

Implementering av Riktade hälsosamtal i Skåne

Augusti-december 2021



Om rapporten

Enheten för kunskapsstyrning och FoU vid avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning fick hösten 2019 i uppdrag att utgöra metod- och kompetensstöd för pilotfasen av Riktade hälsosamtal för 40-åringar i Skåne. Pilotfasen genomfördes under hösten/vintern 2020–21 och ledde fram till ett politiskt beslut av hälso- och sjukvårdsnämnden i mars 2021 om breddinförande i Skåne. Implementeringen påbörjades 18 augusti 2021. I denna rapport presenteras en sammanställning av processen kring implementeringen samt de data som inkommit mellan augusti-december 2021.

Rapporten har tagits fram i februari 2022.

Ansvariga för rapporten:

Ena Thomasson, hälso- och sjukvårdsstrateg, leg dietist, med dr
Lovisa Björnberg, dataanalytiker & registerspecialist, Dataanalys och registercentrum
Malin Skogström, medicinsk rådgivare, specialist i allmänmedicin
Johanna Jaran, hälso- och sjukvårdsstrateg, leg fysioterapeut
Emma Appell, hälso- och sjukvårdsstrateg, leg sjuksköterska
Kjell Olsson, hälso- och sjukvårdsstrateg, leg dietist, folkhälsovetare
Mikael Wibom Vestlund, medicinsk rådgivare, specialist i allmänmedicin
Johannes Malm, hälso- och sjukvårdsstrateg, leg psykolog
Fiffi Boman, medicinsk rådgivare, specialist i skolhälsovård
Susanna Stenevi Lundgren, hälso- och sjukvårdsstrateg, leg fysioterapeut, med dr

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
1. Bakgrund	3
2. Syfte	4
3. Metod	5
3.1 Metoden Riktade hälsosamtal	5
3.2 Struktur och process.....	6
4. Datamaterial	13
5. Resultat.....	14
5.1 Deltagande utifrån bakgrundsfaktorer	14
5.2 Levnadsvanor	16
5.3 Mätvärden	22
5.4 Uppföljning	25
5.5 Hälsokurvan	27
6. Diskussion - erfarenheter och lärdomar från implementeringen.....	28
7. Riktade hälsosamtal i relation till kunskapsläget	31
8. Fortsatt implementering 2022	32
9. Referenser.....	34

Sammanfattning

Riktade hälsosamtal (RHS) är en modell för långsiktigt preventionsarbete inom primärvården, med det övergripande syftet att förebygga hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. I mars 2021 togs ett politiskt beslut av hälso- och sjukvårdsnämnden om breddinförande av RHS för 40-åringar i Skåne. I denna rapport redovisas processen kring implementeringen under 2021. Rapporten redovisar även de deltagar- och hälsodata som inkommit sedan implementeringen påbörjades 18 augusti 2021.

Totalt 887 hälsosamtal genomfördes mellan 18 augusti och 31 december 2021. Bland de 40-åringar som blev inbjudna till ett hälsosamtal under 2021 tackade 45 % ja. Det genomsnittliga nationella deltagandet i RHS bland 40-åringar, baserat på andra regioner i Sverige, ligger på 40 %.

Fördelningen av bakgrundsfaktorer så som kön, utbildningsnivå och födelseland visar på att det är ett representativt deltagande utifrån den genomsnittliga 40-åringen i Skåne, med en viss överrepresentation av kvinnliga deltagare. Sammanställningen tyder på att RHS når alla utbildningsgrupper och personer födda såväl inom som utanför Sverige.

Resultaten visar att var fjärde man uppgav dagligt snusbruk och att var femte man har ett riskbruk av alkohol. Låg grad av fysisk aktivitet, definierat som mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka, framkom hos en femtedel av deltagarna. Varannan deltagare angav att de haft sömnbesvär medan sex av tio kvinnor och varannan man angav att de haft besvär av oro och ångest under de senaste tolv månaderna.

Bland de mätbara faktorerna i hälsokurvan utmärker sig de manliga deltagarna med genomgående fler och starkare riskfaktorer. Var tionde man uppvisade ett förhöjt blodtryck och varannan man hade för högt kolesterol. Bland kvinnor uppmättes förhöjt blodtryck hos en av tjugo och förhöjt kolesterol hos var tredje. Drygt var femte man och var tionde kvinna hade för högt blodsocker och varannan kvinna och sju av tio män hade övervikt eller fetma.

Uppföljningsenkäten visar att de manliga deltagarna oftare bokas in för återbesök till samtalsledaren än de kvinnliga. Var femte hälsosamtal hos män och var sjunde hälsosamtal hos kvinnor leder till återbesök. De vanligaste anledningarna till återbesöket var i fallande ordning uppföljning av blodtryck, matvanor, kolesterol (män) och viktnedskning (kvinnor). Samma trend sågs även för remisser till andra vårdgivare, var tredje manlig deltagare och var fjärde kvinnlig deltagare bokades in till en vårdkollega på vårdcentralen efter hälsosamtalet. Remisserna gick i fallande ordning till läkare, sjuksköterska, undersköterska eller diabetessköterska (män) och dietist (kvinnor).

Uppföljningsenkäten fångar även om hälsosamtalet genererat misstanke om ny diagnos. Även här ses en könsskillnad, där var fjärde hälsosamtal bland män och var tionde hälsosamtal bland kvinnor genererat en sådan misstanke. De vanligaste diagnoserna som det väckts misstanke om är hypertoni, hyperkolesterolemi, fetma och diabetes typ 2/nedsatt glukostolerans.

Sammanfattningsvis visar sammanställningen av 2021 att intresset för hälsosamtalen är stort bland Skånes 40-åringar och att metoden fångar alla samhällsgrupper. Resultaten visar även att pilotfasen, som låg till grund för det politiska beslutet om breddinförande, överensstämmer med de trender som syns i implementeringen. Under 2022 fortsätter implementeringen av

RHS för 40-åringar. Även 50-åringar kan bli aktuella för erbjudandet om hälsosamtal under 2022. Sedan sker ett successivt införande för ytterligare åldersgrupper under åren som följer.

För Region Skånes del är implementeringen av RHS helt i linje med Framtidens hälsosystem där målbilden är *bättre hälsa för fler*. Metoden RHS omfattar flera av de områden som identifierats som viktiga i omställningsprocessen: personcentrerat arbetssätt, hälsofrämjande och förebyggande insatser, nära vård, kompetensutveckling av medarbetare, utveckling av arbetssätt samt digitalisering med ett webbstöd som stödjer processen. Hälsoekonomiska beräkningar från andra regioner visar dessutom att RHS är mycket kostnadseffektivt.

Genom denna fokusförflyttning från vård till hälsa, med en evidensbaserad metod som grund, utgör modellen en viktig pusselbit för att klara av framtidens vårdbehov i Region Skåne.

1. Bakgrund

För Region Skånes del är implementeringen av RHS helt i linje med Framtidens hälsosystem där målbilden är *bättre hälsa för fler*. Metoden RHS omfattar flera av de områden som identifierats som viktiga i omställningsprocessen: personcentrerat arbetssätt, hälsofrämjande och förebyggande insatser, nära vård, kompetensutveckling av medarbetare, utveckling av arbetssätt samt digitalisering med ett webbstöd som stödjer processen. Hälsoekonomiska beräkningar från andra regioner visar dessutom att RHS är mycket kostnadseffektivt, där kostnaden per vunnet år av full hälsa uppskattas till 650 SEK (1).

Hjärt-kärlsjukdomar är den grupp av sjukdomar som orsakar flest dödsfall i Sverige varje år. Man kan i hög grad förebygga både hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2 genom att ha bra matvanor, vara fysiskt aktiv, begränsa sitt alkoholintag och undvika tobak. Enligt WHO kan en övervägande del av alla hjärt-kärlsjukdomar, och minst 30 % av all cancer, förebyggas genom förbättrade levnadsvanor (2, 3).

Sjukdom och förtida död påverkas av flera olika faktorer, som exempelvis samhällsförhållanden som miljö, trafik, ekonomi och levnadsstandard, men även av individuella faktorer som arv, levnadsvanor, psykisk hälsa och biologiska riskmarkörer, t.ex. blodtryck, blodfetter och kroppsvikt. Levnadsvanorna har stor betydelse för att hålla sig frisk och nå sin optimala livslängd (4).

Risken för att utveckla hjärtinfarkt eller stroke är förhöjd i vissa grupper. För individer med kort eller ingen utbildning är risken för insjuknande dubbelt så hög jämfört med gruppen med hög utbildning, enligt en stor internationell studie (5).

Individer som lever med förhöjt blodtryck, förhöjt blodsocker, höga blodfetter, ohälsosamma matvanor eller låg fysisk aktivitet, är inte alltid medvetna om detta. Ett sätt att göra individer medvetna om deras hälsa och sambandet mellan hälsa och levnadsvanor är att bjuda in till hälsosamtal. Målet med RHS är att förebygga insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Efterhand som denna metod har utvärderats i andra regioner, framkommer även tydliga effekter avseende minskat insjuknande i cancer (6).

RHS bedrivs för närvarande i Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Gävleborg, Region Västmanland, Region Sörmland, Region Östergötland, Region Halland, Region Jönköpings län samt i Region Skåne.

2. Syfte

Denna rapport syftar till att sammanställa processen kring implementeringen av RHS för 40-åringar i Skåne under 2021. Rapporten summerar erfarenheter och utveckling av metoden före och under implementeringen. Rapporten redovisar även de bakgrunds- och hälsodata som inkommit för deltagare som genomgått ett hälsosamtal mellan augusti och december 2021.

Frågeställningar kring processen:

- Hur har processen kring hälsosamtalen utvecklats sedan pilotfasen?
- Hur har viktiga funktioner så som webbstöd, kommunikation, datahantering och forskning anpassats inför implementeringen?
- Hur har metod- och kompetensstödet organiserats inför implementeringen?

Frågeställningar kring deltagandet:

- Hur ser deltagandet ut utifrån kön, utbildningsnivå och födelseland?
- Vilka levnadsvanor har deltagarna?
- Hur fördelar sig deltagarnas biologiska riskmarkörer?
- I vilken utsträckning har hälsosamtalen genererat besök till annan vårdgivare?
- I vilken utsträckning har hälsosamtalen genererat misstanke om ny diagnos?
- Var pilotfasen för RHS representativ för Skåne som helhet?

3. Metod

3.1 Metoden Riktade hälsosamtal

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

Till skillnad från allmänna hälsokontroller kombinerar RHS både lågrisk- och högriskstrategi, vilket innebär att alla erbjuds ett hälsosamtal och att de som uppvisar riskfaktorer erbjuds ytterligare stöd.

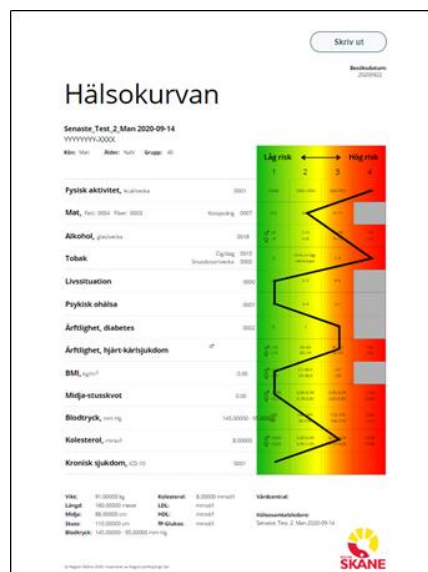


Bild på hälsokurvan.

Enligt den preventiva paradoxen är det bättre för folkhälsan att många med låg till måttlig risk ändrar sig lite än att få med hög risk ändrar sig mycket. Orsaken till detta är att individerna med låg till måttlig risk är många fler och att det således sker ett större antal insjuknanden i hjärt-kärlsjukdom i denna grupp. RHS drivs integrerat i primärvården, anpassas till lokala förutsättningar och kvalitetssäkras genom ett strukturerat metod- och kompetensstöd. Medarbetarnas kunskapsnivå för bedömning av frisk- och riskfaktorer för framtida sjukdom utvecklas successivt under arbetet med hälsosamtalen och gynnar därmed även övriga patienter.

I många regioner används dessutom hälsosamtalen i sekundärpreventivt syfte, exempelvis efter insjuknanden i hjärtinfarkt eller vid långtidssjukskrivning, som ett sätt att visualisera och åtgärda de levnadsvanor som utgör en risk för att återinsjukna och/eller fördröja ett tillfrisknande.

RHS tydliggör även de förutsättningar som krävs för ett hållbart preventionsarbete:

1. Politisk vilja/beslut/inriktning
2. Evidensbaserad metod
3. Strukturerat metod- och kompetensstöd
4. Ledarskap och medarbetarskap med samma mål
5. Struktur för arbete med levnadsvanor
6. Uppföljning och analys

Det kan inte nog understrykas att RHS skapar en tydlig struktur för arbetet med levnadsvanor inom primärvården, vilket ger goda möjligheter att utveckla arbetet kring primär- och sekundärprevention.

3.2 Struktur och process

Utbildningsinsatser

Under 2021 har en tvådagarsutbildning i metoden genomförts vid tolv tillfällen. Vid årets slut hade 212 personer utbildats i metoden, varav 133 sjuksköterskor, 57 fysioterapeuter, 16 dietister och fem arbetsterapeuter.

För att arbeta som samtalsledare krävs att man är legitimerad och medicinskt utbildad, dvs sjuksköterska, distriktssköterska, arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut eller läkare. För att certifieras som samtalsledare ingår utbildning i metoden under två dagar samt utbildning i motiverande samtal (MI) motsvarande en till tre dagar, beroende på tidigare utbildning. Rekommendationen är att certifiera två samtalsledare per vårdcentral. Antalet certifierade samtalsledare var vid årets slut 179 personer fördelade på 103 vårdcentraler, varav 36 vårdcentraler i privat regi och 67 i offentlig regi. Även nio workshops (å 1,5 h) har anordnats för samtalsledare inför uppstart av hälsosamtalen.

Motiverande samtal

I certifieringen för samtalsledare ingår en tre dagars grundutbildning i MI. MI är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta i förändringsprocesser. MI har till syfte att locka fram och stärka individens egen motivation och åtagande till förändring.

Under grundutbildningen får deltagarna lära sig grundläggande principer och förhållningssätt i MI. I utbildningen varvas teori med praktiska övningar och inför sista dagen ges en hemläxa att genomföra ett inspelat samtal. Under sista dagen genomförs en fördjupad genomgång av samtalen med feedback.

Under 2021 har tio MI-grundutbildningar för samtalsledare genomförts och fem repetitionsdagar för de samtalsledare som sedan tidigare hade gått grundutbildningen. För fortbildning i MI för samtalsledarna planeras framöver repetitionsdagar och workshops.

Metodstöd

Metodstödet utgör det samlade kunskapsunderlaget för RHS och omfattar såväl vägledning i metoden som sammanställning av evidensunderlaget. Metodstödet finns tillgängligt digitalt via RHS hemvist, både i sin helhet och i en kortversion. Båda versionerna granskas och uppdateras regelbundet.

Metodstödet består av 22 avsnitt (170 sidor): en introduktion till hälsokurvan och metoden, den medicinska evidensen bakom metoden, samt avsnitt för alla de olika delarna av hälsoenkäten och hälsokurvan. Det finns även avsnitt om samtalsmetoden MI och om samhällsinriktade åtgärder.

Kortversionen omfattar 50 sidor fördelat på 18 avsnitt. Syftet med kortversionen är att samla de delar som ger samtalsledaren en direkt vägledning under hälsosamtalet.



Utdrag från metodstödet avsnitt om fysisk aktivitet.

Metodstödet bygger på en förlaga från Region Jönköpings län. Region Skåne har genomfört en ny evidensgenomgång och omfattande omarbetning av layout och innehåll. Beslut togs även att gå över från en pappersversion till digital version. Vid framtagandet så har Region Östergötland och verksamheter inom Region Skåne stöttat med att kvalitets- och evidenssäkra de medicinska avsnitten. Läkare för Miljön har bidragit med evidens avseende levnadsvanornas miljöpåverkan. Studenter vid Göteborgs universitet, inom hälsopromotion och jämlik hälsa, har under sina respektive praktikperioder granskat metodstödet och bidragit med förslag till revideringar och innehåll. Samtalsledarna bidrar fortlöpande i utformningen av metodstödet.

Webbstöd

Ett omfattande förbättringsarbete i webbstödet har pågått under hela 2021 i nära samarbete mellan avdelningen för digitalisering IT & MT och metod- och kompetensstödet för RHS. Den 18 augusti 2021 var webbstödet färdigställt och samtalsledarna kunde påbörja användningen av verktyget och bjuda in deltagare.

En integration med listningssystemet har skapats och det är nu enkelt för verksamheterna att ladda ner sin åldersgrupp. Vårdcentralerna kan också i realtid se antal inbjudningar som skickats ut till deltagarna och hur många hälsosamtal som är genomförda. Ytterligare en funktion som skapats är den aggregerade hälsokurvan där verksamheten får fram vårdcentralens egen hälsokurva över deltagarna som varit på ett hälsosamtal. För metod- och kompetensstödet finns även en funktion som visar aggregerad statistik och hälsokurva för samtliga vårdcentraler, se nedan. Vid årsskiftet 2021–2022 övergick den tekniska supporten för webbstödet i central förvaltning. Löpande förbättringar och uppdateringar i verktyget sker parallellt med att det används och utvärderas av verksamheterna.

Aggregerad hälsokurva

2021

Skriv ut

Region Skånes vårdcentraler

Antal hälsosamtal: 817
Datum: 2021-01-01 - 2021-12-30

	1	2	3	4
Fysisk aktivitet	30%	24%	14%	32%
Mat	49%	27%	25%	
Alkohol	85%	2%	9%	4%
Tobak	70%	14%	8%	7%
Livssituation	93%	7%	0%	
Psykisk ohälsa	32%	32%	35%	
Ärftlighet, diabetes	70%	26%	4%	
Ärftlighet, hjärt-kärlsjukdom	82%	9%	5%	4%
BMI	87%	29%	4%	
Midja-stusskvot	36%	29%	18%	17%
Blodtryck	79%	20%	1%	0%
Kolesterol	60%	36%	4%	0%
Kronisk sjukdom	90%	6%	2%	2%

Statistik

2021

2757

Totalt antal utskickade inbjudningar

900

Totalt antal genomförda hälsosamtal

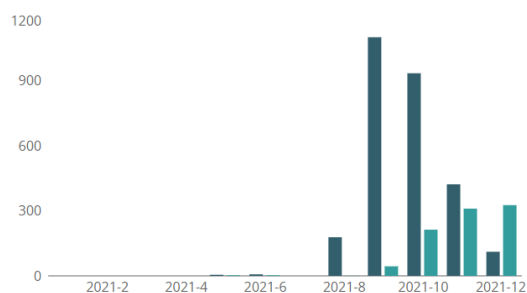


Bild på aggregerad hälsokurva i webbstödet.

Översikt av antal inbjudningar och hälsosamtal i webbstödet.

Dataanalys och registercentrum

Webbstödet som stödjer RHS är lagmässigt sedan 2021 ett nationellt kvalitetsregister. Malin Skogström, medicinsk rådgivare vid enheten för kunskapsstyrning och FoU, är registerhållare och Region Skåne är central personuppgiftsansvarig myndighet, CPUA. Att webbstödet är ett kvalitetsregister innebär att dess primära uppgift är att användas vid utvärdering av hur verksamheten påverkas samt om någon form av ojämlikhet föreligger. Möjligheter och begränsningar framgår av patientdatalagen, kapitel 7.

Verksamhetsuppföljningen görs i samarbete inom arbetsgruppen där olika hypoteser identifieras och testas. Till exempel så utvärderas om deltagarnas hälsa påverkas av ett deltagande. Detta arbete görs löpande men eftersom de tänkta positiva medicinska effekterna är på lång sikt så kommer det att dröja innan full utvärdering kan ske. Det som görs idag är att utvärdera om bortfallet är att betrakta som slumpmässigt eller om det finns någon systematik som tyder på ojämlikhet av något skäl. Den typ av statistiska analys som görs som underlag för verksamhetsuppföljningen genereras av enheten för dataanalys och registercentrum och ansvarig för detta arbete är Lovisa Björnberg, statistiker och registerspecialist. Enheten står också för effektivering av utlämnande av data för forskningsändamål.

Förutom verksamhetsuppföljning så kommer insamlade data även användas för att besvara forskningsfrågeställningar. Sedan starten av RHS i Skåne har ett nära samarbete varit etablerat med Centrum för primärvårdsforskning. Syftet med forskningen är närliggande verksamhetsuppföljningen men har en lite annan ingång. När det gäller forskningen, precis som vid verksamhetsuppföljningen, läggs stor vikt vid hanteringen av personuppgifter. Utlämnande av data för forskningsändamål sker enligt Region Skånes process (kallas ”KVB-processen”) för utlämning av data från kvalitetsregister och varje begäran om utlämnande kommer att bedömas var för sig. Till detta tillkommer möjligheten för ST-läkare att skriva sina obligatoriska vetenskapliga arbeten baserat på oidentifierande, aggregerade data från webbstödets statistikdatabas.

Forskning

Centrum för primärvårdsforskning, som är ett samarbete mellan Region Skåne och Lunds universitet, bjöds in inför pilotfasen 2020 till att leda den vetenskapliga utvärderingen av hälsosamtalen. Professor Kristina Sundquist är huvudansvarig för forskningen och en grupp bestående av samordnare, biomedicinsk analytiker och statistiker koordinerar det dagliga arbetet. Utvärderingen kommer bland annat att undersöka den kort- och långsiktiga effekten av hälsosamtal i Skånes befolkning. Dessutom identifieras nya risk- och friskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och andra allvarliga sjukdomar senare i livet genom att skapa ålderskohorter och följa dem över tid. Biobanksprover tas vid vissa vårdcentraler i samband med ordinarie provtagning inför hälsosamtalen. Dessa sparas för senare analyser av molekyllära biomarkörer. Insamlingen av enkätdata, mätresultat och biobanksprover kommer att utgöra en unik möjlighet till forskning och prevention eftersom deltagarna utgörs av relativt unga personer där det finns gott om tid att förebygga senare sjukdom.

För att få samla in data till forskningen krävs att deltagarna lämnar ett skriftligt informerat samtycke till detta. Här är både samtalsledare och labbpersonal på vårdcentralerna involverade och behöver utbildas i proceduren. Under hösten har Centrum för primärvårdsforskning erbjudit dagliga digitala genomgångar för alla utbildade samtalsledare och labbpersonal. Under 2021 deltog 85 vårdcentraler i sådana genomgångar. De dagliga genomgångarna fortsätter 2022.

Under 2021 har fyra vårdcentraler tagit biobanksprover: vårdcentralerna Granen och Fosietorp i Malmö samt Laröd och Husensjö i Helsingborg. Vårdcentralen Lindeborg fick utbildning om biobanksprover i december 2021 och påbörjar provtagning 2022. Ytterligare ett femtontal vårdcentraler kommer att tillfrågas om att ta biobanksprover under våren 2022.

Ett första datauttag gjordes 2021 till en magisteruppsats i fysioterapi av Johanna Jaran och Marie Stigsson, med handledning från Centrum för primärvårdsforskning. Studien undersökte

hur väl det gamla och nya frågebatteriet om fysisk aktivitet överensstämde och det gjordes även en kartläggning av stillasittande hos deltagarna i pilotfasen 2020.

I slutet av året nåddes arbetsgruppen av goda nyheter: Centrum för primärvårdsforskning beviljades 2,4 miljoner av vardera Hjärt-Lungfonden och Vetenskapsrådet för den vetenskapliga utvärderingen.

”Vi är oerhört tacksamma över detta förtroende”, säger Kristina Sundquist. ”Anslagen ger oss möjlighet att bygga upp en nutida kohortstudie och biobank där forskare med hjälp av den senaste teknologin kommer att lägga nya, viktiga pusselbitar i förebyggandet av hjärt-kärlsjukdom men även av cancer och andra allvarliga sjukdomar.”

Förankring av metoden

Förankring av metoden RHS har skett sedan 2019 och arbetet har fortsatt under hela 2021. En viktig del i detta har varit en fortlöpande dialog med Skånes allmänläkare under AKO-fortbildningsdagar. Hösten 2021 har sex föreläsningar för denna gruppering skett, vilket innebär att nästintill samtliga allmänläkare har fått möjlighet att aktivt lära sig mer om metoden, förhålla sig till allmänläkarens roll samt föra en dialog.

Föreläsningar om metoden har även getts i primärvårdens ledningsgrupper, där samtliga verksamhetschefer i offentlig primärvård interagerar samt i flera politiska samverkansorgan. För privata vårdgivares verksamhetschefer anordnades ett dialogmöte om metoden i november 2021, med över 30 deltagare.

Verksamhetsnära stöd

I funktionen som metod- och kompetensstöd för RHS ingår ett ansvar för utbildningsinsatser, processen och det verksamhetsnära stödet till vårdcentralerna. Detta innefattar en daglig support via telefon och mail, att anordna workshops med fortbildning för samtalsledarna, skapa nätverk för samtalsledarna samt ge möjlighet till stöd på vårdcentralen. Det verksamhetsnära stödet är utbyggt med tre sjuksköterskor i offentlig primärvård som tjänstgör en dag per vecka. De ger stöd till enheterna i det fortlöpande arbetet och erbjuder verksamhetsbesök för exempelvis ”sit-ins”.

I stödet ingår också att presentera metoden för vårdcentralens övriga medarbetare på arbetsplatsträffar. Under hösten har 16 sådana presentationer hållits via APT.

Kommunikation

Kommunikation har varit en viktig del för att förankra metoden RHS i Region Skåne. Flera intranätsnyheter har tagits fram samt flera korta informationstexter till Vårdgivarnytt.

Kommunikation har även skett nationellt med debattartiklar i bland annat Dagens Medicin, där samtalsledare Linda Hunter på vårdcentralen i Svalöv beskriver sitt arbete med hälsosamtalen *”Det förebyggande arbetet är primärvårdens själ”*, samt en artikel där hälsosamtalen beskrivs ur ett större folkhälsoperspektiv *”Hälsosamtal är ett exempel på hur riktlinjer blir verkstad”*, se nedan för länkar.

[”Stärk det förebyggande arbetet med levnadsvanor ännu mer” - Dagens Medicin](#)

[”Så här skapar vi en god och nära vård” - Dagens Medicin](#)

Samhällsinriktade åtgärder

Samhällsinriktade åtgärder genom samverkan med till exempel kommuner, idrottsföreningar, livsmedelsbutiker, apotek, tandvård och näringsliv förstärker effekten av hälsosamtalen. Hälso- och sjukvården är bara en av aktörerna när det gäller primärpreventivt arbete och samhällsinriktade insatser bör därför ske i samarbete med andra samhällsaktörer. Svalövs vårdcentral har visat att samverkan med kommunen och övriga aktörer är möjlig, kompetenshöjande och mycket givande.

Så här beskriver Linda Hunter, samtalsledare på Svalövs Vårdcentral, hur de arbetar i samverkan med flera aktörer i kommunen:

Vid uppstart av RHS gjordes en inventering av hälsoutbud i Svalövs kommun. Vi ville veta vad våra 40-åringar hade att tillgå och startade ett samarbete med ett lokalt gym där de fick två veckors fri träning. Vi inledde ett samarbete med apoteket som under två veckor la med en broschyr med information om hälsosamtal i varje påse. Samarbetet gav också apotekspersonalen en större insikt kring det förebyggande arbetet som bedrivs på vårdcentralen.

Vårdcentralen arbetar brett i kommunen och har regelbundna möten med folkhälsosamordnare, fritidschef och elevhälsan. Med folkhälsosamordnaren tittade vi tillsammans på folkhälsorapporten för att få en uppfattning om behov av insatser. Detta ledde till många initiativ och la grunden till de politiska beslut som senare togs angående folkhälsoarbete i kommunen. Vi erbjöd hälsosamtal till personal i vård och omsorg, eftersom vårdcentralen såg ett högt vårdsökande inom denna sektor och då främst för stress. Vi genomförde 20 hälsosamtal med positivt resultat och arbetet fortsätter för att titta på möjligheterna att breddinföra denna förmån.

En annan insats var att samverka kring ungdomar som hoppar av, eller håller på att hoppa av, gymnasiet. Dessa ungdomar hamnar utanför samhället och riskfaktorerna för ohälsa höjs i och med lägre utbildningsnivå vilket vi också såg i folkhälsorapporten. Hälsosamtalet har även här visat sitt syfte då ungdomarna lider av ibland både psykisk och fysisk ohälsa.

Vi har haft möten med kommunens livsmedelsbutiker och kommunens folkhälsosamordnare. Vi har haft fyra temadagar på ICA och COOP med information och blodtryckskontroller. Vi har med hjälp av dietist skapat lappar med texten "vårdcentralen tipsar" och sedan följt av text "denna vara innehåller bra fetter" eller "denna vara är fiberrik" och satt ut vid bra val av varor. ICA såg direkt en ökning i försäljning av dessa varor. Vi har även skapat hälsosamma recept och diskuterat tobaksrabatten, en av butikerna har nu nästan helt tagit bort den.

En tipsrunda i naturområdet i Svalöv med frågor kring hälsa var mycket uppskattad och en enkel sak att göra. Vi har i våra samverkansmöte fört samtal utifrån gemensamma värden. Att medborgarna i Svalöv ska må bra. Att vi kan erbjuda insatser där det behövs och att resurserna fördelas jämnt men också utefter behov.

Jämnt hälsosamtal

Målet är att så många som möjligt i befolkningen ska få information om vad ett hälsosamtal innebär och därför genomfördes under vecka 42 en samhällsinriktad insats i några av Skånes socioekonomiskt utsatta områden, med målet att samtala med befolkningen om hur de ser på sin hälsa och informera om hälsosamtalen. I Näsby erbjöds blodtryckskontroll,

blodsockerkontroll och vägning. Folk tandvården fanns också på plats för att prata om tandhälsa. På Lindängen i Malmö träffade vi nätverket ”Kvinnors hälsa” och i Rosengård samverkade vi med Länsstyrelsens hälsokommunikatörer för att på bästa sätt nå så många som möjligt med information om hälsosamtalen. På Värnhem i Malmö stod vi utanför Coopbutiken och i Svalöv pågick aktiviteter under flera dagar tillsammans med kommunen och lokala livsmedelsbutiker. En liknande insats planeras till vecka 14 under 2022, då vi upplevde ett stort behov hos de personer vi träffade att få prata om sin hälsa. Samhällsinriktade åtgärder kan hjälpa till att minska klyftorna i ohälsa genom att bidra till en mer hälsosam omgivning för de med störst behov. En fungerande samverkan mellan olika aktörer i samhället är därmed av stor betydelse.

Digital tolkutbildning

En digital tolkutbildning kring metoden RHS har tagits fram tillsammans med tolkförmedlaren Digitaltolk. Syftet är att tolkar ska erhålla adekvat kompetens kring vad RHS är, vad samtalsmetoden MI innebär och vilka förväntningar som finns på tolken i samband med ett hälsosamtal. Målet är att alla deltagare i RHS ska erhålla ett likvärdigt hälsosamtal, även när tolkbehov föreligger.

Utbildningen består av tio delar och tar ca två timmar att genomföra. I slutet av utbildningen får tolken genomföra ett test för att bli godkänd som hälsosamtalstolk. Tolken genomför utbildningen digitalt på egen tid, antingen via dator eller telefon. Vid tolkbokning kommer det sedan att gå att efterfråga tolk som blivit godkänd på utbildningen. Via bokningssystemet kommer tolken att få information om RHS inför sitt tolkuppdrag och även en länk till utbildningen om de ännu inte genomfört den.

Den återkoppling som erhållits från de tolkar som genomfört utbildningen visar på ett väldigt positivt mottagande och en stor tacksamhet över att få ta del av denna kompetensutveckling.

DIGITALTOLK | UTBILDNINGSSID



Riktade hälsosamtal - Region Skåne

E-utbildningen i Riktade hälsosamtal riktar sig till tolkar som ska tolka vid ett hälsosamtal som hålls av hälso- och sjukvårdspersonal på vårdcentralen. Alla inom en viss åldersgrupp bjuds varje år in till ett kostnadsfritt hälsosamtal på sin listade vårdcentral. Syftet med hälsosamtalen är att förebygga inbjudandet i hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes. Eftersom hälsosamtalen har en annan struktur än ett vanligt besök behöver du som tolk ha förståelse för hälsosamtalets

RHS-utbildning på Digitaltolks hemsida.

Louise Palmqvist, sjuksköterska och samtalsledare vårdcentralen Näsby, om sin erfarenhet av att arbeta med tolk:

”Att arbeta tillsammans med tolk är spännande. För en del kan det tyckas invecklat och främmande, men när det är en del av ditt dagliga arbete tänker man inte på det längre. Vi började med att kartlägga hur många deltagare som hade tolkbehov, vilket är markerat i journalsystemet. Där kunde vi utläsa vilket språk 40-åringen talade och vi tog fram inbjudningsbroschyr på rätt språk. Anpassat material har metod- och kompetenscenter tagit fram. Jag eller min kollega valde att boka alla telefonsamtal under en förmiddag där vi tillsammans med vår väntrumstolk, som är tvåspråkig (arabiska och somaliska), ringde upp deltagarna. För samtal till deltagare med annat språkbehov bokades lämplig tolk. Vi tog fram en enkel lathund till tolken med viktig information till deltagaren. Vi säkerställde att deltagaren fick rätt information så att hen kände sig trygg med vad som skulle ske vid det första besöket vid provtagningen.

Till våra fysiska besök, hälsosamtalen, bokade vi en extern tolk. Vi försökte i den mån det gick att boka flera samtal under en förmiddag med samma språkbehov. Det gav både oss samtalsledare och tolken kontinuitet. Vi insåg vilka tolkar som förstod hälsosamtalen och valde därför att i första hand boka dessa personer.

Att arbeta med tolk är en givande del i mitt arbete på vårdcentralen. Det är tillfredställande att känna att samtalets betydelse har nått mottagaren, att vi knutit nya band, fått en förståelse för varandra och våra värderingar men framförallt fått ökad kunskap. I det här fallet, kunskapen om vikten av hälsosamma levnadsvanor och dess betydelse för vår framtid”.

Digital nätverksträff med samtalsledare

Den 10 november 2021 anordnades den första nätverksträffen för samtalsledare sedan implementeringen. Nätverksträffar ger en möjlighet för samverkan och kunskapsutbyte för samtalsledarna samt återkoppling om hur det fungerar med hälsosamtalen i verksamheterna. Ungefär 100 samtalsledare deltog på träffen som inleddes med en föreläsning av Jacob Gudiol, leg fysioterapeut. Han belyste vad det innebär att ha ett vetenskapligt förhållningssätt och varför det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal arbetar evidensbaserat. Under nätverksträffen gavs även utrymme för reflektioner kring funktioner i webbstödet, metodstödet och den praktiska processen. På frågan hur det varit för samtalsledarna att komma igång med hälsosamtalen svarade deltagarna enligt bilden till höger.



Samtalsledarnas tankar kring hälsosamtalen.

Stormöte

Genom att anordna stormöten för RHS varje halvår sedan våren 2020, har samtliga samtalsledare och verksamhetschefer getts möjlighet att förstå helheten kring hälsosamtalen. Dessa möten har även varit ett sätt att förankra metoden i Region Skåne, lyfta samverkanspartners och deras olika bidrag, resultat, nya funktioner och hälsosamtalen som en pusselbit i vår pågående omställning *Bättre hälsa för fler*. Det fjärde stormötet hölls i november 2021, med över 200 deltagare. Förutom samtalsledare och deras verksamhetschefer, så deltog primärvårdsledning, digitalisering IT & MT, regional utveckling, kommunikation, RF-SISU, framtidskontoret, avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Centrum för primärvårdsforskning, Lunds universitet samt representanter från andra regioner som arbetar med RHS. Samtliga stormöten har skett digitalt med möjlighet till dialog.

Journalsystemen PMO och Skånes Digitala Vårdsystem (SDV)

Metod- och kompetensstödet har i dialog med verksamhetschef för primärvårdens nuvarande journalsystem PMO utvecklat ett stöd i journalsystemet för att samtalsledaren ska kunna arbeta effektivt med de olika momenten kring RHS. Det finns mallar i PMO för inbjudan/bokad telefontid, bokad tid för hälsosamtal, labbeställningsgrupp, mätvärdesmall, mall för kort journalanteckning samt arbetsflöde för samtliga delar. Utöver detta ska åtgärdskod KVÅ kod (UV070) registreras, som i kombination med besöket alstrar den ekonomiska ersättningen till enheten för varje genomfört hälsosamtal.

Hälsoenkäten som deltagaren fyller i innan hälsosamtalet fylls i digitalt. Samtalsledaren använder 1177s meddelandefunktion för att skicka ett meddelande där länken till hälsoenkäten bifogas. Om deltagaren inte har bank-ID fylls hälsoenkäten i via pappersformulär som samtalsledaren sedan lägger in i webbstödet.

Ekonomisk ersättning till vårdcentralerna

För varje genomfört hälsosamtal ersätts vårdcentralen med 1000 kronor.

Deltagaravgift

Deltagarna erbjuds hälsosamtalet utan kostnad.

4. Datamaterial

Dataunderlaget till denna rapport utgörs av de invånare som sedan 18 augusti 2021 har kallats, tackat ja och inkommit till ett hälsosamtal på sin listade vårdcentral fram till 31 december 2021. Under augusti till december 2021 kallades 2733 invånare till hälsosamtal på sin vårdcentral. Totalt 1235 av de inbjudna invånarna tackade ja, vilket motsvarar 45 % (49 % kvinnor och 41 % män). Av dessa har 887 invånare genomfört ett hälsosamtal fram till 31 december 2021 (32 % av alla inbjudna).

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

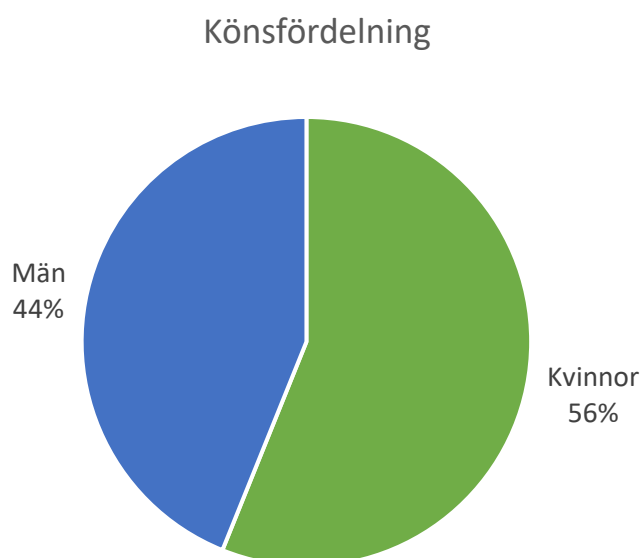
5. Resultat

Den här rapporten bygger på de 887 deltagare, varav 498 kvinnor och 389 män, som hunnit genomföra ett hälsosamtal under 2021.

5.1 Deltagande utifrån bakgrundsfaktorer

Nedan presenteras 2021 års deltagande utifrån könsfördelning, utbildningsnivå och födelseland.

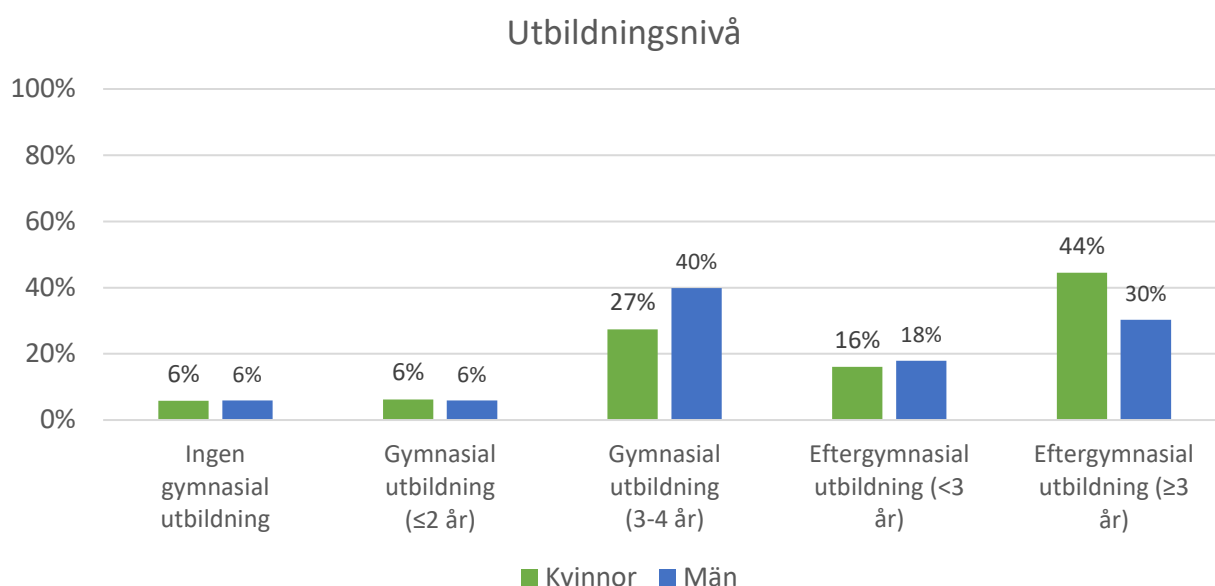
Kön



Figur 1. Könsfördelning för deltagare som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=887).

Av de hälsosamtal som genomfördes under 2021 var 56 % kvinnliga deltagare och 44 % manliga deltagare, se figur 1. Könsfördelningen bland alla listade 40-åringar på Skånes vårdcentraler under 2021 var 49 % kvinnor och 51 % män.

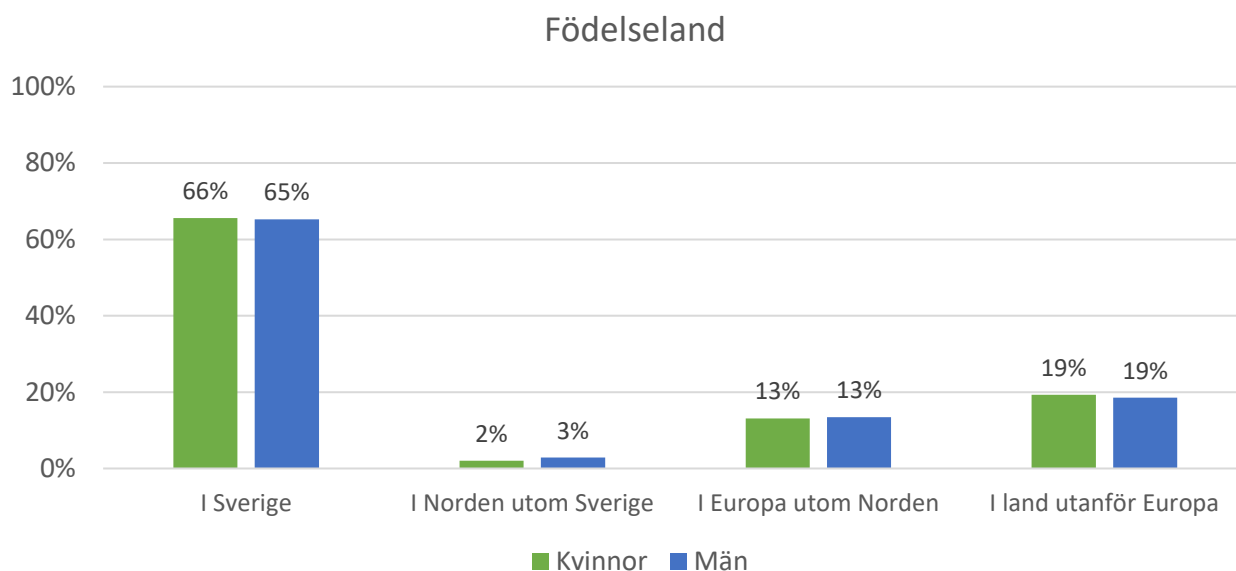
Utbildningsnivå



Figur 2. Utbildningsnivå för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=883).

Andelen deltagare med eftergymnasial utbildning var 60 % bland kvinnor och 48 % bland män, se figur 2. Detta kan jämföras med snittet för 40-åringar i Skåne generellt från SCB, där 59 % av kvinnorna och 47 % av männen har eftergymnasial utbildning.

Födelseland

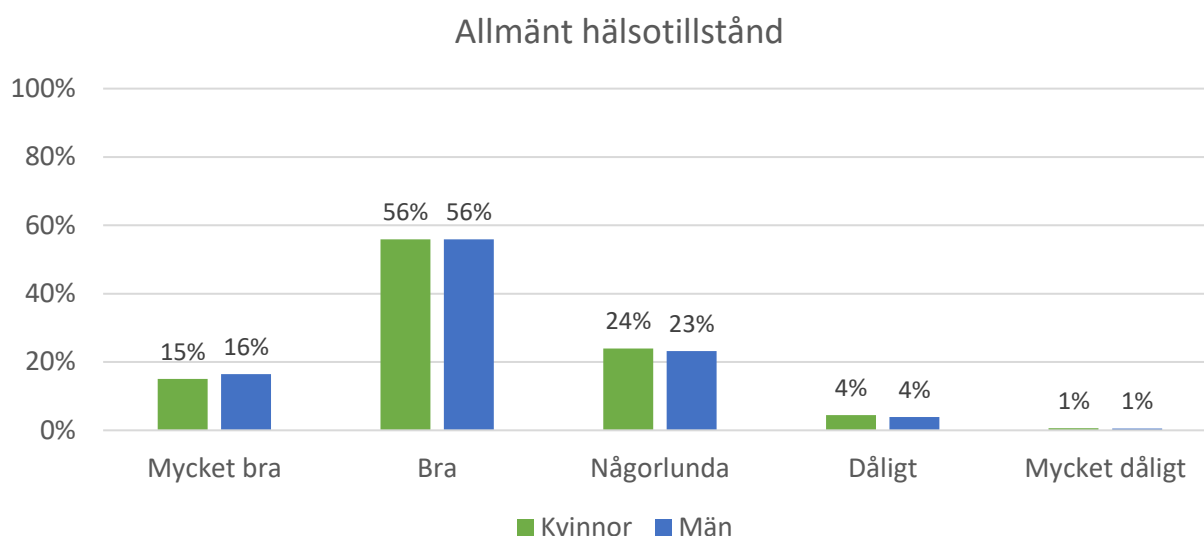


Figur 3. Födelseland för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=885).

Figur 3 visar att andelen utrikesfödda kvinnor var 34 % och andelen utrikesfödda män 35 %. Detta kan jämföras med Skånesnittet för 40-åringar enligt SCB, där 37 % av kvinnorna och 38 % av männen är utrikesfödda.

5.2 Levnadsvanor

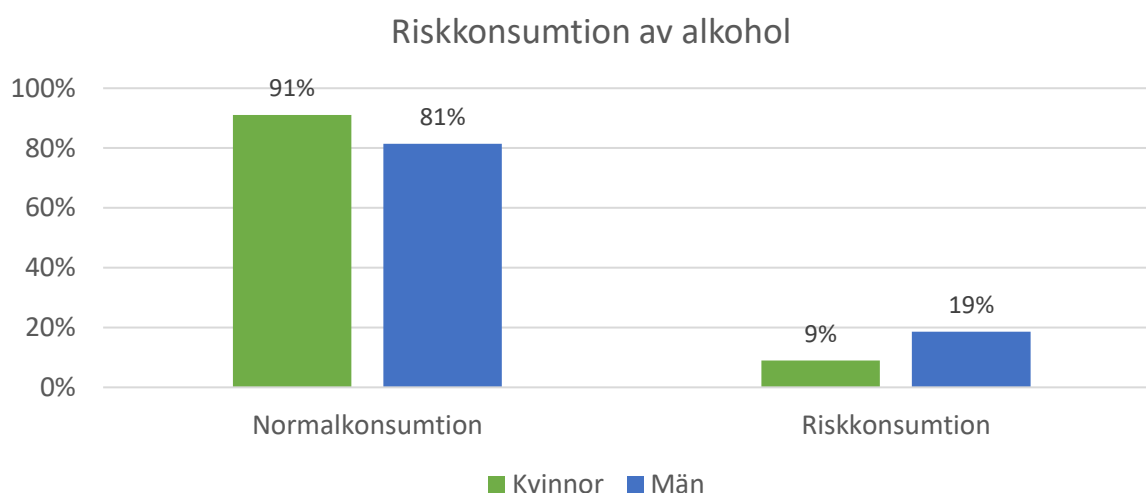
Allmänt hälsotillstånd



Figur 4. Svar på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=885).

Figur 4 visar att andelen kvinnor som anser att deras allmänna hälsotillstånd är "bra" eller "mycket bra" är 71 %. Motsvarande andel för männen är 72 %.

Alkohol

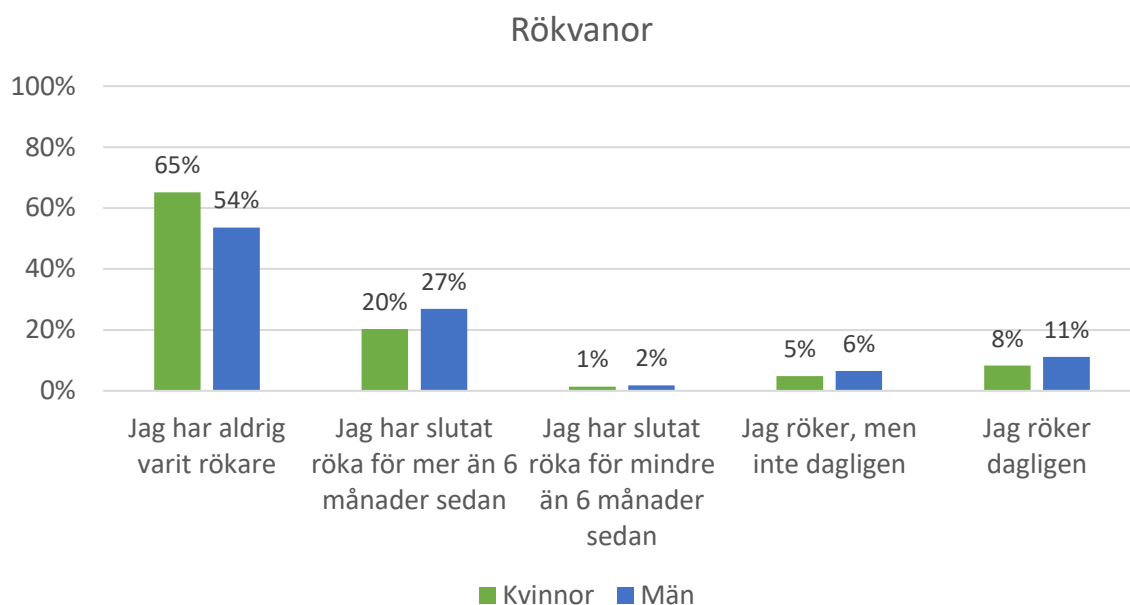


Figur 5. Andel kvinnor och män med normal- respektive riskkonsumtion av alkohol. Riskkonsumtion definieras som andel kvinnor som antingen dricker >9 standardglas per vecka och/eller ≥ 4 standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad. För män gäller andelen som dricker >14 standardglas per vecka och/eller ≥ 5 standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad (n=831).

Figur 5 visar att andelen kvinnor som antingen dricker >9 standardglas per vecka och/eller ≥ 4 standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad var 9 %. Andelen män som dricker >14 standardglas per vecka och/eller ≥ 5 standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad var 19 %.

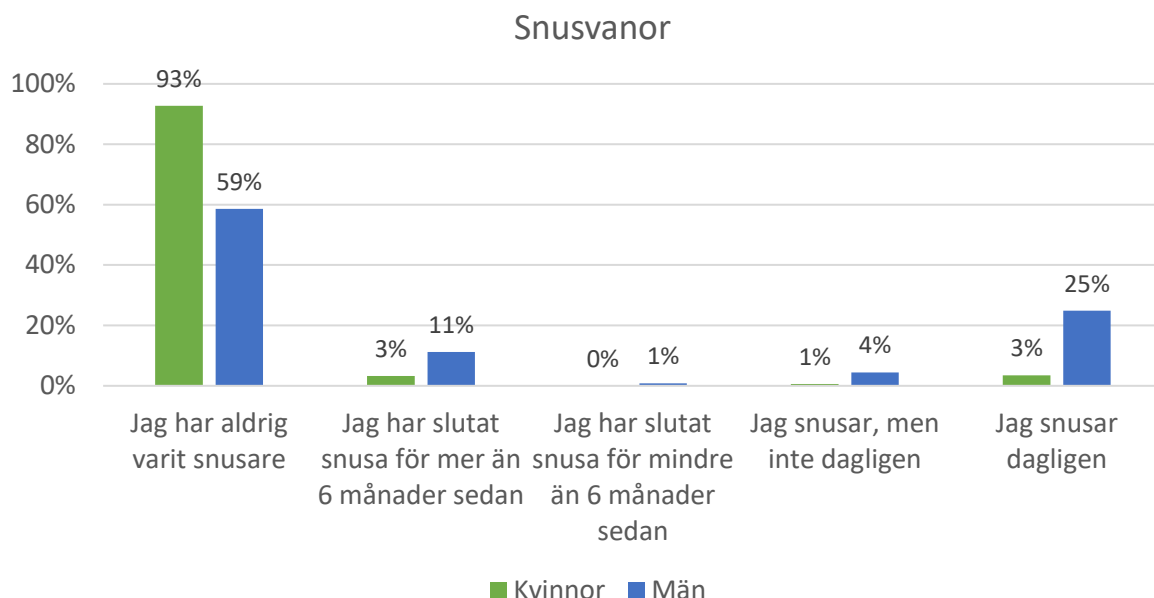
Sett till endast antal standardglas per vecka var andelen med riskkonsumtion 1 % bland kvinnor och 4 % bland män. Andelen kvinnliga deltagare som dricker fyra eller fler standardglas och andelen manliga deltagare som dricker fem eller fler standardglas vid ett och samma tillfälle minst en gång per månad var 8 % respektive 18 %.

Tobak



Figur 6. Rökvanor för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=883).

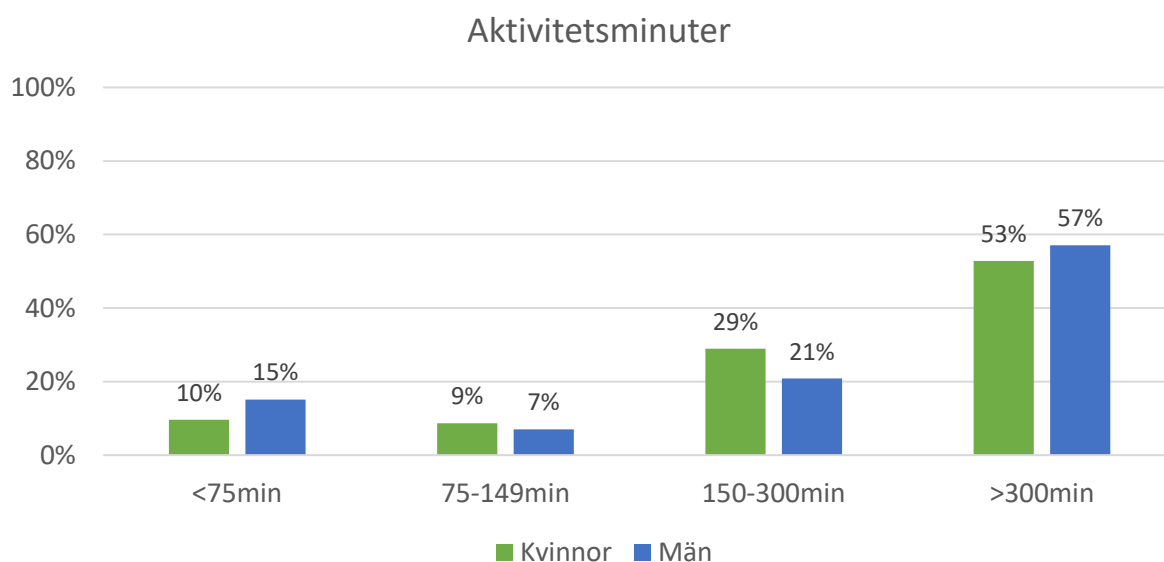
Resultaten visar att andelen som röker dagligen är 8 % för kvinnor och 11 % för män, se figur 6. Andelen kvinnor och män som antingen röker dagligen eller röker, men inte dagligen, är 13 % för kvinnor och 17 % för män.



Figur 7. Snusvanor för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=878).

Resultaten visar att andelen som snusar dagligen är 3 % bland kvinnor och 25 % bland män, se figur 7. Andelen som snusar dagligen samt snusar, men inte dagligen, summerar till 4 % för kvinnor och 29 % bland män. Observera att deltagare kan ha angett både rökning och snusanvändning.

Fysisk aktivitet

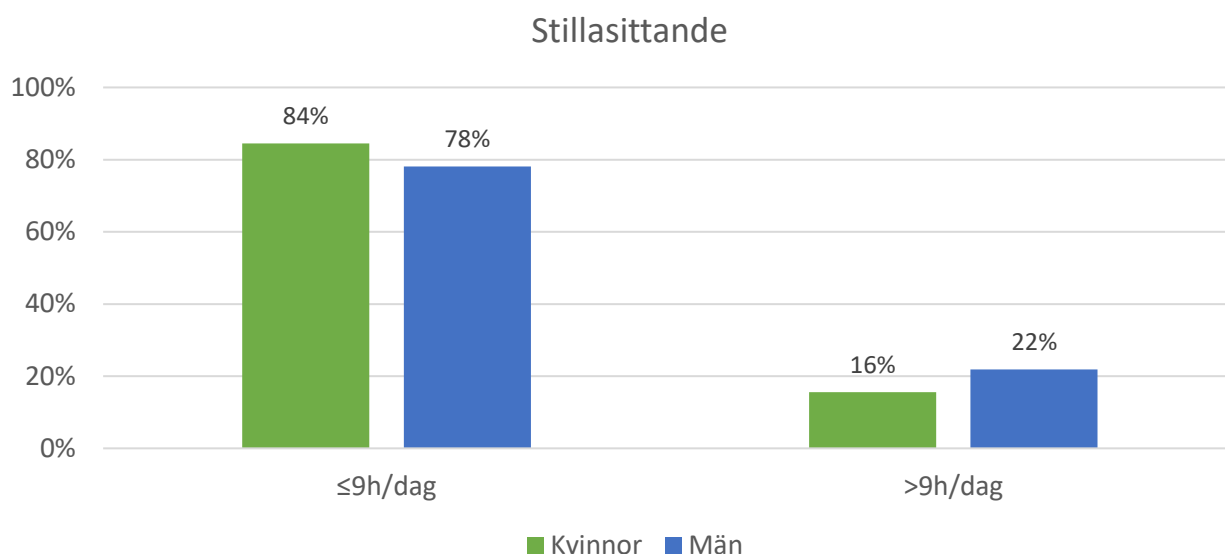


Figur 8a. Antal aktivitetsminuter per vecka för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=857).

Resultaten visar att 82 % av de kvinnliga deltagarna och 78 % av de manliga deltagarna rapporterar att de kommer upp i minst 150 aktivitetsminuter per vecka, se figur 8a. Andelen

som kommer upp i mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka är 19 % av kvinnorna och 22 % av männen.

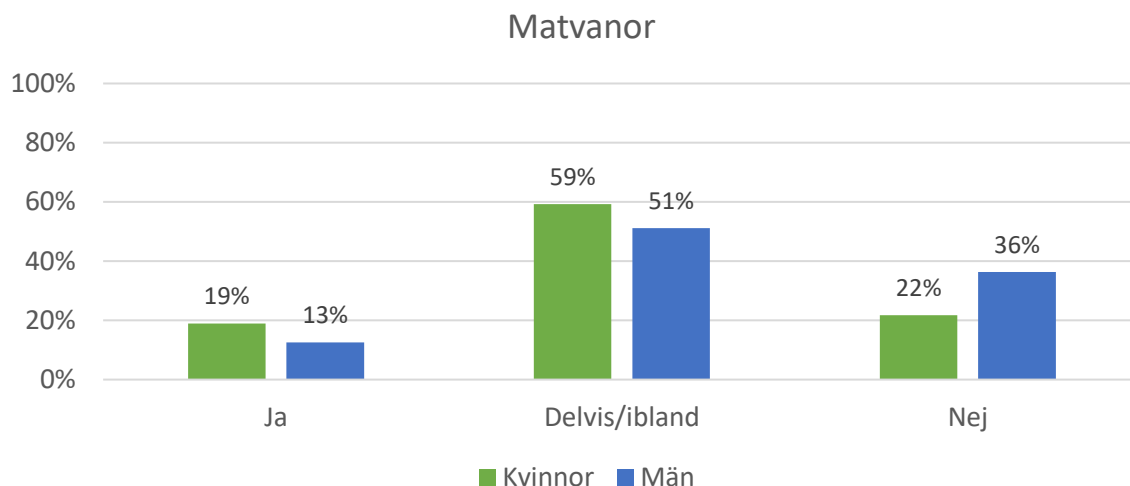
Stillasittande



Figur 8b. Antal timmar av stillasittande per dag för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=880).

Figur 8b visar att andelen kvinnor och män som anger över nio timmars stillasittande per dag är 16 % respektive 22 %.

Matvanor



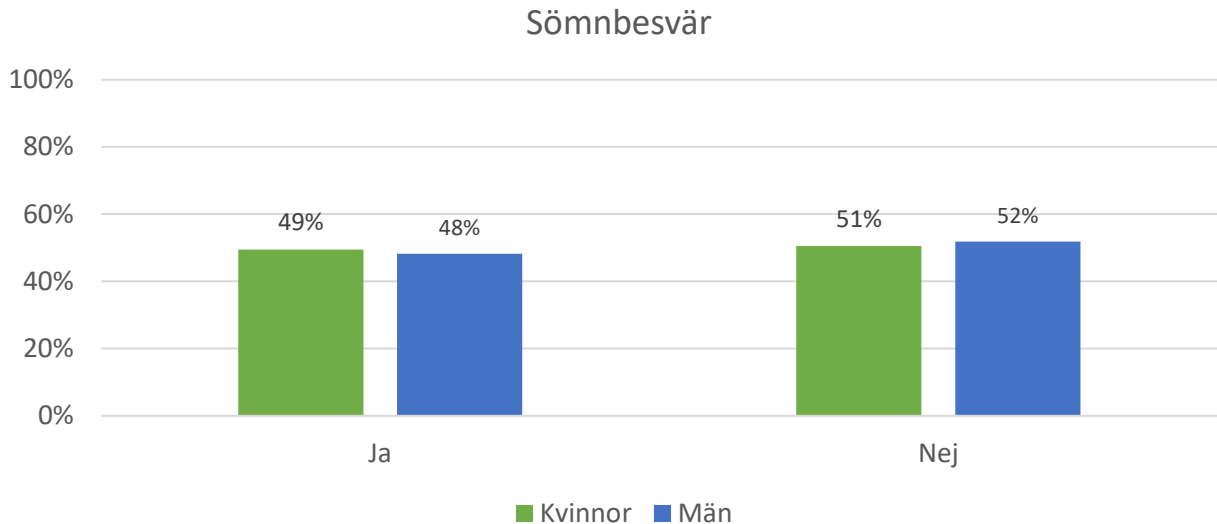
Figur 9. Svar på frågan "Jag väljer nyckelhålmärkta alternativ vid köp av bröd, flingor, gryn, pasta, kött- och charkprodukter, mejeriprodukter, matfett och färdigmat" för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=879).

Figur 9 visar att 78 % av kvinnorna och 64 % av männen anger att de alltid eller delvis/ibland väljer nyckelhålmärkta livsmedel i butik.

Psykisk hälsa

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

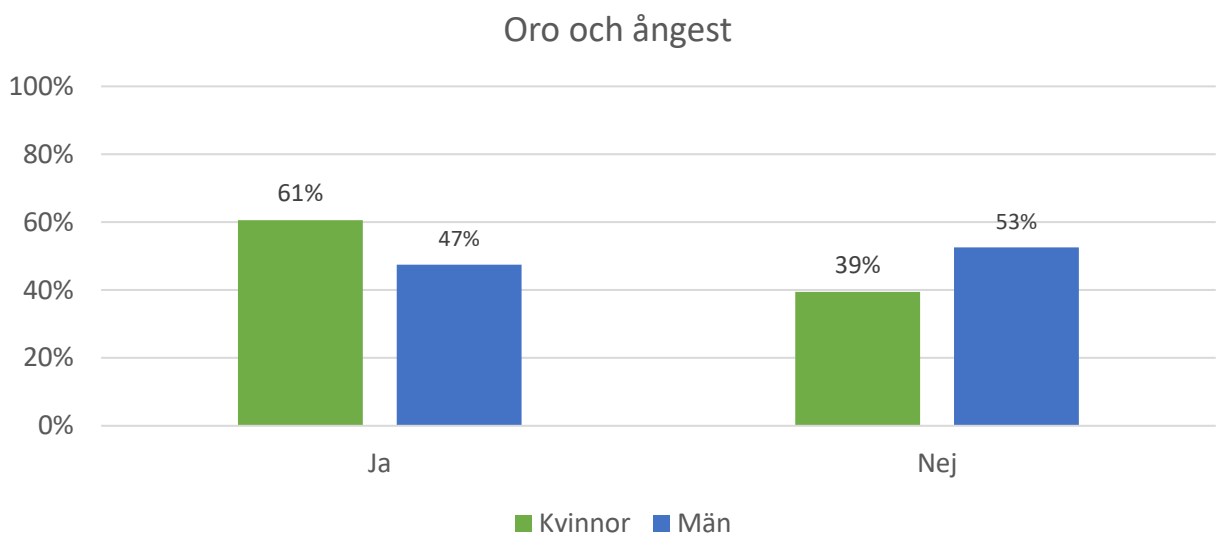
Sömnbesvär



Figur 10. Sömnbesvär de senaste tolv månaderna för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=885).

Figur 10 visar att 49 % av kvinnorna och 48 % av männen rapporterar att de haft sömnbesvär under de senaste tolv månaderna.

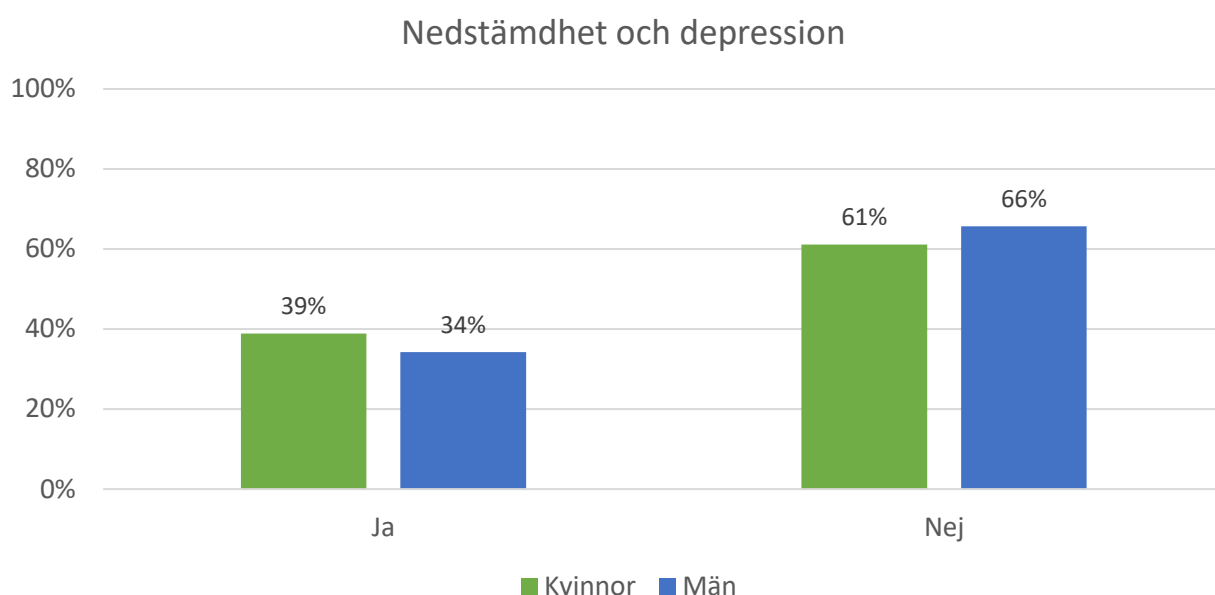
Oro och ångest



Figur 11. Oro och ångest de senaste tolv månaderna för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=885).

Av de kvinnliga deltagarna anger 61 % att de har haft besvär av oro och ångest de senaste tolv månaderna. Motsvarande andel för männen är 47 %, se figur 11.

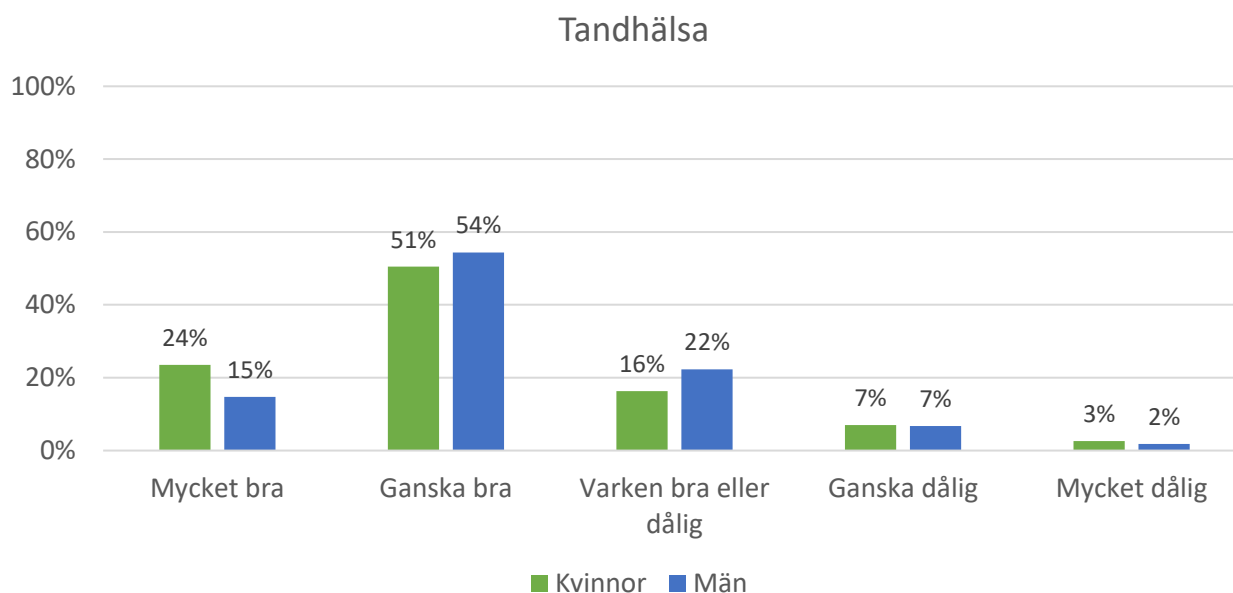
Nedstämdhet och depression



Figur 12. Nedstämdhet och/eller depression de senaste tolv månaderna för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=884).

Figur 12 visar att 39 % av kvinnorna och 34 % av männen anger att de har haft besvär av nedstämdhet och/eller depression de senaste tolv månaderna.

Tandhälsa



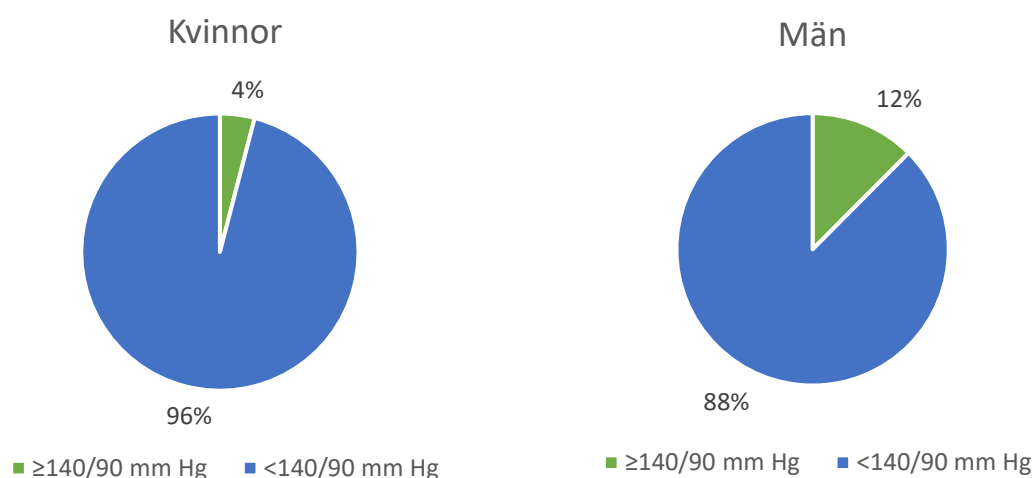
Figur 13. Svar på frågan "Hur tycker du att din tandhälsa är?" för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=883).

Andelen deltagare som uppfattar sin tandhälsa som "mycket bra" eller "ganska bra" var 75 % bland kvinnor och 69 % bland män, se figur 13.

5.3 Mätvärden

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

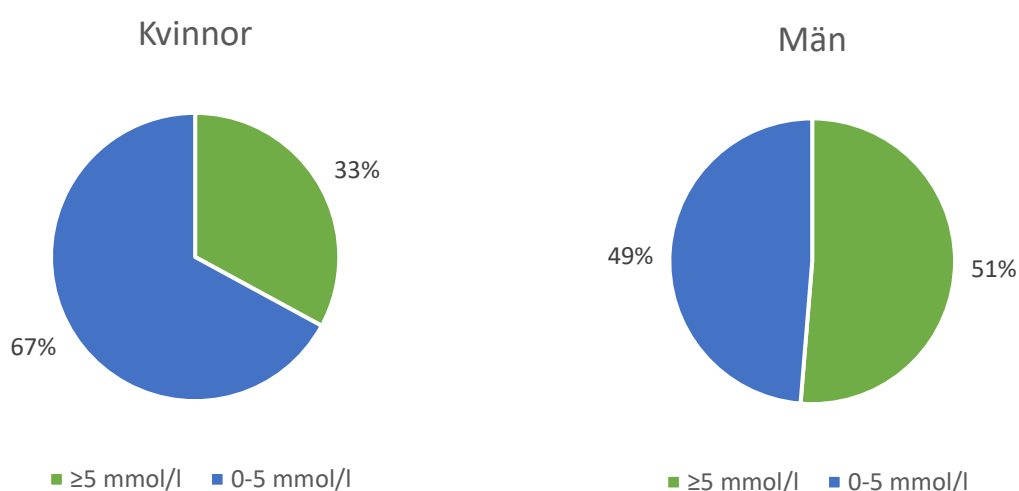
Blodtryck



Figur 14. Andel med högt ($\geq 140/90$ mm Hg) respektive normalt blodtryck för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 ($n=880$).

Högt blodtryck noterades hos 4 % av kvinnorna och 12 % av männen, se figur 14. Notera att samtliga deltagares mätvärden ingår i grafiken, inklusive de deltagare som har angett att läkare tidigare har konstaterat att de har förhöjt blodtryck (8 % bland både kvinnor och män). Denna sedan tidigare identifierade grupp kan dock vara under behandling och uppvisa normalt blodtryck nu. Analysen beskriver således ej antalet nyupptäckta individer med förhöjt blodtryck.

Kolesterol

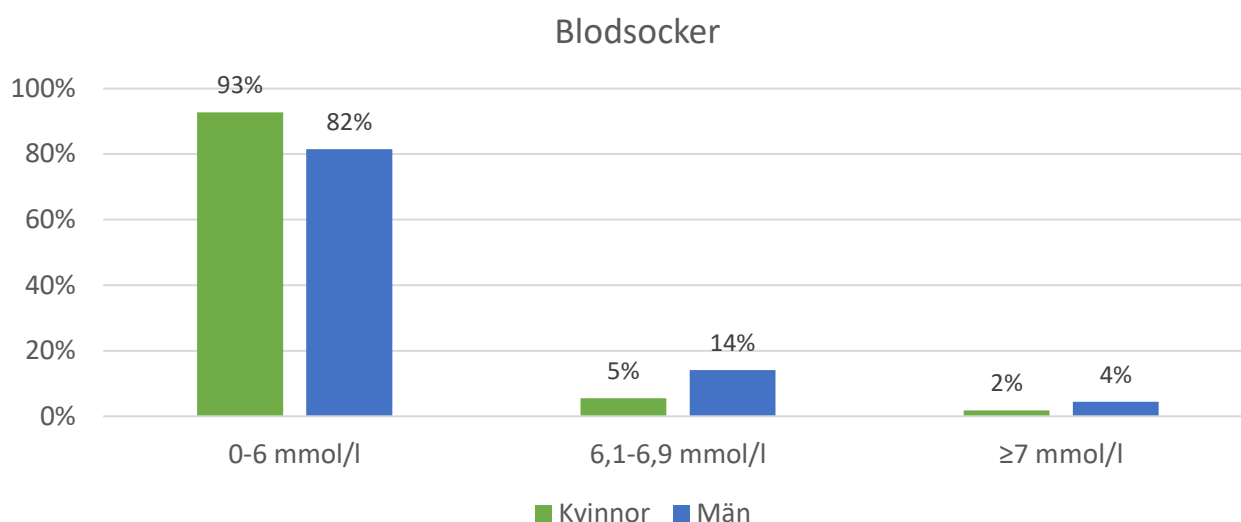


Figur 15. Andel med högt (≥ 5 mmol/l) respektive normalt kolesterol för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 ($n=879$). Mätvärden är faste värde.

Figur 15 visar att 33 % kvinnorna och 51 % av männen har förhöjt kolesterolvärde. Notera att samtliga deltagares mätvärden ingår i grafiken, inklusive de deltagare som har angett att

läkare tidigare har konstaterat att de har höga blodfetter (4 % av kvinnorna och 5 % av männen). Denna sedan tidigare identifierade grupp kan dock vara under behandling och uppvisa normala blodfetter. Analysen beskriver således ej antalet nyupptäckta individer med förhöjt kolesterol.

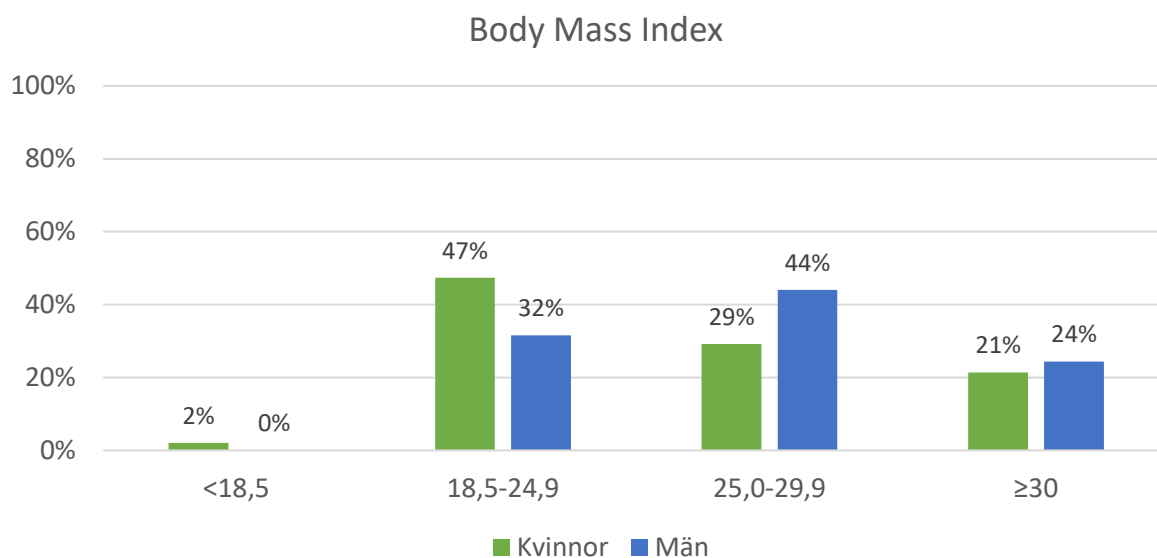
Blodsocker



Figur 16. Andel med normalt blodsocker (0–6 mmol/l), nedsatt glukostolerans (6,1–6,9 mmol/l) och misstänkt diabetes (≥7 mmol/l) för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=877). Mätvärden är fastevärde.

Mätningar av fastebloodsocker visar att 7 % av kvinnorna och 18 % av männen har ett förhöjt värde, se figur 16. Notera att samtliga deltagares mätvärden ingår i grafiken, inklusive de deltagare som angett att läkare tidigare har konstaterat att de har diabetes (4 % av kvinnorna och 1 % av männen). Denna sedan tidigare identifierade grupp kan dock vara under behandling och uppvisa normalt blodsocker nu. Analysen beskriver således ej antalet nyupptäckta individer med förhöjt blodsocker.

BMI



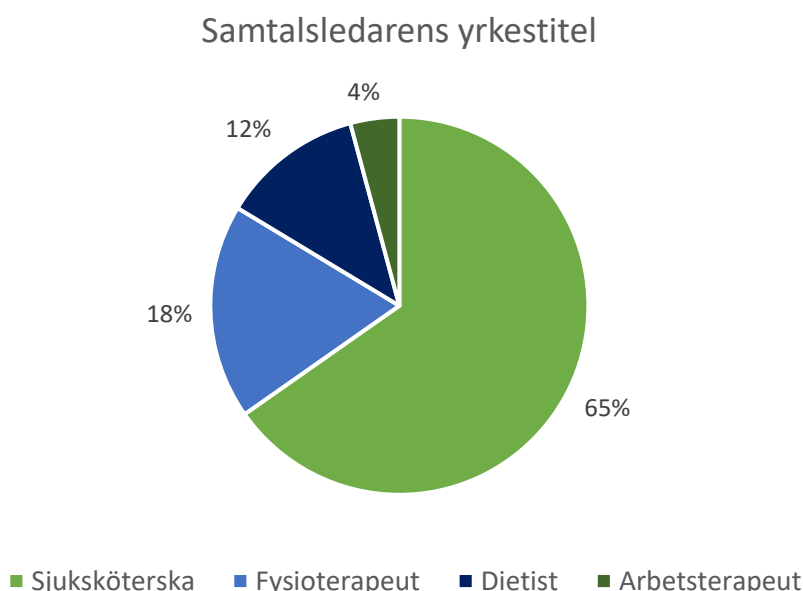
Figur 17. Andel med undervikt (<18,5), normalvikt (18,5–24,9), övervikt (25–29,9) och fetma (≥30) för kvinnor och män som genomfört ett hälsosamtal efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=882).

Andelen kvinnor med övervikt eller fetma är 50 %. Motsvarande andel bland männen är 68 %, se figur 17.

5.4 Uppföljning

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

Samtalsledarens yrkestitel



Figur 18. Andel hälsosamtal som hållits av sjuksköterska, fysioterapeut, dietist och arbetsterapeut efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=789).

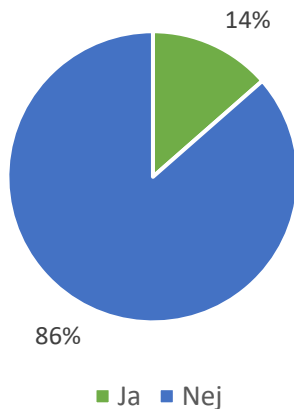
Av de totalt 789 hälsosamtal som registrerats för frågan, hölls majoriteten (65 %) av samtalen av sjuksköterska. Därefter hölls hälsosamtalen i fallande ordning av fysioterapeut (18 %), dietist (12 %) och arbetsterapeut (4 %), se figur 18.

Återbesök till samtalsledare

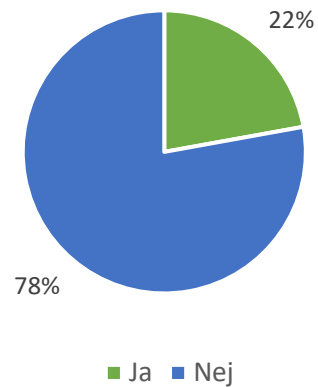
På frågan om hälsosamtalet lett till ett återbesök hos samtalsledaren, som besvarats för totalt 786 hälsosamtal, framkom att detta var aktuellt för 136 hälsosamtal. Totalt bokades 14 % av kvinnorna och 22 % av männen in för återbesök, se figur 19 nedan.

De vanligast angivna orsakerna till återbesöket hos kvinnor var uppföljning av blodtryck, matvanor och viktnedgång. För männen var de vanligaste anledningarna uppföljning av blodtryck, matvanor och kolesterol.

Återbesök till samtalsledaren, kvinnor



Återbesök till samtalsledaren, män

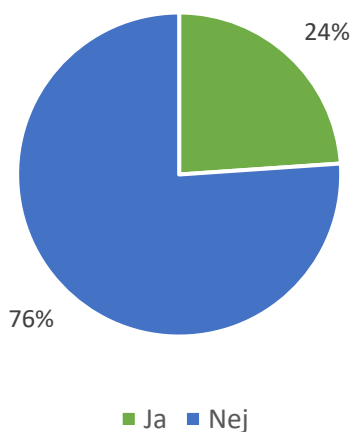


Figur 19. Andel kvinnor och män som bokats för ett återbesök till samtalsledaren efter hälsosamtalet sedan implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=786).

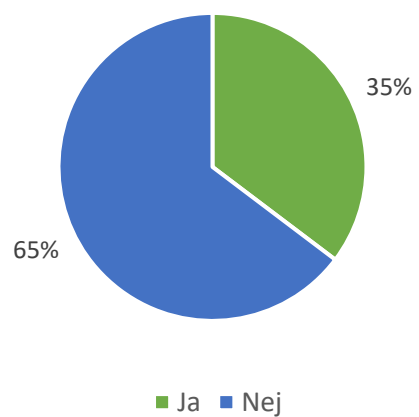
Remiss till annan vårdgivare

På frågan "Genererade hälsosamtalet en remiss eller mottagningsbesök till annan vårdgivare?" noterades "ja" för 24 % av kvinnorna och 35 % av männen, se figur 20. För kvinnor gick remisserna i fallande ordning till läkare, sjuksköterska och dietist. För männen gick remisserna till läkare, sjuksköterska och diabetessjuksköterska eller undersköterska.

Remiss till annan vårdgivare, kvinnor



Remiss till annan vårdgivare, män

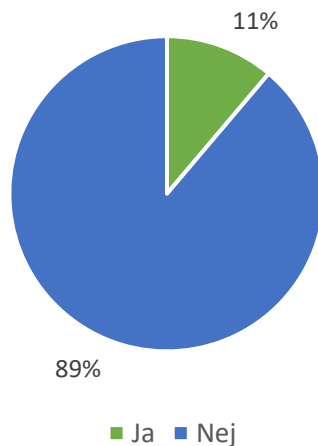


Figur 20. Andel hälsosamtal som genererat remiss till annan vårdgivare för kvinnor och män sedan implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=779).

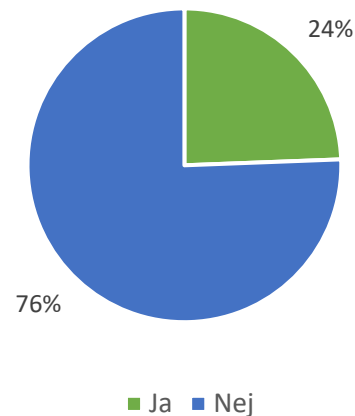
Misstanke om ny diagnos

På frågan om hälsosamtalet genererat misstanke om ny diagnos angavs ”ja” för 11 % av kvinnorna och 24 % av männen, se figur 21. De vanligaste diagnoserna som det väckts misstanke om var hypertoni, hyperkolesterolemi, fetma och diabetes typ 2.

Misstanke om ny diagnos, kvinnor



Misstanke om ny diagnos, män



Figur 21. Andel hälsosamtal som genererat misstanke om ny diagnos för kvinnor och män efter implementeringen av RHS i Skåne 2021 (n=770).

5.5 Hälsokurvan

I den aggregerade hälsokurvan som kan tas fram i webbstödet framkommer antal deltagare som hamnar inom respektive risknivå/kolumn (röd, orange, gul, grön) för de frisk- och riskfaktorer som kartläggs under hälsosamtalet. Resultaten härifrån visar att endast sex av 815 (<1 %) deltagare har en helt grön kurva, innebärande inga kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

6. Diskussion - erfarenheter och lärdomar från implementeringen

Sammanfattning

Under 2021 har processen kring RHS utvecklats successivt för att möta upp mot de volymer som implementeringen medfört. Vid årsskiftet 2021–22 hade totalt 103 av Skånes drygt 160 vårdcentraler fortbildat medarbetare i metoden. För att tillgodose efterfrågan har utbudet av utbildningstillfällen i såväl RHS-metoden som MI utökats under året. Webbstödet är numera ett nationellt kvalitetsregister och har fått en integration mot listningssystemet, en statistik-vy över förloppet, en aggregerad hälsokurva över varje vårdcentralers deltagare och övergick i central förvaltning vid årsskiftet 2021–22. Under året inkom även de första forskningsmedlen för den vetenskapliga utvärderingen av RHS. Regelbunden och bred förankring av metoden har fortsatt under året och stödet mot vårdcentralerna har byggts ut med verksamhetsnära resurser och en daglig support. Medialt har implementeringen av RHS i Skåne uppmärksamats på flera håll, inte minst i Dagens Medicin. Slutligen har arbetet med ökad jämlikhet i hälsa genom RHS fortsatt, bland annat genom samhällsinriktade insatser i områden med låg socioekonomi och utveckling av en digital tolkutbildning i metoden.

Sammanställningen av deltagardata som inkommit sedan implementeringen påbörjades visar att RHS når samtliga utbildningsgrupper och personer födda såväl inom som utanför Sverige. En viss överrepresentation av kvinnliga deltagare kan noteras. Andelen som tackat ja till erbjudandet om hälsosamtal var 45 %, vilket är i linje med övriga regioner som bjuder in 40-åringar. Detta trots att implementeringen 2021 sammanfallit med covid-19-pandemin, restriktioner och endast pågått i drygt fyra månader.

Den samlade bilden av 40-åringarnas hälsa i Skåne tyder på att män generellt sett har något fler och starkare riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom än kvinnor. Detta innefattar bland annat högre grad av snusbruk och riskbruk av alkohol. Samma trend syns även för de biologiska riskfaktorerna, där de manliga deltagarna har högre förekomst av högt blodtryck, kolesterol, blodsocker och BMI än de kvinnliga deltagarna. Dessa värden återspeglas även i den vidare uppföljning som deltagarna erbjuds, där män i högre grad bokats in för återbesök hos samtalsledaren eller fått en remiss till annan vårdgivare på vårdcentralen. På motsvarande sätt leder hälsosamtalet oftare till misstanke om ny diagnos hos de manliga deltagarna än de kvinnliga.

Stor potential till förbättrad hälsa genom goda levnadsvanor

Riskfaktorerna som kartläggs i hälsokurvan är viktiga att identifiera eftersom levnadsvanor utgör bland de främsta bidragande orsakerna till den samlade sjukdomsburden i Sverige (7). Det finns stark evidens för att förbättrade mat- och motionsvanor, rökstopp och minskad alkoholkonsumtion har god effekt på blodsockervärden, blodfetter, blodtryck samt vikt och i förlängningen minskar risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes. I en amerikansk studie var risken för förtida död minskad med 21 %, 39 %, 51 % respektive 81 % för personer som hade en, två, tre eller fyra hälsosamma faktorer avseende matvanor, fysisk aktivitet, rökning och vikt (8). I världens största fall-kontroll-studie avseende hjärtinfarkter, INTERHEART, var risken att insjukna i hjärtinfarkt cirka 80 % lägre för dem som inte rökte, var måttligt fysiskt aktiva samt åt frukt och grönsaker varje dag (9). Alkoholkonsumtion är en stark riskfaktor för hypertoni och det har uppskattats att 10–18 % av alla förhöjda blodtryck är orsakade av alkohol (10). Socialstyrelsen rekommenderar levnadsvaneåtgärder som bas vid hypertoni behandling, vilket kan minska behovet av läkemedelsbehandling och utgör dessutom

en kostnadseffektiv åtgärd. Hälso- och sjukvården har nationella riktlinjer på levnadsvaneområdet som beskriver effektiva evidensbaserade metoder för att stödja individer att förbättra sina ohälsosamma levnadsvanor. RHS är ett sätt att få till riktlinjerna i praktiken.

Implementeringen i relation till pilotfasen

Under hösten/vintern 2020–21 genomfördes en pilotfas av RHS bland 40-åringar på elva vårdcentraler i Skåne. Pilotfasen låg till grund för det politiska beslut om breddinförande som togs av hälso- och sjukvårdsnämnden i mars 2021. I pilotfasen angav var femte manlig deltagare dagligt snusbruk, vilket kan jämföras med var fjärde manlig deltagare i implementeringen. I både pilotfasen och implementeringen angav drygt hälften av deltagarna sömnbesvär. Likaså noterades samma andel män med förhöjt blodtryck och förhöjda kolesterolvärden i pilotfasen och implementeringen. För kvinnor syns samma andel med förhöjt kolesterolvärde i de två underlagen och andelen kvinnor med förhöjt blodsocker var också snarlik (7 % vs 9 %).

I pilotfasen rapporterade samtalsledarna att var femte hälsosamtal lett till återbesök, vilket är i linje med det som ses i implementeringen. Liknande orsaker till återbesöket listas i de båda underlagen: uppföljning av blodtryck, kolesterol, matvanor och viktminskning. I pilotfasen ledde var tredje hälsosamtal till remiss eller mottagningsbesök till annan vårdgivare, vilket även det motsvarar andelen i implementeringen. Slutligen noterades att ett av tio hälsosamtal lett till misstanke om ny diagnos i pilotfasen, vilket kan jämföras med var tionde hälsosamtal för kvinnor och var fjärde hälsosamtal för män i implementeringen (ungefär var sjätte hälsosamtal totalt). Sammantaget tyder dessa jämförelser på att pilotfasen utgjorde ett representativt underlag kring 40-åringarnas hälsa i Skåne och förstärker därmed det beslutsunderlag som ligger till grund för det politiska beslutet om breddinförande.

I den ettårsuppföljning som genomförts bland deltagare från pilotfasen under 2021 (se separat rapport) framkom att nio av tio deltagare berättat om vad de fick reda på vid hälsosamtalet för personer i deras omgivning som till exempel familj, vänner och kollegor. Därutöver angav var tredje deltagare att levnadsvanor hos personer i deras omgivning hade påverkats positivt av hälsosamtalet. Det som händer under hälsosamtalet får ringar på vattnet. Troligen har en stor andel av 40-åringarna familj och barn. Barns levnadsvanor kan därför indirekt påverkas av att en förälder får möjlighet att reflektera över sina levnadsvanor samt får råd och stöd till ett mer hälsosamt liv. Vetskapen om att vanor och beteenden som har med vår hälsa att göra grundläggs tidigt i livet gör att RHS för 40-åringar kan ha effekter på en ung generations hälsa i ett livsperspektiv.

Tidiga insatser kräver oftast mindre resurser och ger möjlighet till mer hållbara och bättre resultat än insatser som sätts in senare då problemen är större. Om fler barn och unga får med sig mer hälsosamma levnadsvanor tidigt i livet finns stor chans att samhället gör en stor ekonomisk vinst. Mot bakgrund av att övervikt och fetma i skolåldern fördubblats sen början på 90-talet, att andelen barn med fetma femdubblats samt att endast var femte barn eller ungdom rör sig enligt rekommendationerna och bara var tionde äter grönsaker, frukt och fisk enligt de rekommendationer som finns idag så finns det mycket att vinna. Vi har sett att hälsosamtalen når alla oberoende av socioekonomi vilket kan göra att den ojämlikhet i hälsa som vi ser även hos barn och unga eventuellt kan slätas ut något då föräldrar från alla samhällsgrupper får möjlighet att få stöd i att göra positiva levnadsvaneförändringar. Om det visar sig att det finns skolbarn eller förskolebarn i familjen, och man har identifierat ohälsosamma levnadsvanor som påverkar även barnen, kan samtalsledaren be om att få

kontakta skolsköterskan eller BVC. På så sätt kan familjen få stöd från olika håll för att hitta vägar till en hälsosammare livsstil för alla.

Implementeringen i relation till Folkhälsorapporten i Skåne

För att sätta resultaten från implementeringen i relation till regionssnittet har en jämförelse gjorts med 35–44-åringar från senaste Folkhälsorapporten i Skåne från 2019. I Folkhälsorapporten angav 71 % av kvinnorna och 78 % av männen i åldersgruppen att de klassar sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Motsvarande andelar i RHS var 71% och 72 %. Gällande levnadsvanor så bedömdes 8 % av kvinnorna och 14 % av männen i Folkhälsorapporten ha ett riskbruk av alkohol. Motsvarande andel i RHS ligger på 9 % för kvinnorna och 19 % för männen. I Folkhälsoenkäten var andelen dagligrökare 7 % bland kvinnor och 9 % bland män, vilket kan jämföras med 8 % och 11 % för RHS. Detta indikerar att erbjudandet om RHS attraherar dagligrökare då andelen inom RHS är högre än både nationssnittet (6 %) och regionssnittet. För dagligt snusbruk var motsvarande andelar 4 % vs 3 % för kvinnor samt 19 % vs 25 % för män i Folkhälsorapporten vs RHS. I Folkhälsorapporten anger drygt 63 % av respondenterna att de kommer upp i minst 150 aktivitetsminuter per vecka, för RHS ligger denna andel runt 80 %. För stillasittande rapporterar 16 % av kvinnorna och 22 % av männen mer än nio timmars stillasittande per dag, vilket kan jämföras med 19 % och 24 % i Folkhälsorapporten.

Inom RHS klassar drygt sju av tio deltagare sin tandhälsa som ”mycket bra” eller ”ganska bra”, vilket är i linje med resultaten från senaste folkhälsorapporten i Skåne. I metodstödet för RHS uppmanas samtalsledarna att rekommendera deltagarna att uppsöka tandvården vid ”ganska dålig” eller ”mycket dålig” tandstatus. Slutligen var andelen med övervikt 27 % bland kvinnor och 43 % bland män i Folkhälsorapporten, vilket kan jämföras med 29 % och 44 % för RHS. Motsvarande siffror för fetma är 15 % vs 21 % för kvinnor och 18 % vs 24 % för män. Observera att folkhälsorapportens data baseras på självrapporterade data, men RHS bygger på uppmätta värden.

Jämförelser gällande psykiska besvär har undvikits då formuleringen av frågor och avsedda tidsperspektiv skiljer sig åt i de två underlagen. Generellt kan dock psykiska besvär uttryckas som exempelvis nedstämdhet, oro eller sömnbesvär. Även kroppsliga besvär kan förekomma så som huvudvärk, magont eller yrsel. Psykiska besvär som uppstår till följd av vanliga påfrestningar är ofta övergående och lättar när situationen har förändrats, eller när vi själva har anpassat oss. Psykiska besvär som är ihållande och svåra kan innebära större svårigheter, t.ex. med att klara av vardagen. Besvären är dock inte så komplexa att de uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Inom RHS är frågorna som avser att fånga upp psykiska besvär och psykisk ohälsa något vagare än de markörer som är inkluderade för biologiska riskfaktorer, så som fastande blodsocker och blodtryck. Detta kan medföra att misstanke om fysisk sjukdom väcks lättare än psykisk sjukdom. Däremot är RHS en metod som uppmärksammar psykisk ohälsa, men där vidare utredning via exempelvis vårdcentralens samtalsteam/läkare krävs för diagnos och ställningstagande till eventuell behandling.

Könsskillnader i vårdsökande och psykiska besvär

I denna rapport framkommer att de manliga deltagarna genomgående fångats upp med fler och/eller starkare riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. En sammanställning av det totala vårdsökandet bland 40-åringar i primärvården i Skåne under 2021 visar att män står för en mindre andel av vårdkonsumtionen, knappt fyra av tio vårdbesök. Könsskillnader i vårdsökande inom primärvården är därmed påtagliga, men även i internationella studier är skillnaden uppenbar oavsett sökorsak, etnicitet, nationalitet och ålder (11, 12).

Gällande vårdsökande för just psykisk hälsa antas maskulina normer bidra till stigma och vara en bidragande orsak till underdiagnostisering och att depression och ångestsyndrom förblir obehandlade. Att mäns symtombild av depression och ångest, i större utsträckning än för kvinnor, är externaliserad till somatiska symptom försvårar troligen både hjälpsökande och diagnostiseringen. Hälsolitteracitet bland unga män har också visat sig lägre än hos flickor vilket möjligtvis bidrar till minskad möjlighet att göra hälsovänliga val i livet (13).

Det förebyggande arbetssätt som RHS innebär är tilltalande. Ett holistiskt och personcentrerat perspektiv på hälsa möjliggör att vårdinsatser aktiveras där behov finns. Att fler insatser sätts in för män än för kvinnor går i linje med att den gruppen generellt har riskfaktorer som medför ett större behov, inte på orättvis fördelning av vårdinsatser vilket har uppmärksammat som risk i andra studier (14).

Implementeringen 2021 och covid-19

Implementeringen har påbörjats under fortsatt pandemisituation. Med anledning av detta har personal omfördelats till andra uppgifter så som provtagningar och regionens covid-vaccinationer. Detta har medfört att färre hälsosamtal än beräknat har genomförts. Genomförandet under 2021 har dessutom varit frivilligt, det vill säga att varje vårdcentral bjudit in det antal 40-åringar som de hunnit med under rådande omständigheter.

Trots rådande situation har utbildningsinsatser kunnat genomföras. Restriktionerna har ändrats upprepade gånger, vilket har ställt höga krav på flexibilitet kring utbildningarna. En del har genomförts fysiskt, men övervägande del digitalt. Det verksamhetsnära stödet har fortsatt enligt plan, men med hänsyn till restriktionerna.

Samhällsinriktade åtgärder

Samhällsinriktade åtgärder genom samverkan med till exempel kommuner, idrottsföreningar, livsmedelsbutiker, apotek, tandvård och näringsliv förstärker effekten av hälsosamtalen. Hälso- och sjukvården är bara en av aktörerna när det gäller primärpreventivt arbete och samhällsinriktade insatser bör därför ske i samarbete med andra samhällsaktörer. Svalövs vårdcentral har visat att samverkan med kommunen och övriga aktörer är möjlig, kompetenshöjande och mycket givande. Se beskrivning i tidigare avsnitt.

7. Riktade hälsosamtal i relation till kunskapsläget

Den svenska modellen för RHS innebär ett uppsökande arbetssätt där hälso- och sjukvården aktivt vänder sig till en grupp i befolkningen, med erbjudande om en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insats. Modellen innefattar både sjukdomsförebyggande låg- och högriskstrategi som kombineras för prevention och behandling i syfte att i första hand minska insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom.

Ett sätt att systematiskt och strukturerat genomföra detta är enligt Socialstyrelsen att vårdcentralen i form av uppsökande verksamhet bjuder in alla personer i utvalda åldersgrupper, exempelvis 40- eller 50-åringar, till ett hälsosamtal med fokus på levnadsvanor och övriga risk- och friskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom (15, 16). För närvarande erbjuds RHS i tio av landets 21 regioner. Utöver detta har flera regioner tagit beslut om att införa modellen inom de närmaste åren. Tidigare studier från Västerbotten och Jönköping visar på både minskad risk för förtida död och insjuknande i hjärt-kärlsjukdom genom RHS (17, 18).

Under 2022 sker en systematisk kunskapsgenomgång, där vetenskapliga studier baserade på den svenska modellen för RHS granskas inom kunskapsstyrningssystemet och redovisas av en oberoende expertgrupp. Genomgången avses ge ytterligare vägledning i det framtida arbetet med RHS.

8. Fortsatt implementering 2022

Förflyttning från vård till hälsa

Ernst and Young med omfattande erfarenheter från rådgivning till hälso- och sjukvårdssektorn såväl i Sverige som internationellt har i en studie utrett hur offentliga resurser allokeras inom folkhälsoinsatser (19). Utifrån öppna hälsodata genomfördes en hälsoekonomisk analys av hur offentliga medel fördelas för att upprätthålla medborgarnas hälsa inom den svenska välfärden (20). Investerar vi våra skattemedel på bästa sätt om målet är att säkerställa en så frisk befolkning som möjligt? Författarna analyserar att det ter sig som att allokeringen av resurser inte matchar hälsoutfallet. 1 % av investerade offentliga resurser i preventiva åtgärder gav 32 % förbättrad folkhälsa medan 27 % av offentliga resurser lades på klinisk vård och gav 8 % förbättrad folkhälsa. Det är dags att vända på perspektiven och diskutera om det är möjligt att gå mot en framtida vård där vi parallellt med klinisk vård i större utsträckning gör det möjligt för patienter och medborgare att själva ta en aktiv roll i, och ett eget ansvar för, sin egen och därmed befolkningens hälsa. RHS kan här spela en viktig roll i att synliggöra risk- och friskfaktorer för att medborgarna skall kunna göra medvetna val för sin hälsa.

Folkhälsoarbete spänner över hela samhället och sjukvården har en central roll i detta arbete, som kunskapsorganisation och med hög kompetens att driva och utvärdera den evidens som vi har som grund för att föra en dialog om risk- och friskfaktorer med våra patienter. Viktigt är även att vi förmedlar kunskap på ett personcentrerat och för patienten respektfullt sätt i dialogform där autonomi är fokus.

Primärvården är central med sin unika roll i samhället med stor kontaktyta ut mot befolkningen samt ett högt förtroende. Genom att bygga upp en kunskap och struktur gällande levnadsvanors betydelse för insjuknande i våra folksjukdomar på en vårdcentral tillför vi ett ytterligare verktyg till behandlingsutbudet. Våra patienter får möjlighet att känna sig sedda i vården, kanske för första gången, då de samtalar om hela hälsan istället för bara ett symptom som skall lösas.

Metoden RHS ger således stora möjligheter för levnadsvanearbetet inom hälso- och sjukvården och skapar ett mervärde. Genom att arbeta med metoden engageras hela arbetsplatsen, levnadsvanorna lyfts i verksamheten och strukturen för levnadsvanearbetet utarbetas utifrån lokala förutsättningar på varje vårdcentral och behovet hos de listade patienterna. Det bör fortsatt tydliggöras hur viktigt ett aktivt ledarskap är, där tid avsätts för levnadsvanearbete och där helhetssynen, möjlighet till tvärprofessionell dialog och individens hälsa är i fokus.

Framåtblick

Inbjudningsförfarandet för RHS kommer justeras efterhand som åldersgrupper successivt digitaliseras och när befolkningen är insatt i erbjudandet om RHS och förväntar sig att få en kallelse vid utvalda åldrar. Större kommunikationsinsatser blir aktuella redan under 2022. Metodstödet behöver följa rådande evidens och successivt genomgå uppdateringar. Inom ramen för kunskapsstyrningen har nu ett Lokalt Programområde (LPO) levnadsvanor formerats, med möjlighet att stödja metoden tillsammans med metod- och kompetensstödet. En Lokal Arbetsgrupp (LAG) för metodutveckling av RHS har godkänts i

kunskapsstyrningsrådet februari 2022, med syfte att engagera allmänläkare, lärosäten, kardiologer och endokrinologer för samverkan kring metoden. I samarbete med övriga regioner kommer digitala hälsosamtal att genomföras och utvärderas. Vi har ett kvalitetsregister med samlade hälsodata från 40-åringarna som ger ovärderlig kunskap både nu och på sikt. Alldeles nyligen har ett nytt nationellt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor publicerats, där RHS tydligt beskrivs som en metod för att främja hälsan i befolkningen. Denna typ av intervention är dessutom kostnadseffektiv och ger möjlighet att skapa förutsättningar för vår vision - *bättre hälsa för fler*. Genom denna fokusförflyttning från vård till hälsa utgör metoden RHS en trolig pusselbit för att klara av framtidens vårdbehov i Region Skåne.

9. Referenser

1. Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. BMC Public Health. 2018;18(1):452.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. [citerad 14 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/World> Health Organization. Cancer. [Internet]. [citerad 14 mars 2017]. .
3. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
4. Folkhälsomyndigheten Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020 — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se).
5. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala S, AlHabib K et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study, Lancet Global Health. 2019;7(6): e748-e760.
6. Usher-Smith JA, Haggstrom C, Wennberg P, Lindvall K, Strelitz J, Sharp SJ, et al. Impact of achievement and change in achievement of lifestyle recommendations in middle-age on risk of the most common potentially preventable cancers. Prev Med. 2021;153:106712.
7. University of Washington. GBD Compare. [Internet]. [citerad 10 januari 2022]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [
8. Ahmed HM, Blaha MJ, Nasir K, Jones SR, Rivera JJ, Agatston A, et al. Low-risk lifestyle, coronary calcium, cardiovascular events, and mortality: results from MESA. Am J Epidemiol. 2013;178(1):12-21.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):937-52.
10. Piano MR, Mazzucco A, Kang M, Phillips SA. Cardiovascular Consequences of Binge Drinking: An Integrative Review with Implications for Advocacy, Policy, and Research. Alcohol Clin Exp Res. 2017;41(3):487-96.
11. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. American psychologist. 2003;58(1):5.
12. Courtenay WH. Key Determinants of the Health and Well-Being of Men and Boys. International Journal of Men's Health. 2003;2(1):1-30.
13. Jämställdhetsmyndigheten. Psykisk ohälsa och andra aspekter av hälsa - Uppföljning av det jämställdhetspolitiska delmålet om en jämställd hälsa [Internet]. Göteborg: Jämställdhetsmyndigheten; 2021. Rapport 2021:2. [citerad 2022-02-17]. Hämtad från: <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/media/uwc2gtq/psykisk-ohalsa-och-andra-aspekter-av-halsa-2021-2.pdf>.
14. Sveriges Kommuner och Landsting. (O)jämslälldhet i hälsa och vård - en sammanfattning [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019. [citerad 17 februari 2022]. Hämtad från: <https://regionvastmanland.se/globalassets/vardgivate-och-samarbetspartners/behandlingsstod/hjalpmedel/information/ojamstallldhet-i-halsa-och-vard-2019.pdf>.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018.
16. Socialstyrelsen. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård [Internet]. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Lägesrapport 2018. [citerad 17 januari 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-4.pdf>.

17. 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.
18. Lingfors H, Persson L-G. All-cause mortality among young men 24–26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study. *BMJ Open*. 2019;9(1):e022474.
19. Ernst & Young. Hur skapar vi patientbrist? Frågor till densvenska hälsodebatten. Stockholm: Ernst & Young AB; 2016.
20. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten & Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser 2014 - Folkhälsa [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. [citerad 17 februari 2022]. Hämtad från: <https://skr.se/download/18.45167e4317e2b341b24ba577/1642776560656/7585-159-4.pdf>.