, participation in sports activities and active travel. This so-called ‘social prescribing’ is being extended further to deal with issues such as chronic isolation (which increases risks to health) by allowing prescription of participation in a range of social activities e.g. support to join a knitting club!

In the Netherlands community pharmacists increasingly work in structured collaboration with GPs in their catchment area. Physician assistants may also be found in GP practices. In Slovenia, following reforms in 2011 most primary care services are now delivered in multi-disciplinary teams that include specialist nurses responsible for screening for chronic disease risk factors, as well as providing counselling and follow up of patients involved in smoking cessation programmes. These nurses also co-ordinate service provision for patients with chronic health problems with a view to reducing use of inpatient services.

Primary care workforce challenge

An issue that is not discussed in detail in this paper but is crucial to primary care reform is the availability of a primary care workforce. In reviewing

material it is clear that many countries face difficulties in both training GPs as well as in their retention. This is not simply an issue of financial incentives; other factors such as geographic location and perceived workload can be seen to act as a deterrent to recruitment in some countries.

Continuity of care

Another key theme is continuity of care to improve outcomes and reduce the need for hospitalisation and or rehospitalisation for people with chronic physical or mental illness. There can also be misaligned incentives in systems (e.g. high costs for social care versus free or low out of pocket payments for health care, or separate health and social care budgets) which mean that individuals with chronic problems such as dementia that could be managed by social or long term care services are instead found within inpatient hospital settings. In some countries there is also recognition of the need for more mental and physical health service integration given that mental health problems can exacerbate chronic physical health conditions.

The ways in which better integration and continuity of care are achieved vary. Examples of new regulatory measures to allow different sets of health care and other professionals, e.g. social workers to work together, are seen in some countries, including France and the UK. In France, for example, recent reforms have allowed the development of ‘Communautés Professionnelles Territoriales de Santé’ which allow for multidisciplinary teams of health and social care professionals to improve care coordination for people with chronic health problems.

Reforms could also include measures to allow budgets to be shared or contracts to specify the need for multidisciplinary approaches to the management of chronic physical health problems along care pathways as in Austria and England. In England, relatively modest levels of funding have been set aside for the creation of locally determined projects linking health and social care, particularly, but not exclusively for older people.

The development of care pathways and disease management programmes is another approach that is used and increasingly mentioned as part of chronic disease reforms. Care pathways for chronic conditions, intended to promote continuity of care, have been developed in many countries, often for asthma and other respiratory disorders, cardiovascular health and diabetes, as well as chronic depression and anxiety disorders. In Malta the 2016 National Strategy for Diabetes emphasises prevention and early diagnosis, expanded treatment options and the further development of integrated care and management of diabetes to prevent or delay complications. Care pathways and disease management programmes help foster links between health professionals, e.g. a care pathway for management of diabetes in Belgium involving GPs, specialists and other health care providers. In Denmark GPs may participate in various formal and informal network structures and are included in the health service agreements made between regions and municipalities to facilitate cooperation and improve patient pathways

Disease management programmes can also include health literacy programmes to help individuals better manage their own health. Examples of use of these mechanisms can be found in many European countries including Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands and the UK.

Although not discussed in detail here, better continuity of care will be helped by better information systems and numerous examples of intentions to

develop better electronic health records appear in literature reviewed. Sometimes these are explicitly linked to better chronic disease care : arguments for investment in better electronic linked health record systems as in Estonia and Finland include the case for better continuity and integration of care.

Intersectoral actions

For many years there has been at least some rhetoric around Health in all Policies in most European countries. There is ever growing recognition in policy documents to acknowledge that prevention, as well as management of chronic disease, requires actions across many sectors. This is not just about collaboration with the social and long term care sectors. For example, there is growing focus placed on working with schools / education system – re incorporating health literacy, as well as protection of emotional wellbeing and resilience to cope with issues such as bullying within school curriculums, as in Finland, Ireland and the UK. This report has noted work in schools to also promote access to healthy meal choices.

Other common areas for collaboration include transport stakeholders and employers. Alcohol harm reduction is one example of an area where intersectoral collaboration is well established: it involves working with retailers, the police, local governments, schools, civil society organisations and industry to name but a few stakeholders. Promoting physical activity is another: e.g. in Luxembourg a new intersectoral strategy for the promotion of healthy living and physical activity is a collaboration between the Ministries of Sport, Education, Families and Integration and Health. In section 1 of this report we also noted that the law in France was changed to allow physicians to prescribe physical activity, which involves collaboration with other sectors. City Deals in the Netherlands involve collaboration between health services and other local services to reduce health inequalities in disadvantaged urban areas.

There are many ways in which intersectoral activities can be stimulated; much depends on the regulatory framework, as well as having mechanisms in place to share budgets and other resources (9). There are many potential mechanisms. They include formal procedures to share funds, contracts that specify intersectoral collaboration, and the establishment of independent public health agencies with funds to invest across sectors. Laws may also stipulate that health insurers invest in health promotion across sectors, as recently has become the case in Germany where insurers and long-term care funds must invest at least €500 million annually in promotion of which about €300 million are earmarked for health promotion at day care facilities for children, schools, the work environment and long-term care facilities.

At a governmental level intersectoral targets may be set: in Austria, for instance, ten health targets to 2032 have been set. The targets are implemented through intersectoral working groups that define sub-targets and concrete actions and are accompanied by a monitoring process. They include goals on improved health literacy, improved diet and physical activity, better psychosocial health and giving children the best start in life (10). Cross-departmental high level committees to address health issues can also be seen in some countries such as Iceland, where a ministerial committee on public health which is chaired by the Prime Minister, with at least the Ministers of Health, Education and Culture and Social Affairs and Housing participating.

Brief conclusions

This paper provides only a very brief overview of some potential common themes for health care systems to respond to the growing challenges of chronic disease. It highlights four themes around investment in prevention, development of primary care, more continuity of care and more intersectoral activity. These are certainly not the only areas of reform, but they appear to be most often discussed in literature reviewed. It should also be noted that these themes are common to other high income health systems around the world, although not discussed in this paper. Finally it should be stressed that in highlighting some actions that are now taking place this paper has in general not looked at the effectiveness of these approaches. Indeed in many cases it is too early to tell whether measures will be effective or even how widely they will be implemented.

References

1. Gmeinder M, Morgan D, Mueller M. How much do OECD countries spend on prevention? OECD Health Working Papers, No. 101. <http://dx.doi.org/10.1787/f19e803c-en>. Paris: OECD Publishing; 2017.
2. Colchero MA, Rivera-Dommarco J, Popkin BM, Ng SW. In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax. *Health affairs*. 2017;36(3):564-71. Epub 2017/02/24.
3. Briggs ADM, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Elhussein A, Rayner M, et al. Health impact assessment of the UK soft drinks industry levy: a comparative risk assessment modelling study. *The Lancet Public health*. 2017;2(1):e15-e22. Epub 2017/08/15.
4. DG SANTE. State of Health in the EU. Companion Report 2017. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
5. Sousa Lorenzo J, Ciriolo E, Rafael Almeida S, Troussard X. Behavioural insights applied to policy: European Report 2016. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
6. OECD. Behavioural Insights and Public Policy: Lessons from Around the World,. Paris: OECD Publishing; 2017.
7. Dessart F, Sousa Lorenzo J, Rafael Almeida S, Ciriolo E. Behavioural Insights Applied to Policy Application to specific policy issues and collaboration at EU level. Workshop report. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2016.
8. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2016.
9. McDaid D, Park A-L. Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors. . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
10. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Vi

Further reading

Angus C, Meng Y, Ally A, Holmes J, Brennan A. Model-based appraisal of minimum unit pricing for alcohol in the Republic of Ireland: An adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model version 3 Sheffield: ScHARR, University of Sheffield. Sheffield: ScHARR, University of Sheffield, 2014. <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2015/03/xMUP-FINAL-Report-2014.pdf>

Angus C, Holmes J, Pryce R, Meier P, Brennan A. Model-based appraisal of the comparative impact of Minimum Unit Pricing and taxation policies in Scotland: An adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model version 3. Sheffield: ScHARR, University of Sheffield, 2016. https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.565373!/file/Scotland_report_2016.pdf

European Commission. 2017 European Semester: National Reform Programmes and Stability/Convergence Programmes. https://ec.europa.eu/info/2017-european-semester-national-reform-programmes-and-stability-convergence-programmes_en

European Commission. State of Health in the EU Country Profiles. https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en

The Health Systems and Policy Monitor. <http://www.hspm.org/main-page.aspx>

Kirk BB, Chiotan C, Costongs C, Kunkel T. Health promotion and primary prevention in 14 European countries. Brussels: JA-CHRODIS; 2015. <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/FinalFinalSummaryofWP5CountryReports.pdf>

Köhler K, Eksin M, Peil E, Sammel A, Uuetoa M, Villa I. Policy brief: Reducing the consumption of sugar-sweetened beverages in Estonia Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/324205/EBP-1-Web.pdf?ua=1

McDaid D, Oliver A, Merkur S. What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to influence health behaviour in the population? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/270138/PS15-web.pdf?ua=1

Mossialos E, Djordveic A, Osborn R, Sarnak D, editors. International Profiles of Health Care Systems. New York: The Commonwealth Fund; 2017. http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/may/mossialos_intl_profiles_v5.pdf

National Institute for Health Research. Evaluation of of the health impacts of the UK Treasury Soft Drinks Industry Levy (SDIL). London: NIHR; 2017. <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/programmes/phr/1613001/#/summary-of-research>

Sousa Lorenzo J, Ciriolo E, Rafael Almeida S, Dessart F. Behavioural Insights Applied to Policy: Country Overviews 2016. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. <http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bit-stream/JRC100547/biap%20country%20overviews%202016.pdf>

World Health Organization Regional Office for Europe. Good Practice Brief: Public Health Product Tax in Hungary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/287095/Good-practice-brief-public-health-product-tax-in-hungary.pdf

Bilaga 2. Urval av indikatorer som speglar utvecklingen för kroniska sjukdomar

I den här bilagan redovisar vi utvecklingen över tid för ett antal indikatorer som rör prevention, tidig upptäckt och behandling för att förebygga uppkomst av kroniska sjukdomar samt minska komplikationer för personer som redan lever med kronisk sjukdom. Indikatorerna är sådana som löpande uppdateras i Socialstyrelsens öppna jämförelser eller via webbplatsen *Vården i siffror*. Via dessa kanaler finns också mer information att hämta om indikatorerna och om fler mått, t.ex. resultat för olika behandlingar kopplade till kroniska sjukdomar. Även tekniska beskrivningar för indikatorerna finns via *Vården i siffror* och Socialstyrelsens indikatorbibliotek.

Redovisningen är uppdelad i två avsnitt. I det första redovisas breda resultat och utfallsmått som bygger på Socialstyrelsens hälsodataregister. Dessa kan påverkas av många faktorer men insatser som utförs av landsting, regioner och kommuner är en viktig del i detta – dels inom hälso- och sjukvården, dels inom andra områden, inklusive hälsofrämjande arbete inom andra sektorer och verksamheter.

I det andra avsnittet redovisas resultat som är mer direkt kopplade till olika insatser och processer i hälso- och sjukvården. Fokus är på hälso- och sjukvårdens arbete vad gäller levnadsvanor. Indikatorerna rör insatser till personer som redan har en specifik kronisk sjukdom (sekundärprevention), vilket följs upp i flera kvalitetsregister. Det finns flera sådana indikatorer i olika kvalitetsregister och vissa av dem uppdateras även i *Vården i siffror*. Täckningsgraden varierar dock mellan olika register; de som har valts ut här har en relativt god täckningsgrad.

Hur landstingen och regionerna arbetar mer generellt kring sjukdomsförebyggande metoder följs inte upp med individbaserade indikatorer med data från register. Socialstyrelsen har dock undersökt detta via enkäter, och resultat redovisas i *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder* och i rapporten *Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016*. Rapporten avser primärvården och där noteras ett ökat stöd från primärvården till patienter med ohälsosamma levnadsvanor sedan den första undersökningen 2013. Man kan även konstatera att arbetet med levnadsvanor fortfarande ligger på en låg nivå i förhållande till hur många patienter som har ohälsosamma levnadsvanor [1, 2].

Om diagrammen

I vissa diagram visas länen som cirklar, där storleken på cirklarna motsvarar genomgående befolkningen 2016. Beakta att skalan på värdeaxeln kan skilja sig åt mellan olika diagram och ofta inte alltid börjar på 0.

Sammanfattning

Vad gäller övergripande indikatorer syns generella förbättringar, och resultaten beror på många olika faktorer. I sjukvården har många behandlingar blivit allt bättre. Exempelvis överlever långt fler en hjärtinfarkt eller stroke när de fått vård jämfört med för tio år sedan [3]. Ändrade levnadsförhållanden och livsvillkor ligger också bakom utvecklingen; exempelvis har utbildningsnivån i befolkningen ökat.

Att hälso- och sjukvården har arbetat framgångsrikt med sjukdomsförebyggande insatser brukar dock inte lyftas fram som en orsak till denna övergripande förbättring. I stället kan arbetet med levnadsvanor antas vara ett utvecklingsområde för fortsatta förbättringar. Det ligger också i linje med vad resultaten i det andra avsnittet visar, nämligen att inga tydliga förbättringar ses för flera indikatorer som rör insatser kring levnadsvanor och att det förekommer stora skillnader mellan landstingen/regionerna. Ett exempel är hur stor andel patienter som deltar i ett fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt, där andelarna spänner från 15 till över 80 procent.

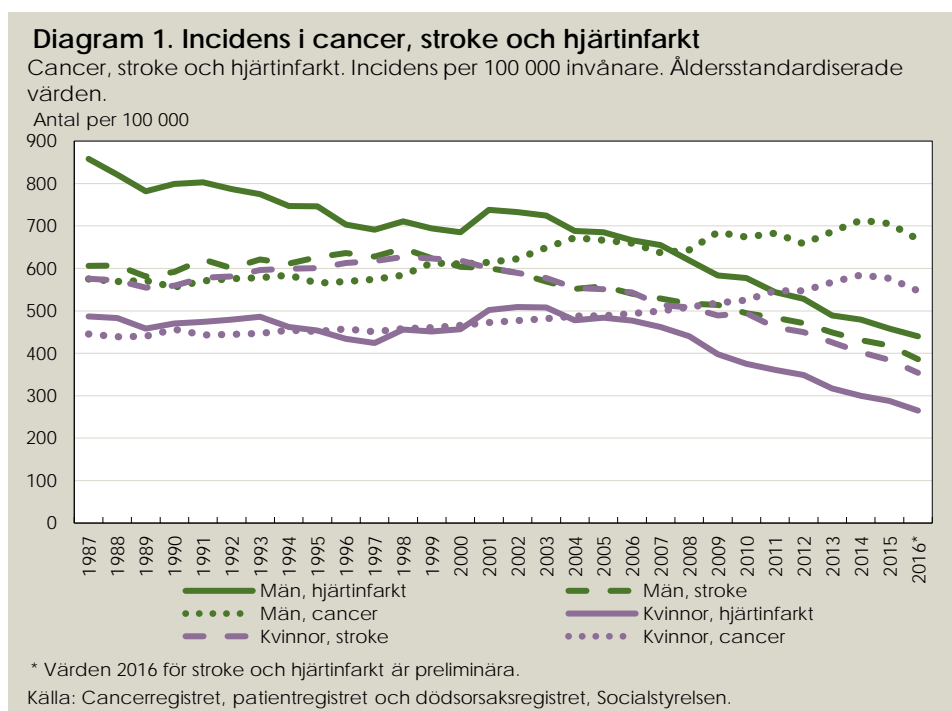
I kontrast mot trögheten i att förbättra levnadsvanor visar indikatorn *Antikoagulantia till riskpatienter* hur snabbt resultat kan förbättras på andra områden. Att arbetet med levnadsvanor inte visar samma snabba utveckling och goda resultat kan nog till viss del förklaras av att det exempelvis kan vara lättare att förskriva ut ett läkemedel till patienten, än att få patienten att sluta röka – även om hälso- och sjukvården skulle kunna bidra med ett optimalt stöd. Det är sannolikt också så att arbetet med levnadsvanor, i varje fall tidigare, inte getts samma prioritet som andra insatser i hälso- och sjukvården, vilket bland annat illustreras i stora skillnader mellan landstingen/regionerna [2].

Övergripande indikatorer

Nedan redovisas några övergripande utfallsmått som rör incidensen i några av de större folkhälsosjukdomarna, påverkbar slutenvård för fyra stora kroniska sjukdomar samt några mått för åtgärdbar dödlighet. Grundtanken är att dessa indikatorer påverkas genom förebyggande insatser, tidig upptäckt och vård och behandling.

I diagram 1 visas incidensen (insjuknandet) i cancer, hjärtinfarkt och stroke för kvinnor och män 1987 till och med 2016. Sedan 1987 har incidensen i cancer ökat medan incidensen i stroke och hjärtinfarkt minskat påtagligt. Enligt IHME var de vanligaste orsakerna till förtida död i Sverige ischemisk

hjärtsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom samt cancer, exempelvis lung-, bröst- och prostatacancer [11].



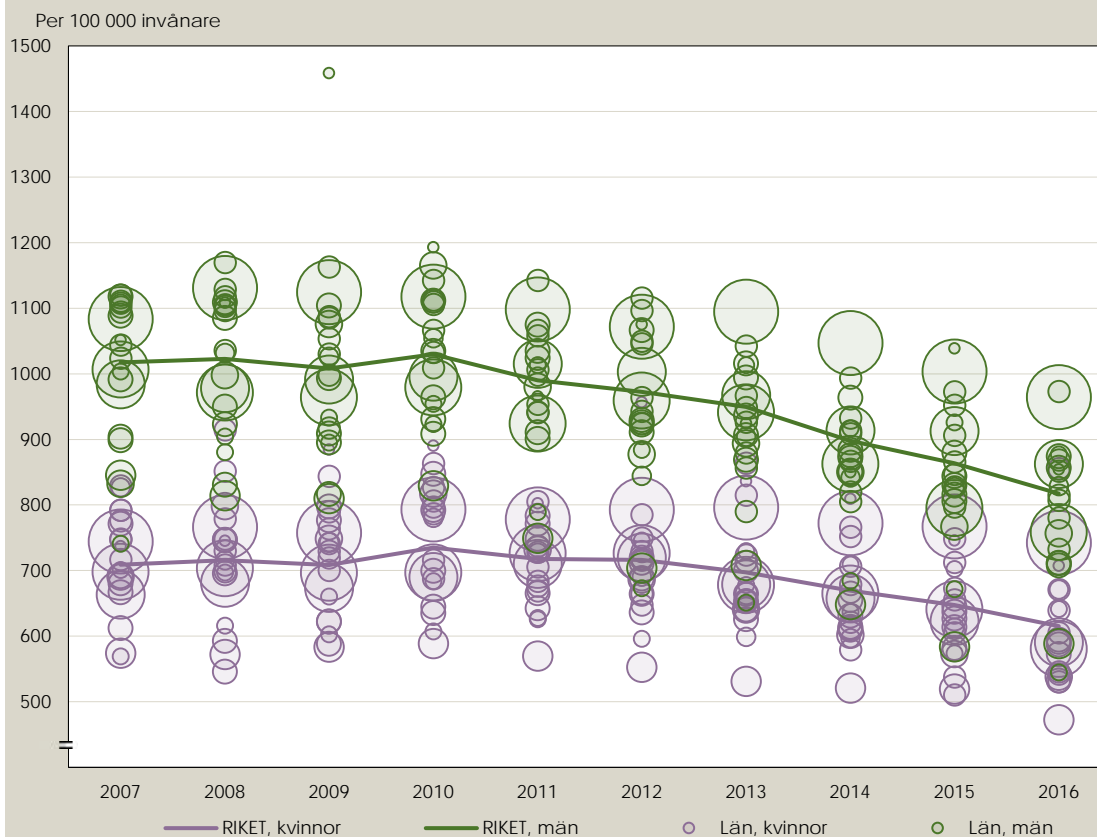
Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Måttet visar antal slutenvårdsperioder med hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Indikatorn innefattar slutenvård orsakad av sjukdomstillstånd som bedöms kunna påverkas så att slutenvård ofta kan undvikas med bättre insatser i exempelvis primär och närvård, öppen specialiserad vård, hemsjukvård eller förebyggande hälsovård. Eftersom måttet är relaterat till befolkningen påverkas nivån även av sjukdomsförekomst, vilket i sin tur kan påverkas av bl.a. förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor. Värdet kan även påverkas av tillgången till vårdplatser.

Män vårdas i högre utsträckning för samtliga dessa diagnoser och en minskning kan ses de senaste sex åren för båda könen.

Diagram 2. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Måttet visar antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldersgruppen 1–79 år. Med hälsopolitiska åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar eller olyckor vilka bedöms kunna påverkas med mer övergripande hälsopolitiska insatser. I måttet ingår dödsfall orsakade av lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motortrafikolyckor. Dessa dödsorsaker ska inte enbart ses som indikation på hur man arbetar för att förhindra just dessa sjukdomar och dödsfall, utan de bakomliggande riskfaktorerna kan kopplas till flera andra kroniska sjukdomar och hälsotillstånd.

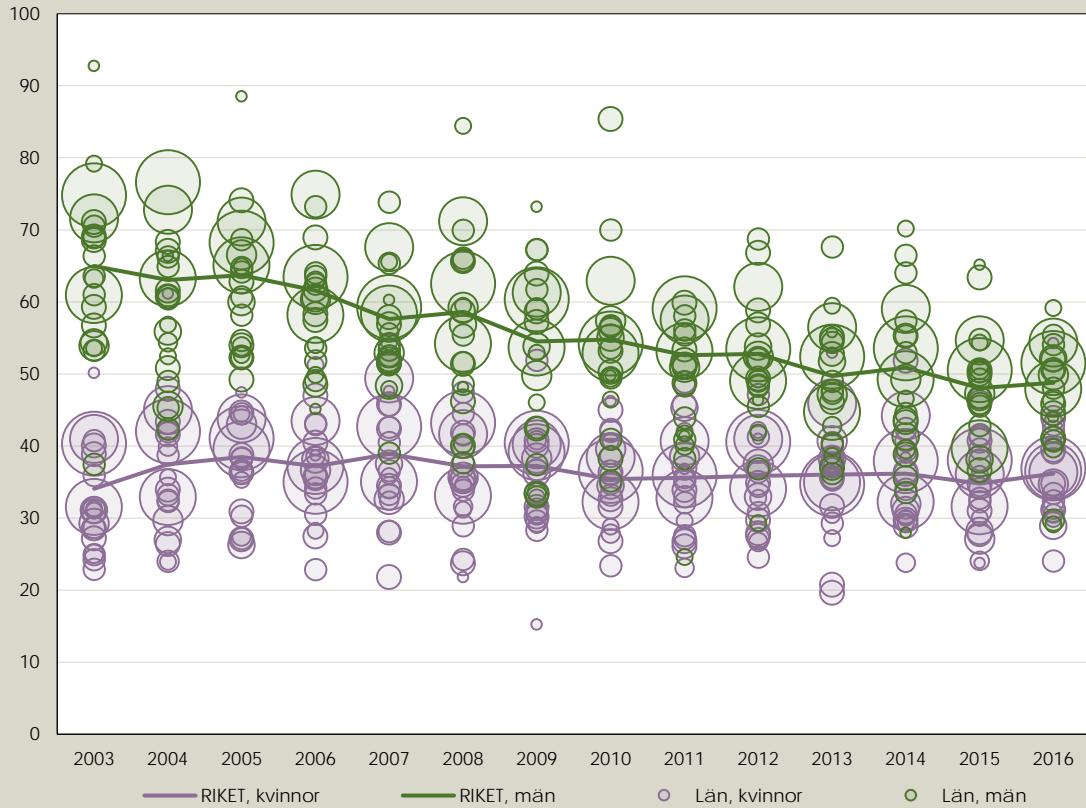
Till stor del handlar det om levnadsvanor som alkoholkonsumtion och rökning, och måttet är främst framtaget för att spegla breda folkhälsoinsatser riktade till befolkningen för att undvika att sjukdomar och olyckor som dessa uppkommer. Men indikatorn påverkas även av genom arbetet med patienter i vården, med allt från rådgivning om levnadsvanor till avancerade kirurgiska åtgärder.

Värdet sett över hela redovisningsperioden har förbättrats tydligt för män, men inte för kvinnor. Dödligheten som fångas med måttet är dock fortfarande generellt sett lägre för kvinnor än män.

Diagram 3. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



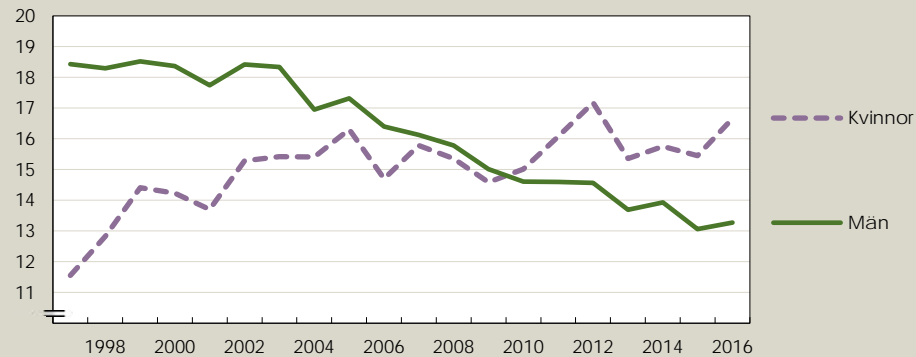
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) syns en tydlig utveckling för båda könen, där dödligheten för kvinnor numera är högre än bland män. En förklaring till detta kan vara att förekomsten av rökning har ändrats till att kvinnor i dag röker i högre utsträckning än vad män gör [4].

Diagram 4. Åtgärdbar dödlighet i KOL

Dödsfall i KOL per 100 000 invånare 1-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

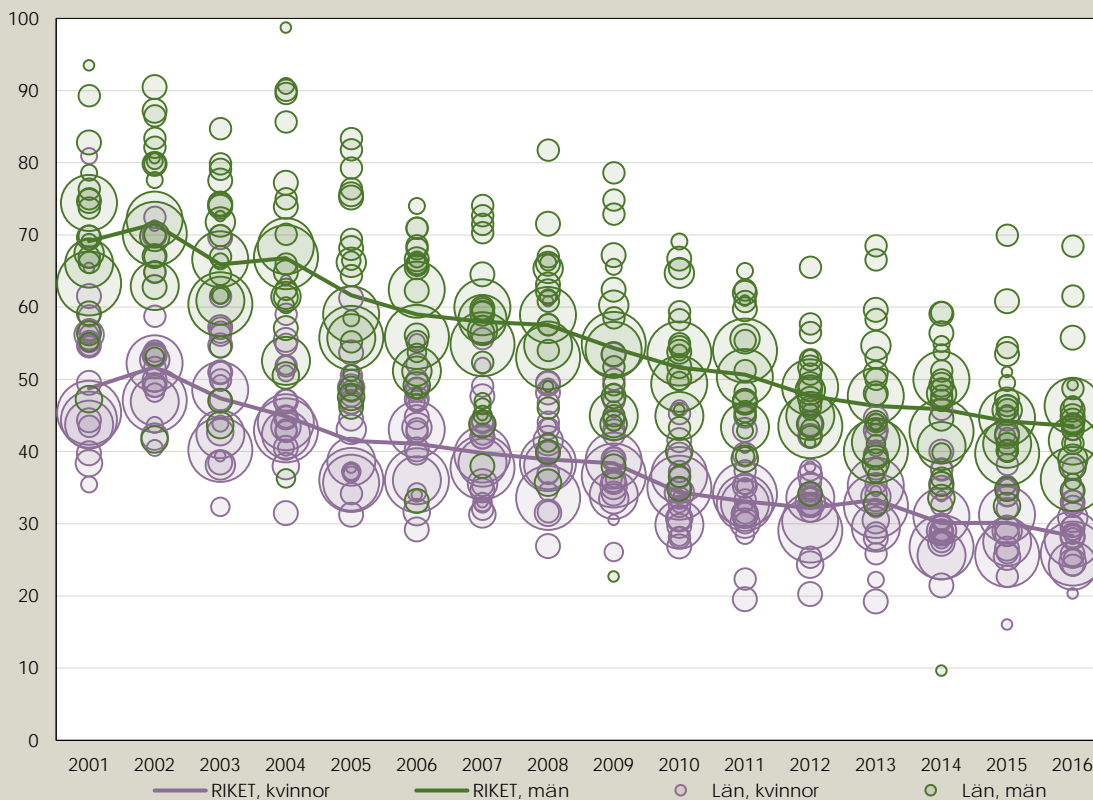
Måttet visar antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldersgruppen 1–79 år. Med sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Måttet domineras av dödsfall med orsaker kopplade till kroniska sjukdomar exempelvis cerebrovasikulär sjukdom (stroke), diabetes och vissa former av cancer som i dag många gånger betecknas som kroniska sjukdomar.

Värdet har successivt förbättrats för både kvinnor och män.

Diagram 5. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Måttet visar antalet döda i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare i åldrarna under 80 år. Ischemisk hjärtsjukdom står för en stor del av sjukdomsburden i Sverige, och trots att dödligheten i hjärtinfarkt minskat väsentligt är ischemisk hjärtsjukdom fortfarande den vanligaste dödsorsaken [5].

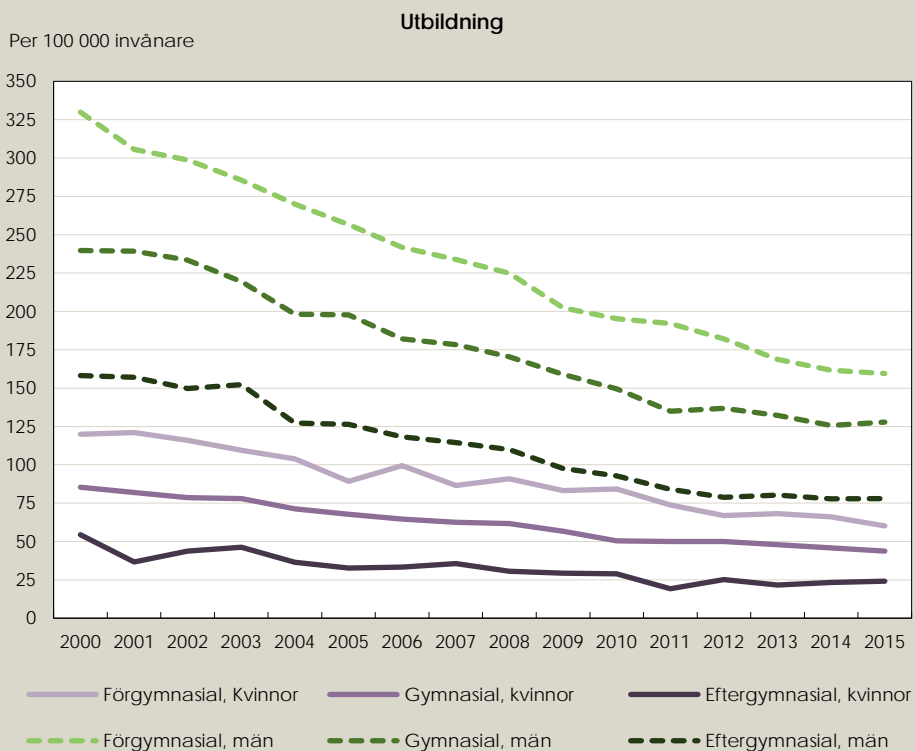
Ischemiska hjärtsjukdomar ingår inte som komponent i de mått på åtgärdbar dödlighet i den form som redovisas ovan. Den kraftiga nedgången i dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar under många år antyder dock att en

stor del kan åtgärdas med såväl medicinska insatser som förändrade levnadsvanor, levnadsförhållanden och livsvillkor.

I diagrammet redovisas utvecklingen över tid uppdelad efter kön och utbildning. När måttet redovisas efter utbildning avgränsas det nedåt till 35 år. Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom före 80 års ålder är markant högre bland män än bland kvinnor. En förbättring har skett bland alla grupper, men utbildningsgradienten är tydlig och visar att det finns utrymme kvar för ytterligare minskad dödlighet främst bland dem med högst grundskoleutbildning eller motsvarande. Dödligheten för båda könen är mer än den dubbla bland dem med högst förgymnasial utbildning jämfört med dem som gått på universitet eller högskola.

Diagram 6. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Utbildningsgrupper

Antal dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

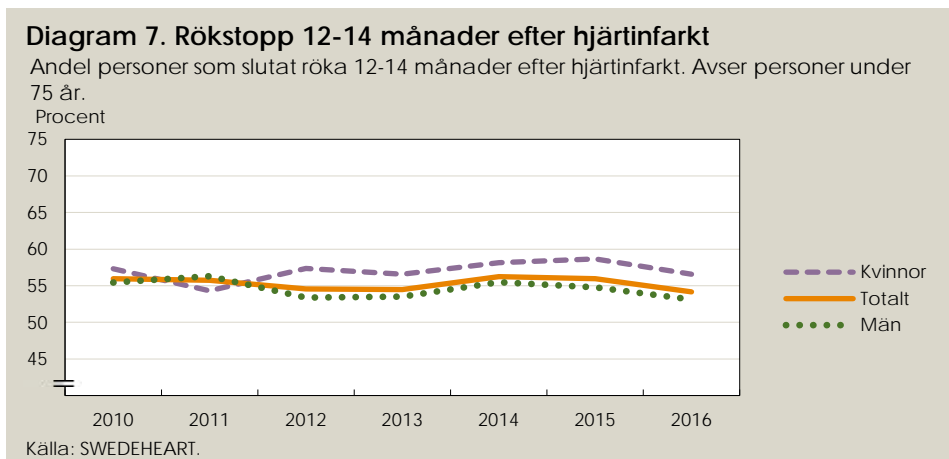
Indikatorer för förebyggande insatser

Här redovisas indikatorer som belyser arbete med förebyggande och tidiga insatser. Till störst del rör det arbete med levnadsvanor hos patientgrupper som redan har en kronisk sjukdom. Måtten kan vara av karaktären ”andel som slutat röka” eller ”förekomst av vissa levnadsvanor i patientgruppen”, alltså förhållanden som kan påverkas bl.a. av vilket stöd vården ger patienterna men även av andra faktorer. Men det finns även mer tydliga processmått, t.ex. hur många patienter som deltagit i träningsprogram.

Rökstopp 12–14 månader efter hjärtinfarkt

Indikatorn visar andelen rökande patienter under 75 år som vid uppföljning 12–14 månader efter hjärtinfarkten hade slutat röka. Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom. För den rökande hjärtinfarktpatienten är rökstopp därför en viktig åtgärd för att minska risken för återinsjuknande.

Indikatorn visar ingen tydlig förbättring och ligger runt 55 procent för hela perioden.



Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

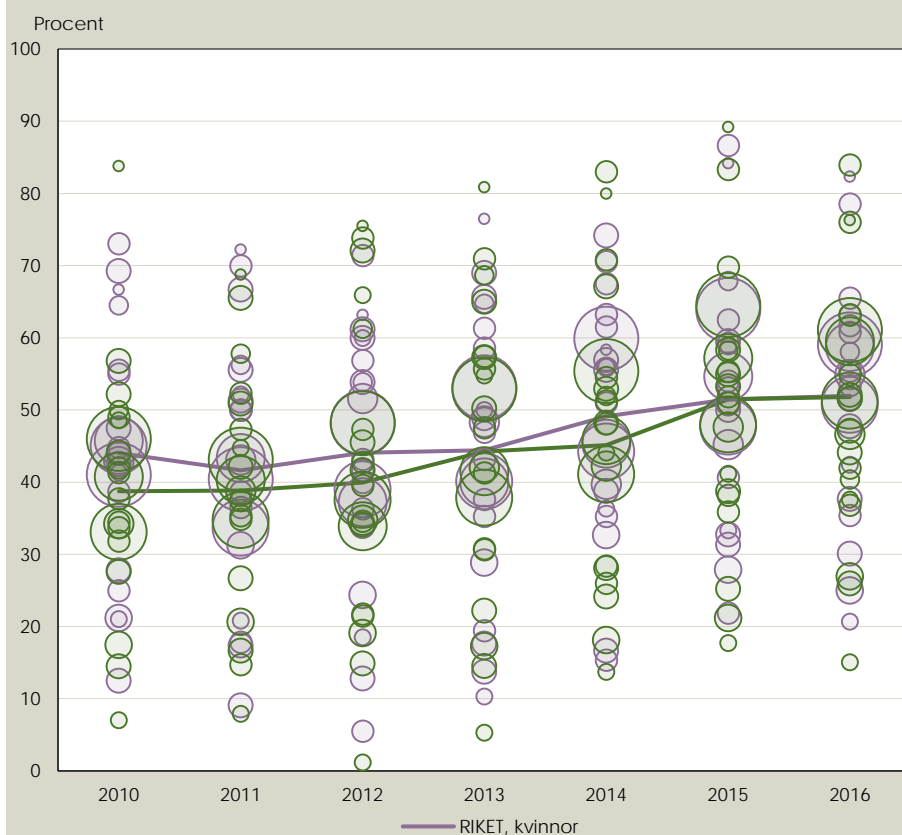
Indikatorn visar andelen patienter under 75 år, som inom 12–14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i något fysiskt träningsprogram i den omfattning som rekommenderas i behandlingsriktlinjer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom. Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärtkärlsjukdom. Ett av flera inslag för att förebygga ny sjukdom är därför fysisk aktivitet och fysisk träning.

Indikatorn visar en viss förbättring de senaste sex åren, men spridningen mellan länen är väldigt stor vilket indikerar att många fler patienter skulle kunna delta i fysiskt träningsprogram.

Diagram 8. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: Swedeheart - SEPHIA.

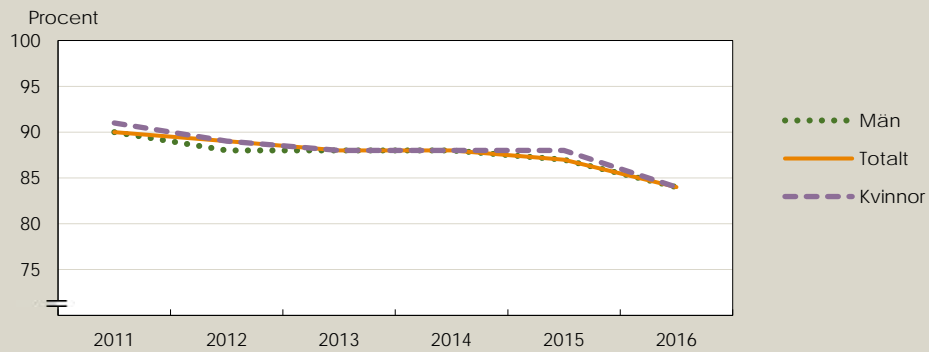
Rökstopp efter stroke

Indikatorn visar andelen patienter som uppgett att de slutat röka vid tremånadersuppföljningen efter insjuknandet, av dem som var rökare vid insjuknandet. Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom, så en viktig och effektiv åtgärd för att förhindra att patienten får en ny stroke eller en annan hjärtkärlsjukdom efter stroke är att hjälpa patienten att sluta röka.

Indikatorn visar ingen förbättring under den redovisade sexårsperioden. Bland de uppföljda som svarade var andelen under 85 procent 2016 jämfört med 90 procent 2011.

Diagram 9. Rökstopp efter stroke

Andel strokepatienter som slutat röka 3 månader efter insjuknandet.



Antikoagulantia till riskpatienter

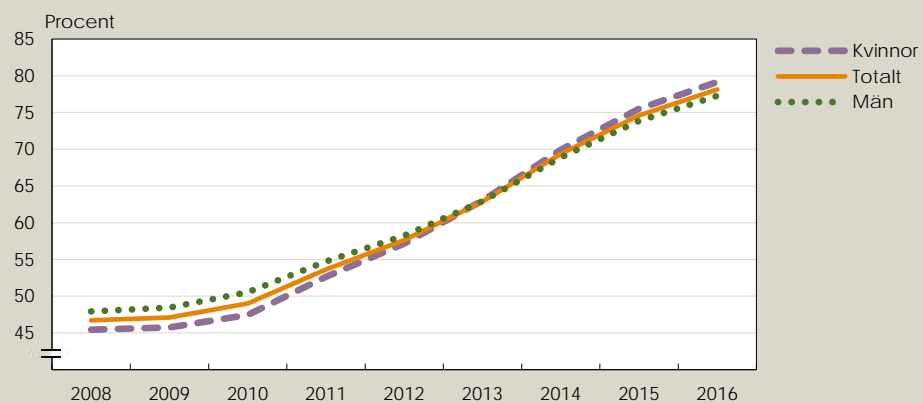
Indikatorn visar andelen patienter som vårdats i slutenvård med förmaksflimmer och som har minst 2 riskpoäng för stroke enligt ett riskbedömningsinstrument (CHA2DS2VASc) och som behandlas med blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia) inom 182 dagar efter utskrivning.

Förmaksflimmer är ett tillstånd som ökar risken för blodpropp och stroke. Risken ökar om patienten har ytterligare riskfaktorer utöver förmaksflimmer. För dessa patienter rekommenderas därför antikoagulantia-behandling.

Resultaten visar att vissa typer av processindikatorer kan ha en snabb positiv utveckling. Under de senaste åtta åren har resultatet gått från under 50 procent upp till nära 80 procent, vilket är Socialstyrelsens målnivå för indikatorn. Utvecklingen för denna förebyggande läkemedelsindikator har en betydligt tydligare utveckling jämfört med de indikatorer som rör levnadsvanor.

Diagram 10. Antikoagulantia till riskpatienter

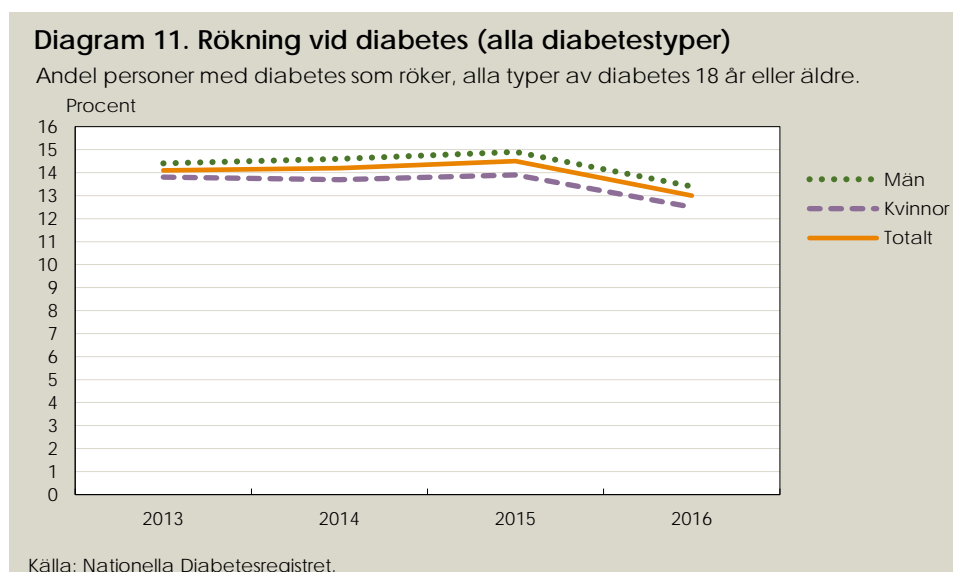
Andel patienter med antikoagulantia-behandling inom 182 dagar efter utskrivning från vårdtillfälle med förmaksflimmer och med riskfaktor för stroke. Ålderstandardiserade värden.



Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)

Indikatorn visar andelen patienter med diabetes i primärvården som uppger att de röker. Risken för hjärtkärlsjukdom är två till tre gånger högre hos personer med diabetes än hos dem utan diabetes. Flera riskfaktorer bidrar till detta, t.ex. rökning, högt blodsocker, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Risken ökar med antalet riskfaktorer. Rökning är en högriskfaktor och rökstopp är därför en av de viktigaste preventiva åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer.

Värdet är något lägre för det senaste redovisade året, 2016. Värdena är dock långt ifrån Socialstyrelsens målnivå som är 5 procent.



Även om alla landsting och regioner fortsatt ligger långt ifrån en andel rökare på 5 procent eller lägre anser Socialstyrelsen att målet om 95 procents rökfrihet, bland både personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes, vara realistisk på sikt [6].

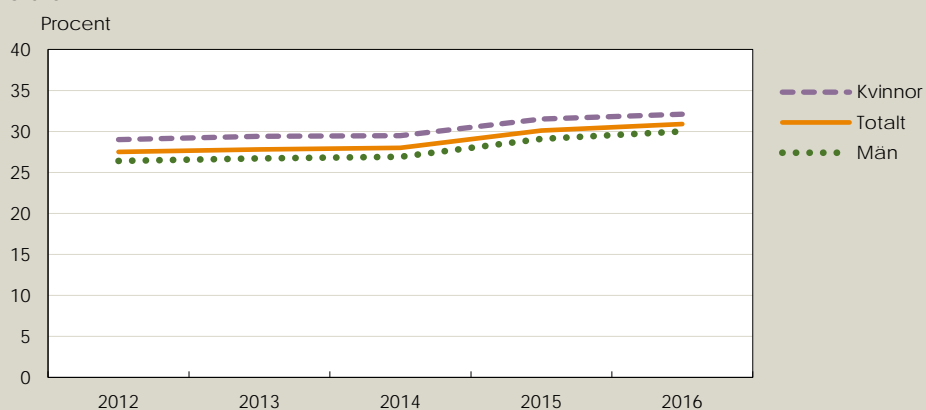
Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

Indikatorn visar andelen patienter diabetes (typ 1 och 2) som är fysiskt inaktiva (fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad mindre än en gång i veckan). Uppgiften baseras inte på någon patientenkät utan fångas genom att vårdgivaren efter samtal med eller på basis av kunskap om patienten anger det svarsalternativ som anses passa bäst.

Stöd till ökad fysisk aktivitet är en åtgärd som är högt rekommenderad i de nationella riktlinjerna för diabetes. Indikatorn visar ingen förbättring för den redovisade femårsperioden.

Diagram 12. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva, alla typer av diabetes 18 år eller äldre.



Källa: Nationella Diabetesregistret.

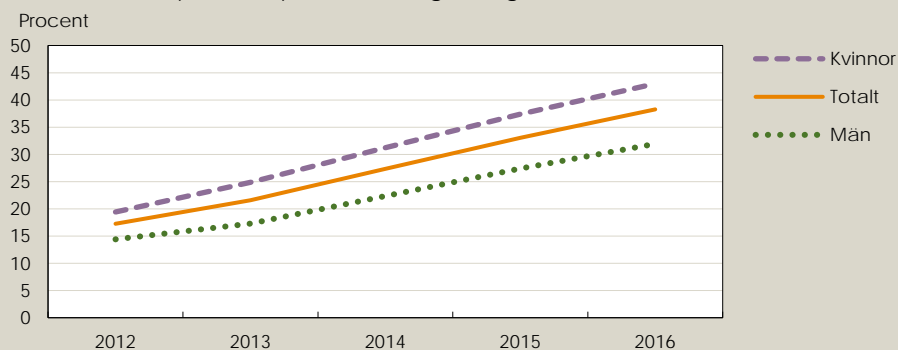
Artrosskola före höftprotesoperation

Indikatorn visar andelen höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola. Enligt de nationella riktlinjerna ska en protesoperation endast genomföras vid svåra besvär och om andra insatser inte haft tillräcklig effekt, t.ex. utbildning, fysisk träning, viktnedgång eller läkemedelsbehandling. Detta innebär att personer som genomgår en protesoperation bör ha fått sådana insatser före operationen. Ett vanligt sätt att samla och genomföra dessa insatser är i form av en s.k. artrosskola.

Indikatorn visar en förbättring under perioden, men om alla patienter borde få sådana insatser finns stort utrymme för fortsatt förbättring. En felkälla kan vara att personer som deltagit i en artrosskola inte varit bekanta med benämningen artrosskola, vilket gör att de svarar nej på frågan trots att de i praktiken har fått denna insats.

Diagram 13. Artrosskola före höftprotesoperation

Andel höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola.



Källa: Svenska Höftprotesregistret (SHPR).

Referenser

1. Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016. Socialstyrelsen; 2017.
2. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014. Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2015.
3. Öppna jämförelser 2017 - En god vård? - Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
4. Folkhälsan i Sverige 2016. Folhälsomyndigheten; 2016.
5. Sweden - Country Profile. 2017. Hämtad 2017-12-08 från <http://www.healthdata.org/sweden>.
6. Målnivåer för diabetesvård. Socialstyrelsen; 2015.

Bilaga 3. Fördjupade beskrivningar av arbete med hälsosamtal

Västerbottens hälsoundersökningar

Bakgrund

Initiativ

Västerbottens hälsoundersökningar tog sin början i Norsjö kommun 1985, som en följd av att data visade på att Västerbotten i början av 1980-talet hade det högsta dödstalet i hjärt- kärlsjukdomar i åldrarna 40–74 år, det vill säga förtida hjärtkärlöd, i Sverige. Inom landstinget var det Norsjö som låg sämst till. Efter samråd med lokala och nationella forskare, förtroendevalda och representanter för landstingets olika verksamheter beslutade landstinget att man skulle genomföra en satsning för att minska förtida hjärt- kärlsjukdomar och diabetes i landstinget. Man beslutade även att först utarbeta programmet som en pilot i Norsjö kommun. Det fanns även en medvetenhet hos befolkningen om problemet och det förväntades någon form av insats. Redan från start fick primärvården uppdraget att genomföra hälsoundersökningar med inriktning på hjärtkärlsjukdom och diabetes och hälsosamtal riktade till hela befolkningen. Dessutom genomfördes samhällsinriktade insatser genom ett samarbete mellan landstinget, kommunens olika förvaltningar, näringslivet, frivilligorganisationer och statliga organ. Programmet sedan spreds till hela landstinget under 1990–1991. Sedan 1995 är Västerbottens hälsoundersökningar en del av primärvårdens ordinarie verksamhet, oavsett om vårdcentralen bedrivs i privat eller offentlig regi, medan kommunernas samhällsinriktade insatser är deras ansvarsområde, där landstinget bidrar med underlag i form av resultat från hälsoundersökningarna, med faktainformation om problemområdet och som samarbetspartner.

Arbetsätt:

Från början erbjöds invånarna ett hälsosamtal då de fyllde 30, 40, 50 och 60 år. På grund av ekonomisk nedgång i mitten av 90-talet krävdes nedskärningar, och man valde att stryka hälsosamtalen för 30-åringar. Syftet med hälsosamtalen är att deltagarna ska förstå sambandet mellan sina levnadsvanor och eventuella hälsoproblem och risk för hjärtkärlsjukdom/diabetes och att utifrån sin livssituation och egna prioriteringar hitta sin motivation för ett hälsofrämjande leverne. Dessutom är målet att i tidigt skede hitta personer med särskilt hög risk eller ev redan diagnostisk nivå på riskfaktorer och direkt och enkelt att slussa dem in i sjukvårdsapparaten för förebyggande behandling även med läkemedel om så behövs.

Allmänheten får information om hälsosamtalen genom lokala medier, men eftersom programmet har varit igång under så lång tid är det väl inarbetat och invånarna förväntar sig en inbjudan från sin hälsocentral det år de fyller 40, 50 och 60 år. Från och med 2017 kan man delta även under året efter året

man fyllde jämnt. Flertalet hälsocentraler bjuder in via brev och erbjuder då en tid för ett första besök med provtagning och ifyllande av enkät. Några hälsocentraler har valt att bjuda in via telefon direkt, för att lättare komma överens om en passande tid med deltagaren. En informationsbroschyr ang syftet med VHU och kortfattat om hur det går till samt hur data hanteras skickas tillsammans med inbjudan.

Deltagaren får en första tid för provtagning på morgonen eftersom deltagaren skall fasta minst 9 timmar. Vidare skall deltagaren inte anstränga sig fysiskt och inte använda tobak innan provtagningen. Provtagningen omfattar oralt sockertoleranstest (i vissa fall tas HbA1c och sockerbelastning utförs ej vid känd diabetes eller diabetiskt värde i fasteprovet), systoliskt och diastoliskt blodtryck, lipidstatus (total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol och triglycerider), längd, vikt, midja. Under de två timmarna som deltagaren väntar besvaras den omfattande hälsoenkäten som bland annat innehåller frågor om deltagarens hälsa, livskvalitet, levnadsvanor (fysisk aktivitet, stillasittande, tobaksanvändning, alkohol, matvanor), socialt stöd och nätverk, läkemedel/kosttillskott, arbetsförhållanden, snarkning. Under detta besök bokas en ny tid för hälsosamtalen som bygger på svaren i hälsoenkäten och provsvaren. Det händer att deltagaren inte tagit alla eller bara några prover eller fyllt i delar av enkäten, men det hindrar inte att hälsosamtalen genomförs. Enstaka hälsocentraler skickar ut enkäten före provtagningen för att besvaras i förväg

Hälsosamtalen

Ersättning beslutas av landstingsstyrelsen. För varje hälsosamtal erhåller vårdcentralen 600 kr från landstinget samt ordinarie patientavgift från deltagarna (200 kr) Från och med 180101 är ersättningen 800 kr från landstinget, oförändrat från deltagaren.

De som utför hälsosamtalen är sjuksköterskor eller distriktssköterskor som genomgått en grundutbildning för Västerbottens Hälsoundersökningar. Ett antal vårdcentraler, framförallt de större, har en tjänst avsatt för arbetet. Eftersom det är ett väl avgränsat arbete är det lättare att planera än mycket av den andra verksamheten på en vårdcentral. Några sjuksköterskor kombinerar uppdraget med tjänst som diabetes- eller hypertonsköterska.

Genom åren har hälsosamtalen utvecklats från rådgivning och fokus på enskilda riskfaktorer och sjukdomsprevention till ett personcentrerat arbetssätt med en helhetssyn på individen och hens förutsättningar och preferenser och både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategi. Metodiken motiverande samtal tillämpas och för att främja deltagarens förståelse av hur levnadsvanor och hälsa samvarierar med riskfaktorer används ett pedagogisk bildbaserat hjälpmedel, Stjärnprofilen. I denna markeras självskattad hälsa, levnadsvanor och kardiella riskfaktorer och resultatet blir mer likt en stjärna om hälsosituationen är gynnsam men mindre ”stjärnlik” om levnadsvanor och/eller riskfaktorer inte är gynnsamma. Med det som underlag kan dialogen röra möjliga hälsofrämjande förändringsområden. På stjärnprofilens baksida kan/uppmuntras deltagaren notera mål för att vidmakthålla eller förändra olika aspekter av levnadsvanorna och eventuellt hälsomål att uppnå.

Många års erfarenhet ger vid handen att stjärnprofilen upplevs positivt av såväl deltagare som utförare och underlättar hälsosamtalen. ”Man går hem och sätter upp stjärnprofilen på kylskåpet”

Nuläge

Deltagande

Målsättning är att 70 procent av befolkningen ska delta, en målsättning som flertalet vårdcentralerna uppnår, men några hälsocentraler har lägre deltagande och 7 av 39 hälsocentraler ligger lägre än 50%. Orsakerna varierar från brist på personal till att mer vara en fråga om prioritering och ledning på hälsocentralsnivå.

Resursbehov

Hälsocentralsnivå: Särskilda personer arbetar med VHU på varje hälsocentral. Undersköterska/biomedicinsk analytiker utför glukosbelastning och provtagning som för VHUs del även innefattar prover som fryses och sänds till Medicinsk Biobank för forskningsändamål, beskrivning av detta ges inte här. En eller flera distrikts/sjuksköterskor har omhand hälsosamtalen.

Landstingsnivå: Tre hälsoutvecklare i var sitt geografiskt område ansvarar för de löpande kontakterna med hälsocentralerna. En medicinsk koordinator har som huvuduppgift ansvar att bevaka evidensläget gällande prevention av förtida hjärtkärlsjukdom och diabetes, att förbereda uppdatering av programmet och rutinerna och redovisa till VHU-rådet, att tillsammans med hälsoutvecklarna vara stöd till utövarna på hälsocentralerna och organisera det operativa arbetet inom VHUs stödstruktur, utbildningsinsatserna till hälsocentralerna och framtagande och uppdatering av informationsmaterial till deltagarna. Medicinsk koordinator är även första linjen i kontakter med media och andra intressenter avseende VHU, sammanställer resultat och ansvarar för feed-back till hälsocentralerna och medverkar i resultatsammanställningar till landstinget/politiker och till kommunernas folkhälsoråd. Föreslår hur resultat ska redovisas till allmänheten i interaktivt program på VLLS hemsida <https://www.vll.se/startside/halsa-och-vard/folkhalsa/vasterbottens-halsoundersokning-vhu/data-vhu-resultat>

Ett vetenskapligt råd har det övergripande ansvaret för innehållet i VHU, dess metoder, rutiner för åtgärder och uppföljning representerar medicinsk kompetens i Allmänmedicin, intern medicin/kardiologi, beteendemedicin, och vetenskaplig kompetens i Epidemiologi, folkhälsovetenskap, allmänmedicin, beteendemedicin, statistik, näringsforskning socialt arbete (kan variera något över tid). Multiprofessionell kompetens säkerställs genom att bland ledamöterna finns läkare, sjuksköterskor, fysioterapeut, dietist/kostvetare, psykolog, samt administrativa företrädare på landstingsnivå, chef för Folkhälsoenheten och hälsoutvecklare. Detta råd kommer under 2018 i samband med strukturförändringar avseende forskning att omformas och få namnet Interventionsråd med fortsatt multiprofessionell medicinsk och vetenskaplig kompetens, och företrädare för stödstrukturen och utövarna.

Kvalitetssäkring

Detta sker genom kontinuerlig anpassning av programmet till aktuell *medicinsk evidens* och gällande nationella och lokala rekommendationer och

guidelines för prevention av hjärtkärlsjukdom och diabetes. Här ingår att definiera gränsvärden för åtgärder och fortsatt uppföljning/remiss. Detta är en av medicinsk koordinators huvuduppgifter att bevaka och implementera i VHUs program. Avseende antropometriska undersökningar (längd, vikt, midja) samt blodtryck anges i detalj i manualen hur detta utförs och för blodprovstagning och analys tillämpas landstingets centrala anvisningar. Denna detalj förutsätter upprepad information och utbildning i takt med att nya medarbetare tillkommer.

Manual: Manualen innehåller bakgrundsinformation om VHU, faktaunderlag avseende olika aspekter på hjärtkärlprevention, tolkning av mätvärden och ”åtgärds katalog”, hur stjärnprofilen skall användas, dokumentering i journal och ansvarsområden. Manualen uppdateras årligen. För att underlätta arbetet har en ”Lathund” med utgångspunkt från mät- och provvärden och med systematisk koppling till rekommenderade åtgärder. Feed-back till hälsocentralerna med sammanställning av deras resultat (på individnivå) avseende åtgärdbara riskindikatorer skall sammanställas av databasens statistiker.

Datahantering: All insamlad data är definierad som journaldata eftersom det används inom hälso- och sjukvården. Labprover finns dokumenterade i den elektroniska journalen liksom dokumentation av hälsosamtal. Enkäten är (fortfarande) i pappersformat, läses optiskt av enhet vid Umeå Universitet och resultaten sammanställs i en databas vid Enheten för Epidemiologi och global hälsa enligt avtal mellan VLL och Umeå universitet. Denna databas används för verksamhetsuppföljning årligen och som underlag för redovisningen till allmänheten på VLLS hemsida på gruppnivå. Data överförs även till en forskningsdatabas för forskningsprojekt som är bedömda av vetenskaplig expertgrupp och godkända av Etikprövningsnämnd.

Utbildning: Ett särskilt utbildningsprogram riktar sig till dem som genomför Västerbottens hälsoundersökning. Detta bekostas av folkhälsoenheten och består av flera delar.

En grundutbildning omfattar information om bakgrund och historik av VHU, genomförande inklusive provtagning, hälsosamtal, manual. Grundutbildning genomförs när det finns behov (minst 10 deltagare), under 2017 har detta genomförts två gånger pga stor personalomsättning.

Halvdagsträffar med olika teman inom arbetsområdet som genomförs i vart och ett av de tre delarna av landstinget (Umeå, Skellefteå och södra Lappland). Dessa genomförs i regel på höstterminen.

Länsutbildningsdagar från lunch till lunch, i regel på vårterminen och alltid i två omgångar, så att alla ska kunna delta. Resultat avseende insamlade data redovisas, uppdateringar i VHU-manualen går igenom, nya forskningsrön presenteras och föreläsningar ges inom specifika områden med relevans för programmet, ett huvudtema per år beroende på vad som är aktuellt, samt alltid en föreläsning om matvanor (konstant svårt område med ständigt många frågor) och fysisk aktivitet. Detta ger även möjlighet till erfarenhetsutbyte och VHU-sköterskorna har möjlighet att ta upp egna frågor och ge input till VHU. På så sätt ges kontinuerligt fortbildning och uppdatering inom området prevention av hjärtkärlsjukdom, och även närliggande områden som är viktiga för samtalen, tex psykosocial hälsa, personcentrerat förhållningssätt, förändringskunskap.

Diplomering: En diplomering av VHU-sköterskor har införts. I detta ingår: Grundutbildning, utbildning i Motivational Interviewing (MI), Sundkurs <http://www.sundkurs.se/>, ha genomfört minst 20 hälsosamtal och att lämna in en skriftlig reflexionsuppgift som handlar om erfarenheter, svårigheter och utvecklingsmöjligheter i den individuella sköterskans eget arbete med hälsosamtalen. För närvarande (hösten 2017) förbereds en examinering med frågor avseende kunskap om prevention av hjärtkärlsjukdom

Utöver detta kan VHU-sköterskorna alltid vända sig till hälsoutvecklare eller medicinsk koordinator vid Folkhälsoenheten om det finns frågor omkring programmet eller individuella deltagareärenden.

Landstinget har lagt stor vikt på att det ska finnas ett välfungerande supportsystem och att programmet ska utföras enligt aktuell evidens.

Processflöde, IT-stöd

Sedan några år pågår planering för digitalisering av VHU-enkäten. I detta sammanhang har hela VHU processen kartlagts (inbjudan, besök, provtagningar, datahantering, hälsosamtal, dokumentation, fortsatt individuell uppföljning, återrapportering och verksamhetsuppföljning (aggregerade data), koppling till forskning inklusive hantering av informerat samtycke och forskningsprover i Medicinsk Biobank, länkning till historiska data). Samtidigt planeras för återinförande av digitalt bedömning/beslutsstöd. Digitalisering av bokning/om/avbokning via 1177 pågår och beräknas tas i bruk under 2018. Pilot med E-hälsosamtal inklusive digital feedback till deltagaren startas hösten 2017. Digital enkät är tänkt att vara tillgänglig via 1177, men preliminärt är avsikten att deltagaren besvarar enkäten på en läsplatta i samband med besöket för provtagning. Erfarenheten är att de ingående frågorna om levnadsvillkor, socialt stöd, levnadsvanor starkt berör deltagaren och sätter igång en psykologisk process som är ett mycket gynnsamt underlag för hälsosamtalet som i regel kommer någon eller några veckor senare. Troligen kommer i alla fall olika möjligheter för besvarande av enkät att finnas, även pappersformatet.

Hela denna digitaliseringsprocess som bla syftar till minskade och enklare administrativa åtgärder, enklare åtkomst för deltagare, högre kvalitet avseende åtgärder/uppföljning av deltagare mm kommer att ta tid och troligen kräva mycket resurser. Å andra sidan finns potentiell besparing på flera 100 000kr bara för pappersenkäter och optisk läsning årligen.

Hälsoeffekter

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

Programmet, deltagande över tid inklusive i olika sociala grupper och utvecklingen av riskfaktorer har beskrivits i en serie publicerade artiklar (1–8). Utvärderingar över tid av kardiovaskulära riskfaktorer visar både på positiva (sjunkande kolesterol, blodtryck och rökning) och mindre positiva förändringar (stigande BMI- och blodsockernivåer), liksom social olikhet med högre riskfaktorbelastning i grupper med lägre utbildning och inkomst (9, 10). En jämförelse med WHO-MONICA talar dock för att

sänkningen av kolesterol och blodtryck varit större i Västerbotten än i referensområdet (trots att Västerbotten som län ingår i WHO-MONICA) (11). Vikten av att inte endast koncentrera sig på individer med avvikande värden på riskfaktorer utan även arbeta för att behålla goda levnadsvanor och normala värden, beslystes i uppföljningar där man såg att risken att utveckla fetma var störst bland dem som inte hade avvikande värden, det vill säga som inte hade förhöjt blodsocker eller blodtryck (12). Fortsatta studier har visat å ena sidan att ju fler ohälsosamma levnadsvanor en individ har desto större är risken att få diabetes (13), och å andra sidan att förändring av levnadsvanor, inte minst genom mer hälsosam kost, kan minska risken för diabetes (14). Resultaten visar även att dubbelt så många nya diabetesfall skulle kunna förebyggas om hela befolkningen över en 10-årsperiod förblir viktstabil jämfört med om man kunde intervensera så att personer med redan utvecklad fetma minskar i vikt (15). Det senare torde vara betydligt svårare och med kortsiktig effekt.

I en utvärdering 1990–2006 publicerad 2015 visades att den förtida mortaliteten bland målpopulationen för VHU (deltagare och icke-deltagare sammantaget) var ca 10% lägre än vad som kunde förväntas genom applicering av mortalitetstal för hela svenska befolkningen på målpopulationen för VHU. Det var en överraskning att effekten var större bland kvinnor, ca 12 % lägre än förväntat, jämfört med bland män, ca 8% lägre än förväntat. Detta motsvarar 587 dödsfall som inte inträffat, men som ”borde ha inträffat” om dödstalet i VHUs målbefolkning varit samma som i motsvarande svenska befolkning (hänsyn tagen till ålder, kön, utbildningsnivå och period). Endast ett mindre antal gällde den fjärdedel av målpopulationen som hade universitetsutbildning, det största antalet gällde personer med grundskole- och gymnasieutbildning. Resultatet för enbart gruppen deltagare i VHU var ca 35% färre dödsfall än förväntat (16). Nyligen visades även resultat som talar för att personer som får diabetesdiagnos i samband med screening inom VHU har bättre prognos än personer som diagnosticeras i vanlig klinisk verksamhet (17).

En hälsoekonomisk utvärdering från den tidiga perioden (Norsjöprojektet kallades det då) visade att verksamheten var kostnadseffektiv, och en nu aktuell utvärdering visar att VHU inte endast är kostnadseffektiv utan till och med kostnadsbesparande, dvs vinsten är större än kostnaden (inskickat manuskript)!

Framtid

Hinder

En stor utmaning nu är brist på personal i primärvården och mycket pressad arbetssituation generellt. Detta är ett hot mot allt preventivt arbete inom hälso- och sjukvården. Personalbrist kan också innebära att vi vidgar gruppen som utför hälsosamtalen till att omfatta annan legitimerad personal (sjukgymnaster, dietister i första hand). Ett annat sätt är att nyttja den stora kader engagerade och kunniga VHU-sköterskor som nyss gått i pension men som egentligen vill fortsätta med VHU. Det kan möjliggöras genom e-Hälsosamtal där sköterskan med behörighet i alla hälsocentralers journal kan sitta var som helst i länet och deltagaren deltar hemifrån eller på sin hälsocentral –

deltagaren väljer det alternativ hen föredrar. På så sätt kan e-Hälsosamtal öka tillgängligheten till VHU, samtidigt som detta är också en möjlighet att överbrygga mer kortvariga personalproblem vid enstaka hälsocentraler då VHU-sköterskor vid andra hälsocentraler kan träda in.

Fortfarande finns motstånd mot verksamhet såsom VHU från forskarsamhället och även från delar av professionerna i sjukvården. Detta kan nog bara tacklas genom att lägga fram mer evidens och genom att vara synliga på konferenser och i tidskrifter och delta i samhällsdebatten. För detta behövs även resurser, det kan inte bygga på idealitet. En utbredd missuppfattning är att de utvärderingar som görs av Cochrane är tillämpliga på riktade hälsosamtal enligt vår modell. I den granskning SBU 2013 gjorde av Cochrans utvärdering av Generella hälsokontroller publicerad 2012, drog SBU slutsatsen att Cochraneutvärderingen inte var tillämplig på riktade hälsosamtal enligt VHUs modell. Men detta framfördes endast i ett förtydligande några dagar efter att granskningen offentliggjorts

<http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/generella-halsokontroller-for-vuxna/fortydligande-om-generella-halsokontroller/>

Detta förtydligande uppmärksammades inte på samma sätt som det första beskedet. En studie som exemplifierar att slutsatser och resultat från randomiserade kontrollerade prövningar (RCT), som är de enda studier som ingår i Cochraneutvärderingarna, inte är tillämpliga på program såsom VHU, är Inter 99 i Köpenhamn. Inter 99 ter sig vid en första anblick närapå identisk med VHU i sitt upplägg, men den närmare granskning ger vid handen att den var kortsiktig (inklusion 1½ år och utvärdering efter endast 10 år), genomfördes helt inom en forskningsorganisation utanför den stabila struktur som utgörs av hälso- och sjukvården, interventionen nådde endast en liten andel av befolkningen och Inter99 tillämpade en klar högriskstrategi (18). Möjligheter till spridningseffekter i befolkningen torde vara obefintliga i Inter 99, vilket också randomiserade kliniska prövningar av den typen vill undvika. Befolkningsinriktade program, dvs där hela befolkningen inbegrips, kan inte utvärderas med randomiserade kliniska prövningar som endast når en mycket liten del av målpopulationen och under en begränsad tid.

Möjligheter

Vi bedömer att digitalisering av VHU-processen innebär möjlighet till både besparing och högre kvalitet. Ett elektroniskt beslutsstöd efterfrågas numera ständigt.

Socialstyrelsens aktuella Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor och slutrapporten från Kommissionen för jämlik hälsa ger starkt stöd för att fortsätta med de riktade hälsosamtalen för prevention av förtida Hjärtkärlsjukdom och diabetes. Om dessa kan förankras i verksamheten torde det bidra till att vår verksamhet stärks och legitimeras och att program efter samma koncept sprids till alla landsting/regioner.

Det är inte osannolikt att det strukturerade arbetet inom VHU ger spin-off effekter i den vanliga vården eftersom det till exempel inte är troligt att en VHU-sköterska glömmer bort det preventiva arbetssättet i andra patientkontakter. Likaså att VHU-deltagande ger en booster-effekt i andra sammanhang i vården där hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande åtgärder aktualiseras.

De resultat vi nu ser visar på en utmaning att utveckla metoder inom VHU som bättre når den manliga befolkningen och samtidigt ger en möjlighet att få bättre resultat.

Framgångsfaktorer

Viktiga faktorer är en välutvecklad struktur för utveckling och stöd, tydligt och långsiktigt stöd från beslutsfattare, möjlighet att bearbeta data och vi tror att växelverkan med forskningen bidrar till att stärka interventionen.

Det är mycket viktigt att arbeta för att uppnå högt deltagande eftersom detta ger förutsättningar för spridning av ”preventionsbudskapet” och en ökad medvetenhet i befolkningen (Diffusion of innovations). Långsiktigt arbete, mediekampanjer, lättillgänglig information, samverkan med andra samhällsaktörer etc torde bidra till en förväntan från befolkningen att få delta i VHU.

Att presentera mer resultat är också en viktig framgångsfaktor.

Vad skulle behövas

Trots ökad ersättning 2018 är det troligt att ersättningen i Västerbotten ligger i underkant, bland annat av det skälet att arbetet här även omfattar arbetskrävande handhavande av forskningsprover. Överhuvud taget behövs en bättre situation, rimligare resurstilldelning och arbetsro inom primärvården. Sett nationellt behövs mer engagemang från läkarkåren.

Referenser

1. Norberg M, Wall S, Boman K, Weinehall L. The Vasterbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Glob Health Action*. 2010;3.
2. Norberg M, Blomstedt Y, Lonnberg G, Nystrom L, Stenlund H, Wall S, et al. Community participation and sustainability--evidence over 25 years in the Vasterbotten Intervention Programme. *Glob Health Action*. 2012;5:1-9.
3. Lindahl B, Stenlund H, Norberg M. Increasing glucose concentrations and prevalence of diabetes mellitus in northern Sweden, 1990-2007. *Glob Health Action*. 2010;3.
4. Ng N, Carlberg B, Weinehall L, Norberg M. Trends of blood pressure levels and management in Vasterbotten County, Sweden, during 1990-2010. *Glob Health Action*. 2012;5.
5. Ng N, Johnson O, Lindahl B, Norberg M. A reversal of decreasing trends in population cholesterol levels in Vasterbotten County, Sweden. *Glob Health Action*. 2012;5.
6. Ng N, Soderman K, Norberg M, Ohman A. Increasing physical activity, but persisting social gaps among middle-aged people: trends in Northern Sweden from 1990 to 2007. *Glob Health Action*. 2011;4.
7. Norberg M, Lindvall K, Stenlund H, Lindahl B. The obesity epidemic slows among the middle-aged population in Sweden while the socioeconomic gap widens. *Glob Health Action*. 2010;3.

8. Norberg M, Lundqvist G, Nilsson M, Gilljam H, Weinehall L. Changing patterns of tobacco use in a middle-aged population - the role of snus, gender, age, and education. *Glob Health Action*. 2011;4.
9. Norberg M, Malmberg G, Ng N, Brostrom G. Who is using snus? - Time trends, socioeconomic and geographic characteristics of snus users in the ageing Swedish population. *BMC Public Health*. 2011;11(1):929.
10. Padyab M, Norberg M. Socioeconomic inequalities and body mass index in Vasterbotten County, Sweden: a longitudinal study of life course influences over two decades. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):35.
11. Long GH, Simmons RK, Norberg M, Wennberg P, Lindahl B, Rolandsson O, et al. Temporal shifts in cardiovascular risk factor distribution. *Am J Prev Med*. 2014;46(2):112-21.
12. Nafziger AN, Lindvall K, Norberg M, Stenlund H, Wall S, Jenkins PL, et al. Who is maintaining weight in a middle-aged population in Sweden? A longitudinal analysis over 10 years. *BMC Public Health*. 2007;7(147):108.
13. Long GH, Johansson I, Rolandsson O, Wennberg P, Fharm E, Weinehall L, et al. Healthy behaviours and 10-year incidence of diabetes: A population cohort study. *Preventive medicine*. 2015;71:121-7.
14. Feldman AL, Griffin SJ, Ahern AL, Long GH, Weinehall L, Fharm E, et al. Impact of weight maintenance and loss on diabetes risk and burden: a population-based study in 33,184 participants. *BMC Public Health*. 2017;17(1):170.
15. Feldman AL, Long GH, Johansson I, Weinehall L, Fharm E, Wennberg P, et al. Change in lifestyle behaviors and diabetes risk: evidence from a population-based cohort study with 10 year follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):39.
16. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, Nystrom L, Lonnberg G, Boman K, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Vasterbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ open*. 2015;5(12):e009651.
17. Feldman AL, Griffin SJ, Fharm E, Norberg M, Wennberg P, Weinehall L, et al. Screening for type 2 diabetes: do screen-detected cases fare better? *Diabetologia*. 2017.
18. Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glumer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ*. 2014;348:g3617.

Riktade hälsosamtal i Skaraborgs och Jönköpings län

Bakgrund

År 1981 uppmanade världshälsoorganisationen WHO alla medlemsländer att långsiktigt försöka minska insjuknade och död i hjärtkärlsjukdom och cancer, som då var och är de två vanligaste diagnosgrupperna avseende förtida död. Uppropet "Hälsa för alla år 2000" tog bland sikte på att insjuknande och död i hjärtkärlsjukdom fram till år 2000 skulle minska med minst 25 %. Sverige hade vid denna tidpunkt en sjukvårdslag, där uppgiften för den som arbetade i sjukvården endast var att försöka bota, lindra eller trösta. Såväl politiker som sjukvårdsledning insåg att detta inte var tillräckligt för att förbättra folkhälsan.

Man insåg att det fanns behov av att arbeta mer förebyggande och hälsofrämjande. Stärkt av WHO:s uppmaning byttes därför den tidigare sjukvårdslagen till en "Hälso- och sjukvårdslag" 1982, där hälso- och sjukvården även fick i uppdrag att arbeta mer preventivt och hälsofrämjande. I den hälsopolitiska propositionen 1984/85:181, som samtliga riksdagspartier ställde sig bakom, betonades detta ytterligare. Hälso- och sjukvården uppmanades bland annat att uppmärksamma invånarna och patienterna på levnadsvanornas betydelse för hälsa, sjukdom och död. Den som arbetade inom hälso- och sjukvården skulle dessutom, om det ansågs kliniskt relevant och lämpligt, ge råd och stöd till patienterna för att förbättra sina levnadsvanor.

Initiativ

För att ta sig an det nya uppdraget bildades 1984, i ett försök att följa WHO:s uppmaning, på initiativ av verksamhetschefen ett lokalt hälsoråd på vårdcentralen i Habo, som vid den tiden låg i dåvarande Skaraborgs län. Utsikterna för en 40-årig man att uppnå pensionsåldern 65 år var då 80 % och för en 40-årig kvinna drygt 90 %. Det innebar att var femte 40-årig man dog före 65 års ålder. Hälften av dödsfallen berodde på hjärtkärlsjukdom. Med tanke på detta och att de förtida dödsfallen var vanligare bland män ansågs det naturligt att i första hand rikta insatserna mot denna grupp. En viktig del i det program som togs fram i det lokala hälsorådet var att bjuda in alla yngre medelålders män till en hälsoundersökning med ett livsstilsinriktat hälsosamtal med fokus på hjärtkärlsjukdom.

För att vetenskapligt säkerställa innehåll i hälsoundersökning, individanpassad intervention och utvärdering togs redan från början kontakt med professor Calle Bengtsson på allmänmedicinska institutionen vid Göteborgs universitet. Calle Bengtsson hade sedan tidigare erfarenhet av liknande studier både avseende män och kvinnor från studien "1913 års män" och "Kvinnostudien i Göteborg". Inför besöket togs blodprover avseende kolesterol, triglycerider, glukos och kreatinin. Männerna fick också besvara en enkät avseende uppgifter om levnadsvanor (fysisk aktivitet, mat, rökning, alkohol), sociala faktorer och upplevd hälsa samt eventuell sedan tidigare diagnosticerad hjärtkärlsjukdom eller cancer. Vid undersökningen mättes systoliskt och

diastoliskt blodtryck, vikt, längd, midje- och stussmått, PEF samt genomfördes ett ergometercykeltest.

För att underlätta hälsosamtalet togs en grafiskt utformad hälsoprofil fram som på ett pedagogiskt och överskådligt sätt visualiserade de faktorer, som vid den tiden ansågs ha stor betydelse för risken att drabbas av hjärtkärlsjukdom (1). Hälsosamtalet genomfördes på ett personcentrerat sätt av speciellt utbildade sjuksköterskor. Vid behov och om önskemål fanns erbjöds uppföljande återbesök och deltagande i gruppverksamhet avseende matvanor eller rökavvänjning. Parallellt med hälsosamtalet utvecklades ett samarbete med andra aktörer i lokalsamhället för att underlätta deltagarnas förändring av levnadsvanor i hälsosam riktning. Det kunde handla om samarbete med olika kommunala förvaltningar, livsmedelsbutiker, polis, föreningsliv m fl.

Alla män som bodde i Habo 1985 i åldern 33–42 år bjöds in till ett hälsosamtal mellan 1985 och 1987. Av 757 inbjudna män hörsammade 652 (86 %) denna inbjudan och deltog i hälsosamtalet (2). En långtidsuppföljning har genomförts 22–27 år efter hälsosamtalet (10, 11).

Erfarenheterna av hälsosamtalen med dessa män bedömdes som så goda att landstingsfullmäktige i Skaraborg fattade beslut om att införa riktade hälsosamtal i hela länet. Successivt, med början från 1989, bjöd alla länets vårdcentraler in både män och kvinnor till ett riktat hälsosamtal det år de fyllde 30 och 35 år. Baserat på erfarenheterna från hälsosamtalen vidareutvecklades den hälsoprofil, som användes för männen i Habo. Frågorna om motion och matvanor utvidgades. Konditionstestet togs bort och midja-stusskvot tillkom på hälsoprofilen, som bytte namn till Hälsokurva. Den pedagogiska designen förstärktes med färger från grönt via gult till rött för att tydligare markera risken för hjärtkärlsjukdom. Det har gjorts smärre justeringar vad gäller riskgraderingen i enlighet med ny evidens, men i stort är utseendet på Hälsokurvan oförändrat sedan 1989.

I och med att Västragötalandsregionen (VGR) bildades fick Habos invånare möjlighet att välja om de ville tillhöra VGR eller Jönköpings län i en folkomröstning 1997. Haboborna valde Jönköpings län och primärvården i Habo blev en del av Jönköpings läns landsting (numera Region Jönköpings län). Även Utvecklingsenheten i Habo flyttade med till Jönköping och bytte namn till Primärvårdens FoU-enhet, som nu är en del av Futurum, Regionens akademi för forskning och utbildning. Till en början erbjöds hälsosamtal av enstaka vårdcentraler i det nya länet.

Arbetsätt

När Socialstyrelsen publicerade nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011, fattade landstingsfullmäktige beslut om att införa hälsosamtal i hela länet, som ett sätt att ge alla invånare möjlighet att få hjälp och stöd med att förbättra sina levnadsvanor. Det kom att ingå i uppdraget för både offentliga och privata vårdcentraler inom ramen för vårdval. Det bestämdes att alla invånare ska få en inbjudan av sin vårdcentral till ett riktat hälsosamtal med fokus på levnadsvanor det år de fyller 40, 50 och 60 år. Senare fattade politikerna beslut om att även 70-åringar skulle få samma erbjudande, vilket blev infört från och med 2015. Även förstagsföräldrar bjöds

in till hälsosamtal hos barnhälsovården när barnet fyllt ett år, där tanken är att hela familjen ska få en bra start från början.

Utöver hälsosamtalen för vuxna har FoU-enheten tillsammans med länets skolsköterskor utvecklat en gemensam modell för hälsosamtal inom elevhälsan. Utöver medicinsk undersökning ingår här frågor om skolsituation, relationer, fysisk aktivitet, skärmtid, matvanor, sömn, tobak, alkohol, droger och upplevd hälsa. Även vid dessa hälsosamtal används en hälsokurva eller ett grafiskt bildblad för att förstärka pedagogiken i samtalet.

Nuläge

Hälsosamtal

Inför varje nytt verksamhetsår får alla vårdcentraler en checklista på alla sina listade invånare som under året fyller 40, 50, 60 eller 70 år så att de kan förbereda personaldimensionering, tider för hälsosamtal med mera. I början av året går ett förebrev ut till alla invånare i målgruppen med information om att de kommer att bjudas in via sin vårdcentral någon gång under året. De informeras också om att de redan innan inbjudan kommit kan gå in i en ”webbtidbok” via 1177 och själva boka in en tid som passar. För närvarande bjuds invånarna i de olika målgrupperna in några veckor innan hälsosamtalet ska genomföras.

Innan de kommer till hälsosamtalet får de i en enkät bland annat besvara frågor om eventuella nuvarande och tidigare sjukdomar och besvär, levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, tobaksvanor, alkoholvanor), psykosocialt viktiga faktorer som krav, kontroll och socialt stöd, ärftlighet för diabetes och hjärtkärlsjukdom, grad av upplevd stress, upplevd psykisk ohälsa som nedstämdhet, trötthet, oro eller sömnsvårigheter.

Blodprover avseende blodfetter och blodsocker tas före besöket. I samband med hälsosamtalet mäts systoliskt och diastoliskt blodtryck, vikt, längd, midje- och stussmått. Beroende på vad som framkommer i hälsosamtalet kan det bli aktuellt med ytterligare blodprover och undersökningar. Deltagarens svar på enkätfrågorna, blodprover och mätvärden ligger till grund för att skapa individens personliga Hälsokurva, som ger en samlad bild av hälsoläget och eventuell risk för framtida hjärtkärlsjukdom.

Med Hälsokurvan som grund genomförs ett personcentrerat samtal, där syftet är att väcka deltagarens intresse för goda levnadsvanor och ge stöd till förändring i hälsosam riktning om behov och önskemål finns. Deltagaren erbjuds även återkomma för uppföljning samt remitteras vid behov till läkare, sjukgymnast, matrådgivare, tobaksavvänjare, kurator eller annan resursperson på vårdcentralen.

Deltagande

Deltagandet har successivt ökat för varje år sedan hälsosamtalen infördes 2012, men vårdcentralerna har kommit olika långt i processen. Deltagandet varierar från nio procent på den vårdcentral som har lägst deltagande till 85 % för den vårdcentral, som har högst deltagande. Lågt deltagande beror inte på bristande intresse hos invånarna, utan det är lokala organisatoriska orsaker som ligger bakom. I en del fall beror det på att den som utför samtalen blivit långtidssjuk eller slutat utan att man hunnit utbilda en ersättare. Generellt är

deltagandet högre bland de äldsta invånarna. Bland de yngre invånarna deltar kvinnor i något högre utsträckning. Inga skillnader ses avseende utbildningsbakgrund. Utrikes födda deltar i något mindre utsträckning. Utöver eventuell personalbrist har sättet att bjuda in stor betydelse för deltagandet. Vid inbjudan med förbokad tid ökar deltagandet med ungefär 25 % om en påminnelse skickas ut vid uteblivet svar. Allra högst blir deltagandet om inbjudningsbrev utan förbokad tid skickas följt av telefonsamtal, då man kan ge fördjupad information och komma överens om lämplig tid för hälsosamtalet. Detta inbjudningssätt ökar också deltagandet bland socioekonomiskt utsatta grupper.

De invånare som deltar i hälsosamtalet på vårdcentral betalar för närvarande 100 kronor i patientavgift och vårdcentralen ersätts därutöver med 900 kronor för varje genomfört hälsosamtal. Hälsosamtalen inom barnhälsovården är kostnadsfria för förstagångsföräldrarna. Vid en utvärdering bland dem som deltagit i hälsosamtalen upplevde 95 % att hälsosamtalet handlade om saker som kändes viktiga i ganska stor eller stor utsträckning. Om man erbjuder ett nytt hälsosamtal om fem eller tio år skulle 94 % tacka ja och 78 % trodde att hälsosamtalet kommer att påverka deras hälsa mycket eller ganska positivt.

Kvalitetssäkring

Dokumentation

I en särskild journalmall, ”Journalmall Hälsosamtal”, i datajournalen COSMIC dokumenteras det som avhandlats under hälsosamtalet. Viktiga data från enkäterna, blodprover och mätvärden dokumenteras också i en journaltabell, ”Journaltabell Hälsokurva”, som gör det möjligt att följa patientens eventuella förändringar över tid.

Aggregerade data återkopplas

Data från hälsosamtalen sammanställs av primärvårdens FoU-enhet tillsammans med sektionen för folkhälsa inom Regionen. Varje vårdcentral får en årlig kollektiv återkoppling på sina hälsosamtal, där det tillsammans med annan lokal bakgrundsdata framgår hur den egna enhetens invånare ligger till i jämförelse med hela länets invånare. Dessa aggregerade data kan användas för olika riktade insatser, beroende på utfallet. Det är också en årlig uppgift för varje vårdcentral att presentera ett lokalt förbättringsarbete med utgångspunkt från hälsosamtalen. Data från hälsosamtalen används efter etiskt godkännande även för forskning.

Resurser och utbildningskrav

För att genomföra hälsosamtalen krävs att det finns personal på alla vårdcentraler och barnhälsovårdsenheter, som är utbildad i metoden. Det rekommenderas att det helst finns minst två personer på varje enhet, som kan genomföra hälsosamtal, för att minska sårbarheten. För att få genomföra hälsosamtal krävs att man har utbildning inom hälso- och sjukvård med legitimation alternativt minst treårig postgymnasial hälsopedagogisk utbildning på högskolenivå eller motsvarande. De allra flesta är sjuksköterskor, distriktssköterskor eller barnsjuksköterskor, men även exempelvis sjukgymnaster och arbetsterapeuter genomför hälsosamtal.

Utöver denna grundkompetens krävs att man genomgått en 2-dagars utbildning i praktisk prevention med Hälsokurvan samt utbildning i motiverande samtalsmetodik eller motsvarande. De som genomför hälsosamtal ska dessutom delta i årligen återkommande fortbildningsdagar. Grundutbildningen i praktisk prevention genomförs av distriktsläkare och distriktssköterskor från primärvårdens FoU-enhet samt psykolog. Kurser i motiverande samtal genomförs i regi av sektionen för folkhälsa. FoU-enheten håller även i fortbildningsdagarna tillsammans med eventuella externa föreläsare beroende på innehåll.

Kompetens- och metodstöd

FoU-enheten erbjuder också fortlöpande metod- och kompetensstöd. Här finns disputerade distriktsläkare med vetenskaplig kompetens inom området, som fortlöpande följer kunskapsläget, för att vid behov uppdatera innehåll och metod avseende hälsosamtals olika delar. En distriktssköterska/forskningsköterska stöttar verksamheten på flera sätt och kan vid behov åka ut till vårdenheterna för att hjälpa till på plats. Till stöd för dem som utför hälsosamtal finns också en omfattande metodpärm på 230 sidor, som innehåller kunskapsunderlag områdesvis, beskrivning på hur samtalet ska genomföras, förslag till råd och stöd, förslag på kompletterande prover och undersökningar, behov av uppföljning, behov av remittering, mm.

Hälsoeffekter

Det har gjorts flera utvärderingar av hälsosamtalen med resultat som presenterats i vetenskapliga tidskrifter och avhandlingar (3–11).

Bland de 35-åringar som varit på hälsosamtal, hade 75 procent förbättrat sina matvanor, 22 procent slutat röka och andelen med låg eller ingen fysisk aktivitet minskat med 43 procent vid en uppföljning efter i genomsnitt 2,5 år (6). De som hade förbättrat sina levnadsvanor hade också förbättrat sina biologiska riskmarkörer.

I en annan uppföljningsstudie sågs efter fem år en gynnsammare utveckling i fyra interventionskommuner jämfört med fyra referenskommuner avseende BMI, bukfetma, kolesterol, blodtryck, metabol profil och psykisk hälsa (7). I Habo, där Hälsokurvan använts i en befolkningsstrategi i hälsofrämjande och primärpreventivt syfte i kombination med sekundärpreventivt arbete, minskade den åldersstandardiserade mortaliteten betydligt snabbare jämfört med både hela Sverige och likartade kommuner. Dödligheten i hjärtinfarkt före 75 års ålder minskade med 25 % bland både män och kvinnor i Sverige från mitten av 1980-talet till mitten av 1990-talet. I Habo minskade dödligheten med 50 % bland män under motsvarande period och med 86 % för kvinnor (8).

När det gäller de män i Habo, som bjöds in till hälsosamtal mellan 1985 och 1987, har en långtidsuppföljning genomförts 2009–2012 med en ny hälsoundersökning och registerdata från Apoteksregistret, SCB och Socialstyrelsen avseende läkemedel, sjukvård och dödsorsaker (10–11). I en ännu opublicerad studie (i manus) har dödligheten bland männen i Habo jämförts med dödligheten bland alla män i hela Sverige som var födda samma år som männen i Habo (1943–1952). Uppföljningen har visat att dödligheten bland de inbjudna männen i Habo var 29 % lägre analyserat enligt intention-to-treat. För

de män som deltog i hälsosamtalen var dödligheten 43 % lägre (on-treatment-analysis). En socioekonomisk analys visade att medel- och medianinkomst var densamma för männen i Habo och övriga män. När det gäller utbildningsnivå var det 21 % fler av männen i Habo som hade kort utbildning (≤ 9 år), jämfört med männen i övriga Sverige.

IT-stöd

Under 2017 har ett digitaliserat webbstöd tagits fram för hälsosamtalen. Det innebär att deltagarna kan besvara alla frågor i hemmet via sin egen dator, surfplatta eller mobiltelefon före hälsosamtalet. Blodprover, blodtryck och andra mätvärden förs in i webbstödet av den som genomför hälsosamtalet. Alla uträkningar genomförs automatiskt i webbstödet, där också den Hälsokurva som är underlag för hälsosamtalet, ritas upp momentant. Digitaliseringen leder till att kvaliteten på data förbättras och det blir mer tid över för själva hälsosamtalet. Det blir också möjligt att när som helst få fram kollektiva data på vårdcentralnivå, som kan användas som underlag för olika lokala gruppaktiviteter. De första vårdcentralerna började använda webbstödet i mitten av oktober 2017 och för närvarande (nov 2017) används det av åtta vårdcentraler och två enheter inom barnhälsovården. Från 2018 är det meningen att alla vårdcentraler och enheter inom barnhälsovården ska gå över till det digitaliserade webbstödet.

Framtid

Hinder

Det största hindret på lokal nivå är personalbrist. God planering och framförhållning minskar detta problem. Det rekommenderas starkt att det finns minst två personer, gärna fler på varje enhet, som kan genomföra hälsosamtal. Verksamheten blir då mindre sårbar om någon blir långtidssjuk eller plötsligt slutar. Det tar tid att utbilda ny personal. En annan fördel med att ha fler som kan genomföra hälsosamtal är att dessa personer kan få stöd av varandra och utveckla processen lokalt. Ett annat stort hinder är kunskapsbrist om vad riktade hälsosamtal enligt det svenska konceptet innebär och vilka effekter de har. Det finns därför behov av utbildning på lokal ledningsnivå och för läarkollektivet om det svenska konceptet. Många missuppfattar de riktade hälsosamtalen som vore de detsamma som generella hälsokontroller med högriskstrategi genomförd i forskningsmiljö och som inte visat någon positiv effekt på befolkningsnivå (12–14). SBU har kommenterat detta och gjort bedömningen att slutsatserna från Cochrane med flera inte kan tillämpas på riktade hälsoundersökningar utförda enligt det svenska konceptet (15).

En annan utbredd missuppfattning är att det vore bättre att enbart screena fram högriskindivider och satsa på dem. Även detta kräver utbildning i folkhälsokunskap och kunskaper om ”den preventiva paradoxen” samt ”smittoeffekter”. Det finns också en oro bland läkarna att hälsosamtalen skall leda till ökad arbetsbörda på så sätt att man skulle få betydligt fler patienter att ta hand om som ett resultat av hälsosamtalen. Erfarenheten är i stället att det är precis tvärtom eftersom hälsosamtalen har sitt största fokus på levnadsvanor. De som utför hälsosamtalen har tillsammans med övriga resurspersoner på vårdcentralen (tobaksavvänjare, matrådgivare, motionsstödare m fl) stora

möjligheter att stötta deltagarna i riktning mot en hälsosammare livsstil och kan därigenom undvika att de blir ”patienter”, som kräver medicinsk behandling av läkare.

Ett annat hinder kan vara att det finns en uppfattning om att de som kommer till hälsosamtal enbart är de friskaste och med de bästa levnadsvanorna. I en undersökning som genomförts visade sig 93 % av deltagarna hade minst en ohälsosam levnadsvana och/eller minst en ogynnsam biologisk riskmarkör (högt blodtryck, högt kolesterol eller övervikt/fetma)

Möjligheter

En viktig möjlighet som skapas tack vare de primärpreventiva hälsosamtalen är att vårdcentralen får tillgång till kompetens, som kan stödja även dem som redan drabbats av sjukdom. De som utför hälsosamtalen blir därmed en resurs även i det sekundärpreventiva arbetet. I Region Jönköpings län uppmantras vårdcentralen att remittera patienter med levnadsrelaterade sjukdomar (hjärtinfarkt, stroke, diabetes mm) till dem som utför hälsosamtal på vårdcentralen för att få hjälp med detta.

Övergången till ett digitaliserat webbstöd leder till kvalitetsvinster avseende verksamhetsutveckling, verksamhetsuppföljning, folkhälsoövervakning och forskning. De tidsvinster som uppkommer till följd av minskad tid för administration, pappershantering och beräkningar ger mer tid till själva hälsosamtalet och andra interventionsinsatser. Digitaliseringen skapar också möjligheter till omedelbar återkoppling även på kollektiv nivå. Vårdenheten behöver inte vänta på sammanställningar från hälsosamtalen, som kommer något eller några år efter att de genomförts. Genom digitaliseringen kan man i stället i realtid ta del av uppgifter om rökning, mat- och motionsvanor på aggregerad nivå. Dessa uppgifter kan exempelvis användas för gruppaktiviteter för rökavvänjning, matkurser, stresshantering etc.

Framgångsfaktorer

En viktig framgångsfaktor är ett starkt stöd för hälsosamtalen av regionledningen från såväl politiker som tjänstemän. Vi tror också att effekten av hälsosamtalen är beroenda av ”setting” och ”context”. Det betyder att det kan ha betydelse var, av vem och i vilket sammanhang hälsosamtalen genomförs. En annan viktig faktor är att hälsosamtalen inte är något tillfälligt projekt utan ingår i vårdvalsopdraget och genomförs inom den vanliga verksamheten av den vanliga personalen i primärvården respektive barnhälsovården.

Det är också viktigt att nå så många deltagare som möjligt av flera skäl, både dem med hög risk och dem med ”normal” risk. De som har hög risk har ju per definition högre risk att insjukna än dem med låg eller normal risk. Men eftersom de med hög risk är relativt få kommer trots den höga risken relativt låg andel av sjukdomsfallen i befolkningen att inträffa i gruppen med hög risk. För att få märkbara förbättringar på befolkningsnivå är det därför viktigt att även så många som möjligt med låg eller måttlig risk deltar och gör förändringar. För dem med låg eller måttlig risk behöver det inte vara så stora förändringar för att det ska ha betydelse eftersom dessa är så många fler än dem med hög risk.

En annan effekt av ett stort och brett deltagande är att man undviker stigmatisering av en mindre grupp med hög risk. Det blir normaliserat att delta i individuella hälsosamtal och gör också att fler blir delaktiga i det ”kollektiva samtalet” om livsstil och hälsa i lokalsamhället. Om många i samhället vill göra förändringar, som innebär att man efterfrågar mer hälsosamma alternativ, skapar detta ett större efterfrågetryck. Detta leder till att utbudet av hälsosamma valmöjligheter ökar. Både näringsliv och politiker tvingas ta hänsyn till detta. Livsmedelsbutiker får lättare att ändra sitt utbud av hälsosamma livsmedel om fler efterfrågar detta. Det blir lättare för politiker att fatta beslut om exempelvis motionsspår, simhallar och rökfria miljöer. Detta gör det lättare att genomföra livsstilsförändringar vare sig man har låg eller hög risk och även för dem som redan drabbats av sjukdom. Skulle man bara rikta sina insatser mot högriskindivider eller redan sjuka skapas inget efterfrågetryck och därmed ändras inte heller utbudet av hälsosamma valmöjligheter. För att efterfrågetrycket ska bli tillräckligt starkt krävs därför att man uppnår en viss kritisk massa.

Att många deltar kan också leda till ”smittoeffekter” på andra, som inte deltagit i hälsosamtal. Förutsättningarna för detta ökar om man som i Region Jönköpings län bjuder in flera grupper (förstagångsföräldrar, 40-, 50-, 60- och 70-åringar). Efter tio år beräknas minst 60 % av den vuxna befolkningen mellan 30 och 80 år ha deltagit i minst ett hälsosamtal vid ett 70-procentigt deltagande.

Det är inte bara i befolkningen deltagande och smittoeffekter har betydelse. Även inom vården ses spridningseffekter på så sätt att personalen tar med sig sina kunskaper om sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete in i det vanliga patientmötet. Det är också av betydelse hur många hälsosamtal, som genomförs varje år ur ett organisations-, bemannings- och kompetensperspektiv. Om det blir alltför få samtal blir det svårt att anställa personal och dessutom svårt att få tillräcklig rutin och kompetens för att genomföra samtalen. En liten vårdcentral där ett fåtal invånare är aktuella för hälsosamtal och som därmed bara har möjlighet att ha en person anställd, som utför samtal, blir också sårbar, om den som utför samtal blir sjuk eller plötsligt slutar.

Vad skulle behövas?

För att få mer stabilitet i verksamheten behövs ökad kunskap bland läkarna och på lokal ledningsnivå om hälsosamtalens effekter och möjligheter. Det vore också bra om läkare tog mer aktiv del i det preventiva arbetet på vårdcentralen. En möjlighet kunde vara att alla vårdcentraler utser en läkare med särskilt preventionsansvar, som också kunde ingå i ett nätverk av likasinnade i regionen.

En viktig faktor i det framgångsrika hälsoarbete som beskrivits från Habo ovan är troligen den samverkan vårdcentralen hade med andra aktörer i lokalsamhället. Fram till omkring 2010 hade primärvården ett tydligt områdesansvar, något som i och med vårdvalsreformen ändrades till ett ”listansvar”. För att hälsoarbetet ska få optimal effekt vore det önskvärt att vårdcentralen återfick någon form av områdesansvar.

Det är viktigt att försöka minska sårbarheten för framför allt små vårdenheter, som kan drabbas av avbrott i verksamheten om den eventuellt enda person som utför hälsosamtal blir sjuk eller plötsligt slutar. Detta skulle kunna lösas genom någon form av poolanställd personal, som tillfälligt kan gå in och täcka upp i dessa situationer.

Referenser:

1. Persson LG, Lindström K. Hk 33- 42. Primärprevention vid hälsokontroll av yngre medelålders män i Habo. *AllmänMedicin*. 1988;9:51-4.
2. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, et al. A study of men aged 33-42 in Habo, Sweden with special reference to cardiovascular risk factors. Design, health profile and characteristics of participants and non-participants. *Scand J Soc Med*. 1994;22:264-72.
3. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Evaluation of a pedagogic dietary questionnaire aimed for health surveys. *Scand J Nutr*. 1994;38:106-11.
4. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Evaluation of "Live for Life", a health promotion programme in the County of Skaraborg, Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:277-82.
5. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, Bengtsson C, Lissner L. Cardiovascular risk during early adult life. Risk markers among participants in "Live for Life" health promotion programme in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Jul;52(7):425-32.
6. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, et al. Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21:248-52.
7. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, et al. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only - results from the Live for Life health promotion programme. *Prev Med*. 2009;48:20-4.
8. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, et al. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care*. 2002;20:28-32.
9. Golsäter M, Sidenvall B, Lingfors H, Enskär K. Adolescents' and school nurses' perceptions of using a health and lifestyle tool in health dialogues. *Journal of Clinical Nursing*. 2011 Sep;20(17-18):2573-83. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03816.x. Epub 2011 Jul 14.
10. Persson LG, Lingfors H, Nilsson M, et al. Lifestyle, Biological Risk Markers, Morbidity and Mortality in a Cohort of Men 33 - 42 Years Old at Baseline, after 24-Year Follow-Up of a Primary Health Care Intervention. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2015;5:92-102.
11. Persson LG, Lingfors H, Nilsson M, et al. The possibility of lifestyle and biological risk markers to predict morbidity and mortality in a cohort of young men after 26 years follow-up. *BMJ Open*. 2015;5:e006798.
12. Krogsbøll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj, Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2012;345:e7191.

13. Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, Drew CM, Sime M, MacIver J, et al. Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;1:CD010411.
14. Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glumer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ.* 2014;348:g3617.
15. <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/generella-halsokontroller-for-vuxna/fortydligande-om-generella-halsokontroller/>

Region Gävleborg

Bakgrund

Initiativ

Initiativet till Gävleborgs hälsosamtal kom från politiskt håll i slutet av 1990-talet, men även från Gästrikland primärvårdsförvaltning, främst från folkhäl-soutvecklare. Man hade sedan 1993 haft olika typer av samtalsprogram, som startats upp och utvärderats lokalt. Fokus i de olika programmen har alltid varit på hjärt- kärlsjukdomar. Från början var det även sekundärpreventivt, med samarbete med sjukhus, apotek och intresseföreningar som engagerades. Numera är det en politiskt beslutad insats och ingår i hälsocentralernas ba-supdrag.

I Gävleborg har man haft denna insats sedan 2001. Landstingets primär-vård var då indelad i två förvaltningar, Gästriklands primärvårdsförvaltning och Hälsinglands primärvårdsförvaltning. I Gästriklands primärvård startade man hälsosamtal 2001 och 2006 följde Hälsinglands primärvård efter och in-förde hälsosamtal vid alla hälsocentraler.

Arbetsätt

Från 2001 bjöds invånarna in till hälsosamtal det år det fyllde 35 och 40 år. År 2007 beslöt man att slopa samtalen för 35-åringarna, och endast fokusera på 40-åringarna. Anledningen till detta var både ekonomisk och att deltagan-det varit något lägre hos 35-åringarna. Man hade även fått signaler om att 35-åringarna som deltog inte var lika motiverade som de deltagande 40-åring-arna.

Deltagarna blir inbjudna till hälsosamtal, men tidigare har man även an-vänt begrepp som hälsokontroll eller hjärt- kärlprogrammet. Syftet med da-gens program är fokuserat på hjärt- kärlsjukdomar och det övergripande må-let är att öka befolkningens hälsa och välbefinnande. Gävleborg har även ett mål om att 60 procent av Gävleborgs 40-åringar ska delta.

Deltagarna blir oftast inbjudna via brev och får en förbokad tid samt en en-kät att fylla i och ta med sig vid besöket. Enkäten innehåller 33 frågor om bland annat hälsa och levnadsvanor. Vid hälsosamtalsbesöket mäts längd och vikt, midjemåttet mäts samt blodtryck och P-glukos (icke faste blodsocker). Om riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom identifieras beställs lipidprofil som tas och återkopplas i efterhand. Enkät- och provsvar utmynnar i en stjärnprofil –

inspirerad och modifierad från Västerbotten – som man sedan utgår ifrån under samtalet och då man erbjuder eventuella åtgärder.

Nuläge

Deltagande

Deltagandet har de senaste tre åren 2014–2016 varit kring 60 procent av de inbjudna. Hela populationen 40-åringar inte dock inte bjudits in, men beräknat på populationen 40-åringar var deltagande kring 53 procent under dessa tre år. För varje genomfört samtal ersätts hälsocentralerna med 1100 kronor från Gävleborgs hälsovalskontor. Deltagaren deltar utan avgift.

Kvalitetssäkring

Personalen som arbetar med hälsosamtalen är främst sjuksköterskor och distriktssköterskor, samt undersköterskor, fysioterapeuter och några hälsopedagoger. Utförarna benämns för *hälsosamordnare* och kallas till nätverksträffar/utbildning en gång per termin. Träffarna syftar till att utveckla hälsosamordnarnas kompetens inom området och man jobbar med olika teman varje träff, exempelvis matvanor och riskbruk av alkohol. Det finns en central resurs inom Region Gävleborg som introducerar hälsosamordnarna i metoden, samordnar utbildningar och nätverksträffar, uppdaterar manualen för hälsosamtalet, utvecklar dokumentationsverktyget (via IT), sammanställer årsrapporter med mera.

Gävleborg har ingen forskning anknuten till hälsosamtalen, men deltagarnas enkäter samt provsvar dokumenteras i en speciell databas där data hämtas för sammanställning av exempelvis årsrapporter.

I Region Gävleborg saknas en styrgrupp som träffas på regelbunden basis, den sammankallas när behov finns. Det ingår för närvarande ingen läkare i denna grupp. I uppstarten för drygt 16 år sedan fanns fler personliga resurser. Gävleborg är numer i en förvaltningsfas, som söker och får nationellt medicinskt kunskapsstöd och värdefullt annat stöd i HFS´s temagrupp för riktade hälsosamtal.

Framtid

Hinder

Det finns i organisationen ibland en okunskap i frågan, vilket gör att nya chefer behöver informeras och få kunskap. Primärvården och särskilt då vissa vårdcentraler är tungt belastade och har svårigheter med bemanning.

Möjligheter

Det finns ett politiskt beslut och politiskt stöd, liksom från vårdvalet. Den målrelaterade ersättningen underlättar mycket och gör att arbetet blir av. I slutrapporten från den nationella kommissionen för jämlik hälsa år 2017 tydliggörs betydelsen av Riktade hälsosamtal vilket stärker utvecklingsmöjligheterna. Likaså är temanumret 2017 om hälsofrämjande hälso- och sjukvård i Socialmedicinsk tidskrift ett viktigt kunskapsunderlag. Och särskilt värdefullt där är avsnittet om Riktade hälsosamtal.

Framgångsfaktorer

Vi har engagerade hälsosamordnare som tycker att uppdraget att arbeta primärpreventivt är både roligt och inspirerande samt ger mycket tillbaka. En framgångsfaktor är kunskapsspridning, både i vårt arbete inom regionen och från nationell nivå. Det ökar utvecklingsmöjligheterna regionalt.

Genom att erbjuda hälsosamtal till fler åldersgrupper än 40-åringar skulle vi kunna få ett betydligt större genomslag för befolkningens hälsa i Gävleborg.

Vad skulle behövas?

Det vore mycket värdefullt med en tydlig nationell viljeinriktning vad gäller Riktade hälsosamtal. Det skulle ge en stark signal för utvecklingen i vår region. Likaså är det viktigt med ett långsiktigt nationellt kunskapsstöd, som vi kan luta oss emot i lokala föreläsningar och som kan driva och kommunicera forskning.

Region Norrbotten

Bakgrund

Initiativ

I Region Norrbotten startades en pilotsatsning med hälsosamtal för 30-åringar i två kommuner, Gällivare och Piteå, under 2011–2012. Samtalen ingick i en bred hälsosatsning, som även innefattade projekt inom både de två kommunerna, mödravårdscentraler, barnavårdscentraler och skolhälsovården. Initiativet till satsningen, *Livsviktigt*, togs av dåvarande landstingsdirektör. Pilotprojektet med hälsosamtal pågick i två år. 2013 genomfördes ett breddinförande i hela regionen. 2014 utökades Norrbottens hälsosamtal till att även omfatta 40- 50- och 60-åringar. Initialt var hälsosamtalen gratis, men 2015 infördes en patientavgift på 200 kr

Politisk är Norrbottens hälsosamtal ett prioriterat område. Hälsosamtalet lyfts i regionens olika styrande dokument. Uppdraget att genomföra Hälsosamtal ingår i Vårdvalsbeställningen och utvecklingen följs systematiskt. Dialog om hälsosamtalet har kontinuerligt förts med ledningen för närsjukvården via Beställarenhet och Folkhälsocentrum. Detta har medfört att hälsosamtalet ska ges högre prioritet.

Arbetsätt

I Norrbottens hälsosamtal ingår mätning av längd, vikt, midjemått och blodtryck samt beräkning av BMI. I åldersgrupperna 50–60 år ingår även provtagning av total kolesterol och HbA1c. Provtagningen infördes som pilot i ett närsjukvårdsområde hösten 2016 och infördes brett 2017.

Hälsosamtalet bygger på en strukturerad enkät som omfattar bakgrundsfrågor (födelseland, sysselsättning, utbildning mm), självskattad hälsa, arvet diabetes och hjärtkärlsjukdomar, symtom/sjukdomar, levnadsvanorna, stress, sömn, sociala relationer, läkemedel/droger, sexuellhälsa och hot och våld. Enkät och provsvar matas in i en databas som genererar ett resultat/samtals-

stöd och visas för deltagaren i form av en stjärnprofil. Stjärnprofilen är ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel som stöd för samtalet. Samtalet dokumenteras även i deltagarens journal.

Information om Norrbottens hälsosamtal har gått ut till befolkningen genom flera olika kanaler. Initialt via presskonferenser, inslag i lokalradio/TV och reportage i regionens egen tidning. Marknadsföring sker nu kontinuerligt via annonsering i lokala reklamblad, affischer på hälsocentralerna, Region Norrbottens externa webbsida och via Facebook. Ett vykort med information om hälsosamtalet skickas i början av året till personer i aktuella åldersgrupper. En mer utförlig informationsbroschyr skickas med inbjudningarna. Regionens anställda har möjlighet att delta i Norrbottens hälsosamtal på arbetstid.

Nuläge

Deltagande

Andelen genomförda hälsosamtal i aktuella åldersgrupper varierar stort mellan de olika hälsocentralerna där vissa bara genomfört ett fåtal medan några nått 40-50 procent i två eller flera åldersgrupper. Åldersgrupperna 50 och 60 år prioriteras av flera hälsocentraler. Några få hälsocentraler har nått ca 80 procent i dessa åldersgrupper. Antalet hälsocentraler som utför hälsosamtal har successivt ökat och 2017 genomför alla hälsocentraler hälsosamtal.

Rekommenderade metoder är att bjuda in brevlades med en förbokad tid i inbjudan och SMS-påminnelse för de som gett tillstånd, alternativt att skicka ett informationsbrev om hälsosamtalet där det står att man kommer att bli kontaktad per telefon en viss vecka för tidsbokning. Tyvärr har rädslan för "tomma tider" pga. uteblivna deltagare varit stor och många hälsocentraler har bjudit in på annat sätt.

Hälsocentralerna har också initialt gett hälsosamtalen olika prioritet. En orsak har varit resursbrist pga. bemanningsproblem på vissa hälsocentraler men även också pga. bristande tilltro till metoden från vissa hälsocentralsledningar och läkare. Det har medfört att inte alla hälsocentraler utfört hälsosamtal, eller att alla i respektive åldersgrupp inte har inbjudits, eller att bara någon åldersgrupp bjudits in. Under 2015 prioriterade flera hälsocentraler hälsoundersökningar för asylsökande pga. den stora ökningen av flyktingar vilket också har spillt över på 2016.

Kvalitetssäkring

Det finns ett antal krav för personal som arbetar med Norrbottens hälsosamtal:

- Vara legitimerad sjukvårdspersonal och ha ett intresse av arbetsområdet.
- Ha en grundutbildning i motiverande samtalsmetodik (3-4 dagar).
- Genomgått tredagars utbildning som anordnats av Folkhälsocentrum
 - Nationella riktlinjer sjukdomsförebyggande metoder
 - Bakgrund hälsodata mm, hälsans bestämningsfaktorer
 - Hälsöfrämjande förhållningsätt
 - Levnadsvanorna
 - Stress och sömn

- Provtagning och riskbedömning
- Våld i nära relation och sexuell hälsa.
- Praktiskt utförande och webbenkät
- Gå igenom Sundkurs
- Efter genomgången utbildning fås ett kursintyg
- Delta i återkommande nätverksträffar och utbildningar som Folkhälsocentrum arrangerar.

IT-stöd

Initialt användes en pappersenkät men från 2016 är enkäten webbaserad. Webbenkäten är kopplad till en databas som möjliggör verksamhetsuppföljning både lokalt för hälsocentralerna och centralt för regionen samt framtida forskning. Data från tidigare pappersenkäter förs in i databasen. Dokumentation av hälsosamtalet sker även i deltagarens patientjournal i en särskild levnadsvanejournal som är anpassad utifrån vissa av enkätens frågor. Som stöd för utförarna finns en vägledande manual som omfattar alla delar i samtalet.

Under 2017 har ett utvecklingsarbete påbörjats för att digitalisera enkäten så att deltagaren kan fylla i den hemma med ingång via 1177. Utvecklingsarbetet innefattar också en automatisering av utskick av inbjudan med möjlighet till webbokning.

Framtid

Hinder

Det största hindret bedöms vara resursproblem inom primärvården och hur man maktar med sina arbetsuppgifter samt varierad tilltro till metoden.

Möjligheter

Det finns ett starkt stöd både politiskt och inom tjänstemannaledning. Det är betydelsefullt och bidrar till ökad prioritet inom primärvården.

Framgångsfaktorer

Det är viktigt att följa upp och sammanställa statistik, rapporter och ta del av ny forskning. På så sätt blir det mer tydligt på alla nivåer att denna verksamhet når ut brett och bidrar med mest nytta till de med störst behov. Sprida erfarenheter, rapporter och forskningsresultat från landsting/regioner som jobbat länge med metoden.

Vad skulle behövas?

Det är viktigt med ett nationellt kunskapsstöd som bidrar till kunskapsutvecklingen. En sådan funktion kan följa kunskapsläget och även bidra med forskningskompetens och forskningsinitiativ.

Ett nationellt kunskapsstöd skulle kunna stödja och bidra vid informationsinsatser i olika regioner/landsting. Funktionen är också angelägen för att exempelvis kunna arrangera årliga nationella kunskapsdagar inom fältet.

Landstinget Sörmland

Bakgrund

Initiativ

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

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

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

En ”referensgrupp” fick tycka till om programmet och dess innehåll under våren 2013 och en arbetsgrupp tillsattes och påbörjade sitt arbete i september 2013. Programmet testades på fyra vårdcentraler under november–december 2013, för att sedan breddinföras i januari 2014. Alla Sörmlands 27 vårdcentraler arbetar med hälsoprogrammet.

Landstinget i Sörmland har erbjudit hälsosamtal och hälsoundersökningar under benämningen Sörmlands hälsoprogram sedan januari 2014.

Arbetsätt

Programmet erbjuds alla invånare det år de fyller 40, 50 och 60 år. Alla anställda i Landstinget Sörmland under året fyller 40, 50 och 60 år får delta i programmet som en personalförmån, även om de inte bor i Sörmland. Att delta i Sörmlands hälsoprogram är kostnadsfritt.

Hälsosamtal

Målet med Sörmlands hälsoprogram är att minska dödlighet och sjuklighet i hjärt- kärlsjukdomar samt diabetes. Invånare som är i aktuell ålder får ett erbjudande per post om att delta. Med erbjudandet följer en bokad tid för provtagning, där deltagaren sedan får en ny tid för hälsosamtal. När deltagarna kommer för provtagning får de även fylla i en enkät med frågor kring hälsa, levnadsvanor och socialt nätverk. Därefter bokas en tid för samtal med distriktssköterska. Enkät- och provsvar matas in i en databas som genererar ett resultat/ ”samtalsstöd” och visas för deltagaren i en så kallad stjärnprofil. Stjärnprofilen är ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel för att hålla hälsosamtal.

Det är främst distriktssköterskor som utför hälsosamtalen, medan provtagningen oftast utförs av labbpersonal. För att garantera att alla samtalsledare har en fördjupad kompetens i motiverande samtalsmetodik, MI, har man genomfört extra utbildningsinsatser för dem som arbetar med hälsoprogrammet. Man har också infört grupphandledning för att ytterligare höja kompetensen hos utförarna.

Nuläge

Deltagande

Sedan starten av Sörmlands hälsoprogram har drygt 30 000 sörmlänningar deltagit i programmet. Täckningsgraden ligger stadigt runt 50 procent. Under 2016 deltog drygt 5 560 personer i åldrarna 40, 50 och 60 år i Sörmlands hälsoprogram. Detta motsvarar en täckningsgrad på 54 procent.

Kvalitetssäkring

För att kunna hålla god kvalitet på hälsosamtalen ska samtalsledarna ha minst tre dagars grundutbildning i MI och årlig handledning/fördjupning i MI, en dag/år. Samtalsledaren ska också gå en webbaserad grundkurs i Sörmlands hälsoprogram, så ger en beskrivning av programmet, riskfaktorer och stjärnprofilen. Till sin hjälp har samtalsledaren också en manual som beskriver arbetet med Sörmlands hälsoprogram ur en praktisk synvinkel.

Regelbunden återkoppling ges till de Sörmländska vårdcentralerna, gällande antal kallade individer och deltagande i Sörmlands hälsoprogram.

Framtid

I Sörmland pågår ett arbete med att ta fram en digital lösning för Sörmlands hälsoprogram. Digitaliseringen minskar manuell hantering för vårdcentralspersonalen och deltagaren får tillgång till en webbaserad hälsoenkät, antingen via 1177 vårdguiden eller på sin vårdcentral. Detta arbete sker i samarbete med Region Västmanland.

Data från Sörmlands hälsoprogram ska också användas för forskning av FoU-centrum i Sörmland, som har fått etisk prövning och godkännande för forskning. Det finns intresse för att följa verksamheten forskningsmässigt och bli undersöka om hälsoprogrammet har leder till beteendeförändringar.

Landstinget Västernorrland

Bakgrund

Initiativ

Uppdraget, som gäller fr.o.m. år 2012, att genomföra Riktade hälsosamtal med undersökning till åldersgrupperna 40-, 50-, och 60-åringar (HUS), är ställt till primärvården och regleras via Regelbok för Vårdval Västernorrland¹. Den övergripande målsättningen med HUS är att minska insjuknandet i diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Hälsosamtalet är framför allt inriktat på att öka invånarnas medvetenhet om sambandet mellan levnadsvanor och sjukdom. Utöver det är avsikten att fånga upp personer som befinner sig i riskzonen för hjärt- kärlsjukdom eller diabetes, samt deltagare med eventuell oupptäckt sjukdom. HUS startade som en följd av att landstinget låg högt jämfört med resten av landet gällande insjuknandet i hjärt- kärlsjukdomar och diabetes.

¹ Vårdval Västernorrland, Regelbok 2017, Primärvård, Rev. 2016-06-29/30

Arbetsätt

I Västernorrlands erbjuds invånarna, sedan år 2012, att delta i ett hälsosamtal det år de fyller 40-, 50- respektive 60 år. Tidigare har det förekommit hälsosamtal för 35-åringar på olika håll i landstinget, i mindre projektform. Under 80- och 90-talet hade landstinget ett program, Satsa på hjärtat, med bland annat hälsosamtal, som framförallt riktade sig till män i åldrarna 40 och 45 år.

Hälsocentralerna och vårdcentralerna i länet bjuder själva in sina listade 40-, 50-, 60-åringar. Deltagarna får oftast inbjudan via brev, tillsammans med en hälsoenkät att fylla i inför besöket.

Hälsosamtalet

Undersökningen, som består av labprover riktade mot hjärt-kärlsjukdom och diabetes, samt en hälsoenkät, dokumenteras av utföraren i ett webbformulär. Svaren från webbformuläret genererar ett samtalsstöd – en Stjärnprofil – som utgör ett pedagogiskt stöd inför samtalet med deltagaren. Deltagaren får sedan ta med sig sin *Stjärnprofil* med mål inför framtiden ifyllda. Hela dokumentationen skickas slutligen som ett inskannat dokument till journalen.

Nuläge

Deltagande

Andelen som bjudits in och har deltagit i hälsosamtalen är i genomsnitt 50 procent per år. Men deltagandet och inbjudandet att delta vid hälsosamtalen skiljer sig åt mellan de enskilda hälso- och vårdcentralerna. Spridningen för hur stor andel av hälso- och vårdcentralernas listade som bjuds in och deltar i hälsosamtalen är mellan 22 – 76 procent.

Kvalitetssäkring

På landstingets intranät finns material att skriva ut som manual, inbjudan, övrigt material till deltagaren, länkar m.m. Majoriteten av utförarna för hälsosamtalen är sjuksköterskor eller distriktssköterskor, men även sjukgymnaster och dietister förekommer. För utförarna finns en grundutbildning som alla bör genomgå före start. I denna grundutbildning ingår motiverande samtals-teknik (MI) samt webbaserade kurser om levnadsvanor. Önskvärt är också att de utförare som börjar arbeta med hälsosamtalen blir inskolade av sina kollegor.

Processtödet kallas en grupp som samordnar metoden och bjuder in utförarna till nätverksträffar vilka genomförs två gånger per år. Processtödsgruppen består av två folkhälsoplanerare samt två sjuksköterskor, tillika utförare. Nätverksträffarna, som sker på olika orter i länet, innehåller bland annat temaföreläsningar och diskussioner om hälsosamtalets utförande. Som stöd för utförarna finns utbildnings- och informationsmaterial på landstingets intranät samt en funktionsbrevlåda dit utförarna kan skicka frågor. Två gånger per år skickas även ett nyhetsbrev ut.

Hälsoeffekter

Intervention har fångat upp många deltagare med bland annat prediabetes, förhöjt kolesterolvärde och oupptäckt diabetes. Under de nära sex år som programmet pågått har man funnit cirka 3000 prediabetiker samt dessutom ett hundratal redan etablerade diabetiker.

Framtid

Hinder

Att vissa hälso- och vårdcentraler redovisar en låg andel genomförda hälsosamtal beror till viss del på den upplevda arbetsbördan med exempelvis inmatning av pappersenkäten inför hälsosamtalet.

Möjligheter

För att underlätta arbetet för hälso- och vårdcentralerna behövs en utveckling beträffande stödfunktioner. Denna utveckling har delvis påbörjats genom ett planeringsarbete för digitalisering av enkäten samt för uppföljning av prediabeter.

Framgångsfaktorer

I processtödet saknas i Västernorrland läkarkompetens. En läkare med specialistkompetens i socialmedicin/folkhälsovetenskap skulle utgöra en viktig förstärkning av denna intervention, vilket är viktigt inför framtiden.

De riktade hälsosamtalen utgör ett betydelsefullt underlag inför framtida hälso- och sjukvårdsinsatser, där jämlik hälsa och hållbar utveckling står i fokus.

Region Östergötland

Bakgrund

Initiativ

Hälsosamtal har utförts på vårdcentraler i Östergötland sedan år 2012, under år 2012–2015 under namnet Hälsolyftet. Syftet med hälsosamtalsarbetet är primärpreventivt, det vill säga att identifiera och påverka riskfaktorer (för hjärt- och kärlsjukdom) innan sjukdom uppstår.

Arbetsätt

Hälsosamtalet baseras på Habo Hälsokurva och mötet mellan utförare och deltagare är en dialog med motiverande samtalstekniker. Inom Region Östergötland är möjligheten att genomföra hälsosamtal ett frivilligt åtagande för vårdcentralerna, som bjuder in deltagare utifrån kapacitet.

Under år 2012–2015 erbjöds hälsosamtal till ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 40-, 45-, 50-, 55-, 60-, 65- och 70 år. Sedan år 2016 erbjuds hälsosamtal till ett slumpmässigt urval av 40-, 50-, 60- och 70-åringar.

Erbjudande om hälsosamtal skickas via post. Möjlighet finns att använda webbtidbok för bokning av samtal. Veckan innan hälsosamtalet besöker deltagaren vårdcentralens laboratorium (besök 1) för blodprovtagning av blodsocker och kolesterol. Vid detta besök får deltagaren en enkät ”Frågor inför hälsosamtalet” med sig hem för att fylla i och ta med till besök 2, hälsosamtalet.

Vid besök 2 genomförs mätning av blodtryck, längd, vikt, midja och stuss. Vid besöket fyller deltagaren i en enkät om matvanor och får eventuellt kompletterande enkätfrågor om fysisk aktivitet. Hälsosamtalet baseras på Hälsokurvan och är ett resultat av deltagarens enkätsvar, provtagningsresultat och mätvärden. Hälsosamtalet är en dialog utifrån motiverande samtalstekniker

där utföraren lyssnar in och följer deltagarens frågor utifrån resultatet i Hälsokurvan. Efter samtalet får deltagaren med sig en utvärderingsenkät med frågor om hur hen upplevde besöket.

I journalsystemet dokumenteras Hälsosamtalet i besöksmall och i Hälso-
bladet. Genomfört besök, dess resultat (längd, vikt, midja, stussmått och
blodtryck) och insatser (diagnoskod, KVÅA-kod) dokumenteras. Utfört arbete
såsom inbjudna deltagare dokumenteras även i en digital checklista. Utveck-
ling pågår med att digitalisera hälsosamtalsflödet (via enkäter i 1177 vårdgui-
dens e-tjänster). I dagsläget finns inte automatiserade utdatarapporter (CI-
rapport) avseende hälsosamtal i Cosmic.

Nuläge

Deltagande

Sedan år 2012 har ca 9 000 hälsosamtal genomförts i Östergötland (t.o.m. 31
maj 2017). Antalet medverkande vårdcentraler har varit relativt konstant över
tid (25–30 enheter av 42), men vilka vårdcentraler som har medverkat har va-
rierat. Likaså varierar antalet genomförda hälsosamtal per vårdcentral, allt
från några enstaka till 200 hälsosamtal per vårdcentral/år.

Av de inbjudna tackade 35 procent ja direkt (länsgenomsnitt år 2012–
2013). Efter påminnelse (som utfördes år 2012–2015) tackade ytterligare 15
procent ja och den totala andelen ja-tack blev 50 procent.

Kvalitetssäkring

En grundutbildning i Hälsokurvan krävs för att utföra hälsosamtal inom Reg-
ion Östergötland. Utbildningen Hälsokurvan praktisk prevention (steg 1 och
2) arrangeras av Futurum, Region Jönköpings län. Därtill ges, i nära anslut-
ning till denna grundutbildning en halvdagsutbildning i lokal tillämpning av
Hälsosamtal i Östergötland. Utöver grundutbildning Hälsokurvan rekomen-
deras utbildning i någon form av samtalsmetodik, till exempel Motiverande
samtal (MI).

Majoriteten av de medarbetare, så kallade Hälsosamtalsmedarbetare, är di-
striktsköterskor eller sjuksköterskor (t.ex. hypertoni-ssk, astma/kol-ssk) men
även dietister och undersköterskor. Totalt sett är det cirka 40 medarbetare
som utför hälsosamtal.

Det strategiska utvecklingsarbetet och samordningen av Hälsosamtal inom
Region Östergötland är beläget vid Centrum för verksamhetsstöd och ut-
veckling (CVU), verksamhetsområde vård och hälsa (VVH). Projektkontoret
omfattar totalt sett en heltidstjänst fördelat på ett flertal professioner; läkare,
epidemiolog, folkhälsovetare, statistiker och administratör. Vårdcentralerna
ersätts med 900 kronor per genomfört hälsosamtal.

Allmänheten har kunnat läsa om satsningen i regionens tidning Hälso-
tecken, på webben www.regionostergotland.se/halsosamtal och i lokalpress
vid ett flertal tillfällen.

Hälsoeffekter

Hälften av personerna som deltog i ett hälsosamtal har två eller fler riskfak-
torer för hjärt- och kärlsjukdom och 15 procent är utan riskfaktor. Utbild-
ningsnivå och sysselsättning bland deltagarna i Hälsolyftet överensstämmer

med befolkningen i Östergötland, dock är en lägre andel av deltagarna födda utanför Sverige.

Vårdcentraler profiler Hälsosamtal återkopplas till vårdcentralerna som utför hälsosamtal. Profilerna innehåller antal utförda hälsosamtal och deltagarnas hälsa och riskfaktorer utifrån enkätsvar och mätvärden.

Framtid

Utvecklingsmöjligheter

Hälsosamtalen inom Region Östergötland är en relativt ny företeelse och arbetet är till viss del obekant, både för befolkningen och för hälso- och sjukvårdens medarbetare. I nuläget utförs Hälsosamtalsarbetet varken som befolknings- eller högriskstrategi. Det är ett frivilligt åtagande för vårdcentralerna som väljer hur många listade som bjuds in, ingen vårdcentral har erbjudit samtliga listade i de aktuella åldersgrupperna och/eller erbjudit högriskindivider på eget initiativ. Metodik i genomförandet (t.ex. urval och inbjudningsförfarande) styr även möjligheten att kunna utvärdera arbetet över tid, likväl som det påverkar möjligheten till longitudinell folkhälsoövervakning.

För att få bäring behöver arbetet fortsatt utvecklas. Långsiktighet, systematik och god framförhållning är av stor vikt och bör prägla det fortsatta arbetet.

Region Västmanland

Bakgrund

Initiativ

Frågan om att erbjuda åldersgrupper i Västmanland hälsosamtal/ hälsoundersökningar har varit aktuell ett antal år. År 2011–2012 genomfördes en studie på fem vårdcentraler, där 55-åringar erbjöds hälsosamtal som intervention. Ettårsuppföljning med kontrollgrupp genomfördes. Med studiens erfarenheter som grund formades ett förslag att börja erbjuda 50-åringar hälsosamtal². Det politiska beslutet om införande av riktade hälsosamtal i primärvården (Västmanlands hälsosamtal för 50-åringar, VHS50), Region Västmanland, togs i juni 2015 med brett politiskt stöd. Med start i augusti samma år startade ett intensivt förberedelsearbete och förankringsarbete enligt regionens projektmodell.

Tidigt hösten 2015 bildades en styrgrupp för implementering av projektet, som beslutade att en förutsättning för att införa hälsosamtal för 50-åringar var att bygga ett IT-stöd.

Vårdcentralernas representanter, s.k. hälsokoordinatorer, har engagerats i workshops där en standardiserad process för hälsosamtal har utformats. Denna processkarta blev ett stöd för att identifiera administration som kunde

² Hellstrand M, Simonsson B, Engström S, Nilsson KW, Molarius A. A health dialogue intervention reduces cardiovascular risk factor levels: a population based randomised controlled trial in Swedish primary care setting with 1-year follow-up. BMC Public Health. 2017 Aug 22;17(1):669. doi: 10.1186/s12889-017-4670-4.

minskas med hjälp av webbstödet. Fem pilotvårdcentraler startade i november 2016 med att testa att både webbstöd samt arbetsprocess fungerade i autentisk vårdmiljö. Vårdcentralernas erfarenheter följdes upp och utvärderades löpande.

Ett viktigt bidrag för IT-utvecklingen var samverkan med Landstinget Sörmland som erbjöd Västmanland att ta del av den källkod som man hade påbörjat, med utsikt att i en fortsättning kunna dra ömsesidig nytta i fortsatt IT-utveckling.

Arbetsätt

Från och med 2017 erbjuder Region Västmanland alla 50-åringar som är listade i Västmanland ett gratis hälsosamtal på sin vårdcentral. Vårdcentralerna ersätts med 1000 kr per genomfört hälsosamtal från Vårdval Västmanland.

Erbjudandet avser ett kostnadsfritt besök för provtagningen (fastebloodsocker och fastande lipidstatus) och ett därpå efterföljande hälsosamtal. Inför hälsosamtalet besvarar 50-åringen en hälsoenkät digitalt genom att logga in på 1177.se. Enkäten består av frågor kring bland annat hälsoläge, levnadsvanor, arbete, livssituation, sömn, stress och återhämtning. Enkäten finns även på engelska och kommer att översättas till fler vanliga språk i Västmanland framöver.

Enkät svar, provsvar samt vikt, längd, midjemåttet och blodtryck sammanställs i en hälsoprofil genom metodverktyget Stjärnprofil som har sitt ursprung i Västerbottens Hälsoundersökningar (VHU), Västerbottens Läns Landstings.

Kommunikation under införandeåret har framförallt skett genom sociala medier, filmklipp publicerad på youtube, annonser, och roll ups på vårdcentralerna.

Hälsosamtalet

Det övergripande målet med Region Västmanlands hälsosamtal för 50-åringar är att förebygga hjärt-och kärlsjukdom och diabetes typ 2. Det viktigaste med hälsosamtalet är att öka deltagarnas förutsättningar för goda levnadsvanor och att uppmärksamma samband mellan levnadsvanor och hälsoproblem. Det handlar om att finna och ge särskilt stöd till dem som löper risk att drabbas av ohälsa samt stötta dem som redan har goda vanor att bibehålla dessa. Samtalsmetodiken MI används under hälsosamtalet för att motivera och stödja 50-åringen till livsstilsförändringar. Goda levnadsvanor är betydelsefulla och kan minska risken för ett antal kroniska sjukdomar.

Nuläge

Deltagande

Andel deltagare av inbjudna under detta första år tycks preliminärt ligga kring 40%. Fördelningen vad gäller utbildningsnivå och födelseland tycks under detta första år vara relativt i överensstämmelse med Västmanlands befolkning av 50-åringar.

Kvalitetssäkring

För att hålla i hälsosamtalen krävs utbildning till hälsosamtalsledare. I en metodpärm finns manual till stöd för hälsosamtalen samt manual för webbstödet. Inför breddinförande genomfördes en 2-dagars utbildning under februari 2017. Totalt utbildades 48 hälsosamtalsledare vid dessa tillfällen. Framöver kommer regelbundna utbildningstillfällen för nya hälsosamtalsledare att äga rum varje vår och höst. Vårdcentralens utsedda hälsosamtalsledare skall leda arbetet med hälsosamtal för listade 50-åringar vid vårdcentralen. Det innebär att den/de har ansvar för att boka tider till provtagning, skicka inbjudningar och ta emot deltagare för hälsosamtal med metodverktyget Stjärnprofilen, hänvisa deltagare vid önskemål om ytterligare insatser samt ansvara för att sedvanliga vårdcentralensrutiner följs när en deltagare blir patient p.g.a. hälsosamtalsresultat. Hälsosamtalsledaren ansvarar också för att informera övriga berörda yrkesgrupper på vårdcentralen om gällande rutiner, t.ex. laboratoriepersonal och receptionist.

Hälsosamtalen utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på vårdcentralen. Den som utför hälsosamtalen ska även ha utbildning i motiverande samtal (MI). Det är vårdcentralens verksamhetschef som utser lämplig person. Hälsosamtalsledarna består i nuläget av distriktssköterskor, sjuksköterskor, dietister och fysioterapeuter. Hälsosamtalsledaren ansvarar för att bjuda in samtliga som fyller 50 år under innevarande år som är listade på vårdcentralen. I sitt uppdrag som hälsosamtalsledare deltar man vid fortbildningstillfällen två gånger per år.

Hälsosamtalen dokumenteras i-journalsystemet Cosmic. När dokumentationen är klar skickas 50-åringens Stjärnprofil från webbstödet till KIBI Base. Därmed kan deltagarens Stjärnprofil nås via uthopp från patientjournalen.

Framtid

Hinder

Osäkerheter och möjliga hinder behöver hanteras genom dialog, förmedling av kunskapsläget och underlättande arbetssätt.

Möjligheter

Deltagande hälsosamtalsledare upplever ofta, om stöd och struktur finns, att detta är ett stimulerande och utvecklande uppdrag.

Framgångsfaktorer

Webbstödet har varit viktigt för att underlätta processen på vårdcentralerna, och därmed viktigt för förankring och engagemang.

Strukturer för styrning och ledning, både i projektmodellen och dess styrgrupp, och för IT-projektet, har varit en framgångsfaktor. I detta ingår att resurser prioriteras och kraftsamlas på strategisk nivå och i enlighet med den tidsplan som gäller för det politiska uppdraget. Man behöver ta i beräkning att utveckling av ett webbstöd förutsätter ekonomiska resurser.

Digitaliseringen möjliggör också att uppföljning kan ske fortlöpande för t.ex. antal inbjudna, antal besvarade enkäter, sammanställning av enkätsvar samt antal genomförda hälsosamtal.

Projektledningen har haft ett viktigt stöd av HFS temagrupp för riktade hälsosamtal (<http://www.hfsnatverket.se/sv/riktadehalsosamtal>). liksom av Expertgruppen för levnadsvanor inom Läkemiddelskommittén, Region Västmanland.

Vad skulle behövas?

Nätverket för Hälsoordinator har varit betydelsefullt för att ha ett forum att processa och förankra projektet. Det är mycket värdefullt med ett samordnat nationellt kunskapsstöd i frågan.

Intryck från hälsosamtalsledare

I samband med införandet av hälsosamtal för 50-åringar har hälsosamtalsledare tillfrågats om hur man upplever att hålla i hälsosamtalen. Den samlade bilden är att man upplever det som positivt/mycket positivt. Ett exempel är:

De känns väldigt roligt och vi tycker det är väldigt givande både för oss och deltagaren. Vi får utöva den MI (motiverande samtal) som vi har lärt oss och verkligen se att det fungerar.

Ytterligare ett exempel:

Det är givande att få arbeta med dessa hälsosamtal, och att ha möjlighet att praktisera MI (motiverande samtal) fullt ut tack vare att det är avsatt en timme. Deltagaren som kommit har varit positiva att de fått möjlighet att komma trots att de känt sig friska – en grupp som ej söker om man inte känner sig sjuk. Hälften av deltagarna har visat på prediabetesvärden och det känns verkligen positivt att kunna stötta och informera dem tidigt om detta. Några få har fått bekräftelse på god hälsa och vikten av att bibehålla.

Bilaga 4. Litteraturstudie

– beteendekonomi och hälsa

En litteratursökning av studier inom området har genomförts av Socialstyrelsen. Sedan 2010 har det skett en kraftig ökning av antalet forskningsstudier som undersöker effekten av beteendekonomiska metoder för levnadsvanor. Vi har gått igenom tio systematiska översikter som publicerades mellan 2013 och 2017, varav hälften under 2017 (1-10).

Metod för litteraturgenomgång

Litteratursökning genomfördes i Pubmed i oktober 2017 med följande söktermer: choice architecture OR nudging OR nudge* AND Health Behavior OR Health Promotion OR health behavior* OR healthy behavior* OR healthy choice* OR healthier choice* OR health promotion OR health* OR smoking OR alcohol OR prevention OR disease* OR obesity. Sökningen genererade 165 studier, varav 10 systematiska översikter.

De flesta systematiska översikter fokuserar på ändrade matvanor. Det råder viss bristande samstämmighet i forskningen och flera översikter föreslår att det behövs fler experimentella studier av hög kvalitet inom området, vilket kan bero på att området är relativt nytt. Icke desto mindre finns det ett antal översikter som påvisar positiva effekter av nudging på matvanor. Thapa och Lyford drog slutsatsen från 18 artiklar att nudging i lunchrummet leder till en hälsosammare matval även om dessa forskare också nämner det att det finns få publicerade experimentella studier inom detta område. Wilson et al. granskade 13 artiklar som kombinerade märkning/ presentation och priming och redovisar ett konsekvent positivt inflytande av dessa interventioner på hälsosammare mat- och dryckesval. Bucher et al. fann en positiv effekt av förändringar av matplaceringar på matval i sexton av 18 studier.

En av de identifierade systematiska översikterna, Blaga m.fl. 2017, sammanställer evidens från studier av nudging på flera riskfaktorer för kroniska sjukdomar (matvanor såväl som rökning, fysisk inaktivitet och alkoholkonsumtion). Därför väljer vi att nedan presentera mer i detalj slutsatser från Blaga m.fl. 2017. Forskarna genomförde en sökning i Medline, Embase, Psycinfo och Econlit efter studier publicerade mellan januari 2002 och juli 2016 och som rapporterar empirisk, icke-farmakologisk, interventionell forskning med inriktning på att minska minst en riskfaktor för kroniska sjukdomar genom att använda ett beteendekonomiskt verktyg.

Översynen inkluderade 117 studier; 67 studier hade en låg risk för bias och var klassificerade som starka eller mycket starka, 37 var måttliga och 13 var svaga. Studierna grupperades efter riskfaktor och en syntes av slutsatserna redovisas i översynen.

Det finns otillräckliga bevis för att beteendeeconomiska strategier lyckas minska alkoholkonsumtion, men forskarna identifierar flera strategier som kan användas för att minska rökning, förbättra matvanor och öka fysisk aktivitet. Djupare slutsatser från översynen redovisas i de följande avsnitten.

Matvanor

Av de 117 artiklar som inkluderades i översikten fokuserade 45 på förbättrade matvanor. Enbart 4 studier beskrev interventioner som genomfördes i laboratorium medan 12 genomfördes i kafeterior eller matsalar och 7 genomfördes i skolor. I 17 studier deltog elever på grundskola eller gymnasium medan 8 studier fokuserade på vuxna. Totalt var 13 studier randomiserade kontrollerade studier (RCT), 10 fältexperiment, och 2 kvasiexperiment. Interventionen varade mellan 7 minuter och 24 månader.

Interventionen i 10 av studierna var ändrad placering eller ändrade egenskaper för att antingen förändra i vilken ordning mat serverades så att den mer hälsosamma maten var mer lättillgänglig, eller hur maten presenterades i där de nyttigare alternativen gjordes mer synliga. Dessutom användes trafikljusetiketter (röd, gul och grön etikett) för att indikera nyttig och onyttig mat.

I 8 studier användes incitament, både monetära och icke-monetära, i kombination med andra beteendeeconomiska verktyg, för att uppmuntra mer hälsosamma val.

Inramning användes för att påverka storleken på matportioner, för att negativt eller positivt rama in incitamenten efter att ha valt en hälsosam eller ohälsosam måltid och för att betona hälsosammare val.

Andra studier använde förvalda standardalternativ, t.ex. minst en portion frukt eller grönsaker vid varje måltid, en bestämd (mindre) storlek på portionerna samt förberedda grönsaker i färdiga lådor.

Översynens slutsatser är att effektiva nudging-interventioner för att främja hälsosamma matval inkluderar användning av tydlig märkning, i form av exempelvis trafikljusetiketter, incitament i kombination med utbildning för att minska matportioner och matavfall, ändring av ordningen i vilken mat serveras där hälsosamma val kommer först, samt förenklade val av det hälsosamma alternativet och försvårade val av det ohälsosamma alternativet.

Fysisk aktivitet

Översynen identifierade 37 studier som fokuserade på ökad fysisk aktivitet. Av dessa var 12 webb- eller e-hälsobaserade medan 8 genomfördes i en utbildningsmiljö, 5 i laboratoriemiljö och 4 i sportanläggningar. Övriga genomfördes på arbetsplatser, på kliniker, på äldreboenden eller utomhus. Deltagarna var anställda, universitetsstudenter samt skolbarn och interventionen varade mellan 5 minuter och 3 år.

Interventionen i fler än hälften av studierna var incitament, antingen enskilt eller kombinerat med andra beteendeeconomiska metoder. Andra interventioner inkluderade inramning, förankring (dvs. delgivande av viss information som påverkar efterföljande beteende), åtaganden/kontrakt eller förvalda alternativ.

Resultat från flera studier föreslår att incitament kan öka fysisk aktivitet och minska hälsoriskerna av stillasittande men inte bland redan aktiva individer. Åtaganden/kontrakt eller deposition av pengar som återfås vid uppfyllande av mål har också visat effekt på fysisk aktivitet i flera studier. Studier bland skolbarn visar att användningen av videospel där spelare behöver röra på sig kan främja fysisk aktivitet. Äldre vuxna kan dra nytta av positivt inramade meddelanden som syftar till att förbättra deras fysiska aktivitet. Slutligen föreslår översynen även påminnelser om det riktade beteendet eller återkoppling om deltagarnas beteenden som effektiva sätt att öka den fysiska aktiviteten.

Rökning

Minskad rökning var i fokus i 25 studier i översynen. Bland de identifierade studierna genomfördes 7 i en medicinsk kontext, 6 i en utbildningskontext, medan 4 beskriver webbaserade interventioner. Övriga 8 var implementerade i hemmiljö, på arbetsplatsen eller över telefon. Majoriteten (14) av studierna var randomiserade kontrollerade studier (RCT), experimentella eller kvasiexperimentella (7) samt före–efter-utvärderingar eller enbart efter-utvärderingar (4). Den rapporterade längden på interventionen varade mellan 10 minuter och 12 månader.

Det beteendeeconomiska verktyget som oftast undersöktes var incitament, antingen enskilt (11) eller i kombination med andra verktyg (3). Inramning användes i 8 studier, medan 2 studier tillämpade kontrakt eller användning av priming, dvs. exponering för en viss stimuli som påverkar beteendet.

Vad gäller policyimplikationer visar 3 studier att positivt inramad information om fördelarna med att sluta röka har effekt för personer med ett lågt nikotinberoende, medan negativt inramad information är mer effektiv för individer som är medvetna om att rökning är ohälsosamt och som avser att sluta röka. Studierna visar att variation i fråga om varningsinnehåll om rökning har effekt på befolkningsnivå. En studie från Storbritannien visar att spirometri som mäter lungkapacitet i kombination med information om lungans ålder har potential att vara mer kostnadseffektivt än andra antirökningprogram.

Alkohol

Totalt 10 studier undersökte interventioner mot riskbruk av alkohol. Studierna var genomföra på laboratorier av stora universitet i USA, klassrum och via webb. Alla studier fokuserade på universitetsstudenter, varav de flesta på personer med riskbruk, och baserades på bekvämlighetsurval. Av studierna inkluderade 7 randomisering av deltagarna och 4 använde en kontrollgrupp. Interventionslängden varierade mellan 30 minuter och 8 timmar.

Det beteendeeconomiska verktyget i 4 av studierna fokuserade på förändrade sociala och grupp-specifika normer som förknippades med alkoholkonsumtion, 3 fokuserade på aversionen mot förluster genom att dels poängtera hur alkohol kan påverka karriärsmål, dels visa konstruktiva alternativ till alkohol, 1 fokuserade på inramning genom att testa effekterna av förlust- och vinstinramning på berusningsdrickande, 1 på akademiska begränsningar förknippade med alkohol och 1 på användningen av monetära incitament för att förhindra överdriven alkoholkonsumtion.

De flesta studier fokuserade på förändrade sociala normer och självrapporterade alkoholkonsumtion och enbart 1 studie rapporterade biokemiska bedömningar av alkoholkonsumtion (alkoholhalten i blodet).

Översynen konstaterar att det finns otillräckliga bevis för att beteendeeconomiska strategier lyckas minska alkoholkonsumtion. Vad gäller policyimplikationerna av studierna som inkluderas i översynen föreslår 2 förändringar i universitetets policy genom att dels öka tillgängligheten till självutvärdering av alkoholhalten i blodet som ett sätt att främja lägre berusningsgrad, och dels förändra scheman som ett sätt att minska alkoholanvändningen kvällen före tidiga föreläsningar.

Referenser

1. Allan J et al. Environmental interventions for altering eating behaviours of employees in the workplace: a systematic review. *Obesity Reviews* 18, 214–226, February 2017
2. Blaga et al. Use and effectiveness of behavioural economics in interventions for lifestyle risk factors of non-communicable diseases: a systematic review with policy implications. *Perspectives in Public Health* Month 2017 Vol XX No X 1
3. Broers VJV et al. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of nudging to increase fruit and vegetable choice. *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue 5, 1 October 2017, Pages 912–920.
4. Bucher T, Collins C, Rollo ME, et al. Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *Br J Nutr* 2016;115:2252–63.
5. Thapa JR, Lyford CP. Behavioral economics in the school lunchroom: can it affect food supplier decisions? A systematic review. *IFAMA* 2014;17:187–208.
6. Wilson AL, Buckley E, Buckley JD, Bogomolova S. Nudging healthier food and beverage choices through salience and priming. Evidence from a systematic review. *Food Qual Prefer* 2016;51:47–64.
7. Kraak, V. I et al. A novel marketing mix and choice architecture framework to nudge restaurant customers toward healthy food environments to reduce obesity in the United States. *Obesity Reviews* 18, 852–868, August 2017
8. Skov LR, et al. Choice architecture as a means to change eating behaviour in self-service settings: a systematic review. *Obesity Reviews* (2013) 14, 187–196.
9. Nørnberg TR et al. Choice architecture interventions for increased vegetable intake and behaviour change in a school setting: a systematic review. *Perspectives in Public Health* 1 May 2016 Vol 136 No 3.
10. Arno A, Thomas S. The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* (2016) 16:676