

Främja Hälsa

nr 2 2015

En tidning från nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

TEMA: Jämlig hälsa



Samverkan för jämlig munhälsa

▶ SIDAN 12-13



Han leder den nationella kommissionen för jämlig hälsa

▶ SIDAN 6



Kära vänner!

Temat för detta nummer är jämlik hälsa. Att det finns skillnader i hälsa mellan olika länder är välbekant, och även att det i länder med stora sociala skillnader finns motsvarande skillnader i hälsa. Det som är anmärkningsvärt är att vi, i välfärdslandet Sverige har så stora skillnader i hälsa mellan människor med olika livsvillkor. Detta har bland annat uppmärksammats av ledande internationella forskare som exempelvis Johan Machenback. Han skriver ”that socioeconomic inequalities in health have not only persisted ... but some measures have even widened ... is one of the great disappointments of public health.”

Någon kan mena att detta ändå är ett litet problem. Medellivslängden ökar för varje år och parallellt med det också människors upplevda

hälsa. Jo, så är det, men samtidigt har vi oförändrade, eller ökande, skillnader mellan grupper med olika socioekonomisk situation, som vi kan läsa i intervjun med Denny Vågerö. Skillnaderna är påtagliga. De som har högskoleutbildning lever i genomsnitt fem år längre än de med grundskoleutbildning. Det är också viktigt att påminna om att utbildning inte är en ”kausal” faktor. Om vi istället jämför de med högst eller lägst inkomst finner vi samma skillnader, eller om vi jämför tjänstemän med dem som har arbetaryrken. Och skillnaderna ökar i vårt land, särskilt mellan kvinnor med kort och lång utbildning. Särskilt oroande är att vi nu, bland både män och kvinnor 36–44 år med kort utbildning, ser ett ökat insjuknandet i stroke.

Vad beror dessa skillnader på?

Det goda är att det idag finns ett omfattande intresse för att förstå orsakerna till dessa skillnader för att utifrån det kunna agera. Och svaret är att de beror på en rad, samverkande, faktorer som har som gemensam grund att människor som kan påverka sin situation har bättre hälsa och mindre sjukdom. Individer med utsatt social situation har oftast en sämre fysisk arbetsmiljö, lägre balans mellan krav och kontroll i arbetslivet, mer ekonomisk stress och tunnare sociala nätverk. Det är också vanligare med ogynnsamma levnadsvanor, exempelvis rökning och låg fysisk aktivitet samt lägre tilltro till egen förmåga och tillit till andra människor.

Vad kan man göra?

WHO initierade 2006 en internationell kommission ledd av Michael Marmot som 2008 skrev en rapport där man gav rekommendationer för en minskad ojämlikhet i hälsa. Den följdes

av nationella kommissioner i England, Norge och Danmark. I Sverige har vi börjat nedifrån. Malmö stad startade den första lokala kommissionen i världen och Östgötakommissionen kom därefter med ett uppdrag från landstinget och alla kommuner i länet att analysera skillnader i hälsa och ge rekommendationer för hur de kan minska. Nu finns en nationell kommission som arbetar på regeringens uppdrag.

I detta nummer beskriver vi det som nu händer på olika nivåer i vårt land. Det pågår ett omfattande arbete i olika delar



Det är alltså möjligt att minska skillnader i hälsa! Och hälso- och sjukvården har viktiga uppdrag också i det utåtriktade folkhälsoarbetet.

av Sverige och vi vill särskilt ge exempel på vad hälso- och sjukvården kan göra. Bo Burström beskriver hur viktigt vårt arbete med folkhälsorapportering är och hur det i Stockholms län resulterat i angelägna insatser i stadsdelen Rinkeby, en av de mest socialt utsatta. I Västra Götaland har tandvården ett tvärdisciplinärt arbete som innefattar skolan och i Västerbotten arbetar man sedan 20 år med hälsoundersökningar och hälso-samtal för vuxna. I båda fallen kan man visa att de som behöver det bäst förbättras mest, det vill säga detta arbete ger minskade skillnader i hälsa.

Det är alltså möjligt att minska skillnader i hälsa! Och hälso- och sjukvården har viktiga uppdrag också i det utåtriktade folkhälsoarbetet. Det är särskilt viktigt i en tid av flyktinginvandring där vårt land nu tar emot människor med en extra utsatt social situation!

Min känsla är att vi nu är i en brytningstid, en form av genombrott där ökad kunskap, insikt och engagemang också leder till handling!

Läs, och låt dig inspireras!

Margareta Kristenson
Nationell Koordinator
HFS-nätverket



FOTO: SOFIE DRAKE

Ansvarig utgivare: Margareta Kristenson
Framsida: Foto stora bilden: Folkvandvården Västra Götaland. Stjärnprofilen: Västerbottens läns landsting
Publikationsbeteckning: ISSN 1402 - 4187

Redaktör Främja hälsa
Anchi Alm
E-post: anchi@granitpr.se
Telefon: 0760-15 90 10
Läs tidningen även som pdf på webbplatsen:
www.hfsnatverket.se

Kontakt nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård
Lovisa Karlsson
E-post: lovisa.karlsson@regionostergotland.se
Telefon: 010 - 103 72 68



Redaktören har ordet!

Statistiken handlar om människors liv

Att ta hälsan för givet är nog något många av oss syndar med. Det är först när vi får anledning att fundera över vår hälsa som vi faktiskt förstår vilken förmån det är att vara frisk och stark.

Vad värre är tror jag att vi sällan eller aldrig reflekterar över att andra inte skulle ha samma möjlighet till en god hälsa som vi själva. Eller för den delen att någon annan kanske har bättre möjlighet till god hälsa än vi själva har.

Någonstans vet vi förstås att hälsan är ojämnt fördelad. Men vad innebär det i praktiken? Jo, det betyder att en person som är född och uppväxt i en viss social struktur berövas rätten till flera års liv. För statistik må vara på gruppnivå, men till syvende och sist handlar siffror om människor.

Att skillnaderna i förväntad livslängd dessutom har ökat mellan olika grupper de senaste 20 åren, menar professor Denny Vågerö är ett av våra allvarligaste problem. I det här numret av Främja Hälsa kan du läsa en intervju med honom på sidan 4-5. Han menar att hälsa måste prioriteras upp på den politiska dagordningen.

Ett sätt att göra det är Kommissionen för jämlik hälsa som regeringen tillsatte i somras. På sidan 6-7 berättar ordföranden Olle Lundberg vad hans arbete ska gå ut på.

Och visst finns det bra, konkreta exempel på insatser som leder i riktning mot en mer jämlik hälsa. I Stockholm har man gjort konkreta satsningar på exempelvis nyblivna föräldrar i Rinkeby. I Västra Götaland satsar tandvården på både generella och utökade insatser för barns tandhälsa. Och i Västerbotten har världens största hälsoundersökningar haft störst effekt på dem med kort utbildning.

Allt det här kan du läsa mer om i det här numret av Främja Hälsa. God läsning!

Redaktör Anchi Alm

8-9 Malmökommissionen en pionjär



10-11 Kulturanpassat stöd förebygger fetma



12-13 Tidig satsning för jämlik munhälsa

FOTO: FOLKTANDVÅRDEN VÄSTRA GÖTALAND

Innehåll nr 2, 2015

Tema: Jämlik hälsa

- 4-5 Så ser den ojämlika hälsan ut
- 6 Evidens grunden för nationell kommission
- 7 SKL-satsning för social hållbarhet
- 10 Folkhälsorapporter ger politiker kunskap
- 11 Hälsokalkylatorn mäter ekonomiska effekter
- 14-15 Världens största hälsoundersökning
- 15 Kunskapsbank kring hälsosamtal

Skillnaderna i hälsa

Ett av de största problemen när det gäller jämlik hälsa idag är de ökande skillnaderna i förväntad livslängd. Det menar Denny Vågerö, professor vid Chess, Centre for Health Equity Studies.

– Vi har i dag en negativ tendens mot en mer ojämlik hälsa som beror på sociala faktorer, säger han.

Text: Anchi Alm

När Socialstyrelsen publicerade sin första folkhälsorapport 1987 visade den att det fanns stora sociala skillnader i hälsa i befolkningen, både sett till kön och utbildning. Rapporter och studier som har kommit, både före och efter folkhälsorapporten, har visat på samma mönster.

Denny Vågerö är professor i medicinsk sociologi och har i många år forskat kring hur samhällsförhållanden påverkar hälsa. Han satt bland annat med i WHO:s så kallade Marmotkommission, som mycket av dagens arbete med jämlik hälsa grundar sig i. Denny Vågerö menar att ett av de största problemen i dag är skillnaderna i förväntad livslängd och den stadigt negativa utvecklingen inom det området.

– Vi har stora skillnader mellan olika sociala grupper i dag, säger han, och den allvarligaste är skillnaden i förväntad livslängd. För 20 år sedan var skillnaden i förväntad livslängd 2,5 år mellan personer med kort och lång utbildning. I dag är den fem år.

– Alla grupper har visserligen en ökad livslängd i det långa perspektivet, den ökar även för de förfördelade. Men den ökar mindre för människor med enbart grundskoleutbildning och för kvinnor med grundskoleutbildning har den förväntade livslängden knappt ökat alls. Ojämligheten ökar därför stadigt sedan fyra decennier. Det pekar på ett fundamentalt samhällsproblem.

Många sätt att mäta

Förväntad livslängd är ett av många sätt att mäta skillnader i hälsa, men det finns betydligt fler. Denny Vågerö menar att alla mått visar på stora skillnader mellan olika grupper i samhället.



Den allvarligaste skillnaden i hälsa i dag är den i förväntad livslängd, menar Denny Vågerö.

– Hur vi än mäter finner vi samma sak. Tittar vi på dödlighet i hjärt- kärlsjukdomar eller lungcancer ser vi samma sak. I stort sett varje sjukdomsgrupp har ett socialt mönster. Ju bättre man har det socialt, desto bättre hälsa har man. Det finns ett fåtal undantag men det här är ändå ett generellt mönster, inte ett specifikt.

” Det är någon underliggande strukturell utveckling, som tycks slita isär samhället ”

Vad beror då skillnader i hälsa på och hur uppkommer de? Kunskapsläget är relativt gott kring vad som orsakar skillnaderna och de faktorerna påverkar och förstärker varandra.

– Vi vet en hel del om vilka faktorer som påverkar sjukdomsrisker och dödsorsaker, säger Denny Vågerö. Människor med goda ekonomiska resurser använder dem för att leva bra och för att skydda hälsan.

– Det finns ofta ett nära samband mellan sjukdomsdiagnos och yttre faktorer, som rökning till exempel. Samtidigt har levnadsvanor en koppling till inkomst, utbildning och samhällsklass. Rökning är exempelvis mer klasspräglad i dag och vanligare i arbetaryrken och bland kvinnor med kort utbildning.

Socioekonomi i botten

Det socioekonomiska perspektivet är det klart viktigaste för att förklara ojämlikheter i hälsa.

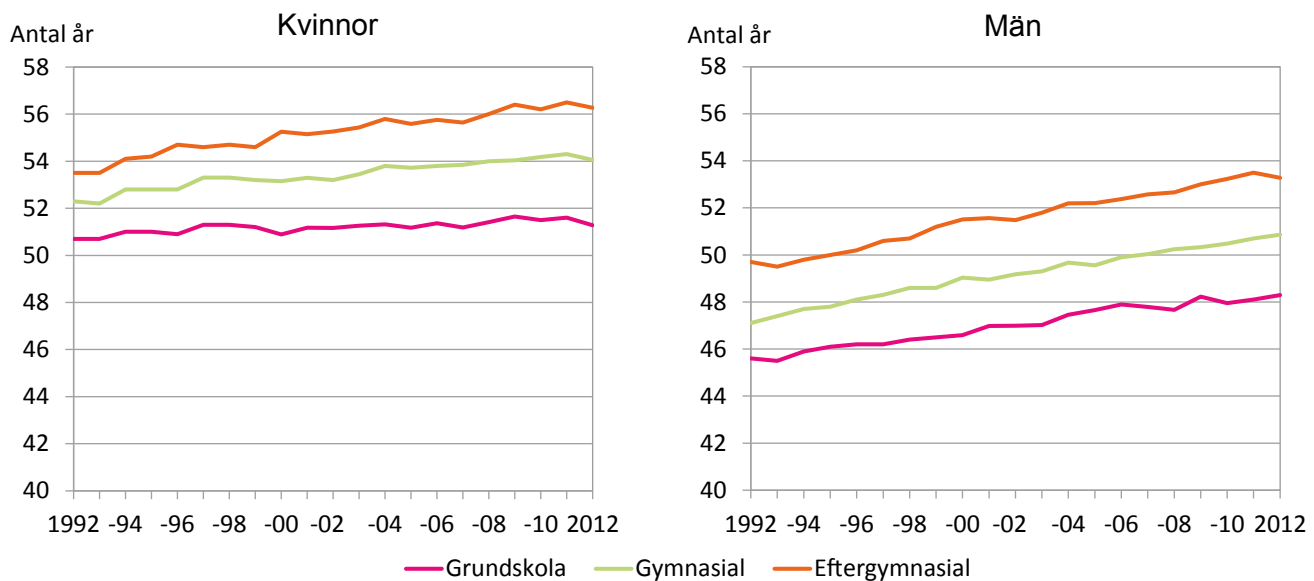
– Marginalgrupper på arbetsmarknaden och bostadsmarknaden har en annan typ av problem, säger Denny Vågerö. Oftast en ansamling av negativa faktorer. Men ojämlikheten kan beskrivas som en social gradient, en trappstege. Det är inte så att det bara är den mest fattiga gruppen som påverkas.

– Universitetsutbildade klarar sig bättre än de med gymnasieutbildning, disputerade bättre än icke-disputerade. Det är en fingeradering av nivåer och det betyder att det handlar om strukturella skillnader. Det är någon underliggande strukturell utveckling, som tycks slita isär samhället och långsamt leda till alltmer olika levnadsförhållanden, inklusive hälsa.

Det här fenomenet finns det ingen entydig och enkel förklaring till. Även om vi vet mycket om vad som orsakar skillnader i hälsa, finns det inget självklart svar på varför skillnaderna ökar decennium efter decennium, än mindre hur vi skall lyckas motverka tendensen. Det tycker Denny Vågerö är oroväckande.

– En viktig del är förstas levnadsvanorna, som nu är mer kopplade till sociala faktorer. En annan del handlar om väl-

har ökat



Utveckling av livslängden i grupper med olika utbildning. Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter längsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1992–2012. Källa: Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten.

färdsstaten som tidigare gick in och erbjöd sitt skyddsnät här. Nu har vi trimmat ned välfärdsstaten, vilket gör det svårare. Men det är inte hela förklaringen eftersom den här utvecklingen började redan tidigare.

– Det globala inflytandet över svensk arbetsmarknad kan vara en annan förklaring. Vi har ett globalt tryck på arbetsmarknaden som välfärdsstaten inte förmår parera och som påverkar inkomstfördelning, skattepolitik och arbetslöshet.

Jämlig hälsa behöver prioriteras

Många faktorer som påverkar hälsan finns utanför hälso- och sjukvården, i ett bredare samhällsperspektiv. Men hälso- och sjukvården kan ändå göra mycket och har ett stort ansvar för att komma tillrätta med skillnaderna.

– Om vi får en mer jämlig vård kommer det att betyda mycket för en mer jämlig hälsa. Sedan tror jag att hälso- och sjukvården har en viktig roll att förmedla kunskap om hur sjukdomar uppkommer. Det krävs en dialog med sjukvården för att få ett bättre grepp om hur man ska arbeta förebyggande i alla samhällssektorer.

För att lösa problemet med ökande skillnader i hälsa behöver folkhälsofrågor och jämlig hälsa prioriteras politiskt, menar Denny Vågerö. Förändringar när det gäller arbetslöshet, bostäder och skola kräver politiska beslut och jämlig hälsa måste upp på dagordningen, på högsta nivå i det politiska systemet.

– Det krävs att politikerna lägger större vikt vid vad som händer med människors välbefinnande, säger Denny Vågerö. Hälsa och välbefinnande är en indikator på om utvecklingen går åt rätt håll och är ett lika viktigt mått som BNP per capita eller handelsbalansen.

– Vi behöver involvera politiker på alla nivåer i arbetet för en

jämlig hälsa, men även hälso- och sjukvården, folkrörelserna och näringslivet. Vi har ju sett nu under flyktingkatastrofen vilken enorm mobilisering vi kan få till i civilsamhället. Jag tror att det finns ett stort utrymme för alla att delta.

JÄMLIK HÄLSA:

Skillnader i hälsa finns på många olika plan. Ojämlighet i hälsa finns bland annat mellan kvinnor och män; socioekonomiska skillnader finns mellan dem med kort och lång utbildning liksom efter inkomst, yrke och bostadsort. Skillnader i hälsa kan mätas på många sätt. Ett av de mest använda måtten är förväntad livslängd. Andra mått kan vara dödlighet i olika sjukdomar, självsattad hälsa eller psykiskt välbefinnande.

De faktorer som påverkar hälsan kallas allmänt för bestämningsfaktorer.

Det kan exempelvis handla om bostadssituation, utbildningsnivå, situation på arbetsmarknaden, ekonomiska resurser och social gemenskap. Bestämningsfaktorer finns även på individnivå i form av levnadsvanor, som exempelvis rökning, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet samt tilltro till sin egen förmåga.

I arbetet med att främja hälsa uppkommer ofta frågan om det är individens eller samhällets ansvar. Svaret är att det handlar om ett samspel, där individen har ansvar för sin egen hälsa och där samhällets ansvar är att skapa likvärdiga förutsättningar för alla att ta det ansvaret.

Han leder arbete för jämlik hälsa

Regeringens mål är att de påverkbara hälsoklyftorna ska vara utjämnade inom en generation. En del i det arbetet är Kommissionen för jämlik hälsa som leds av professor Olle Lundberg.

– Vi måste komma med konkreta förslag på hur vi kan göra saker bättre i stället för att fastna i problembeskrivningar, säger han.

Text: Anchi Alm



Olle Lundberg är professor vid CHES, Centre for Health Equity Kommissionen för jämlik hälsa.

När den nyttillträdda regeringen lämnade sin regeringsförklaring 2014 var målet om jämlik hälsa tydligt uttryckt – påverkbara hälsoklyftor ska slutas inom en generation. Och Olle Lundberg, professor vid CHES, Centre for Health Equity Studies, är personen som ska tala om hur det ska gå till. Den 4 juni presenterades han som ordförande för Kommissionen för jämlik hälsa. Kommissionen ska lämna förslag som kan bidra till att

hälsoklyftorna i samhället minskar och främsta fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället.

– Medellivslängden ökar i Sverige, säger Olle Lundberg. Men tittar man närmare på siffrorna så ser man att de med längre utbildning tjänar mer i livslängd än de med kortare utbildning. Vi lever längre i Sverige, men klyftorna ökar.

Utåtriktat arbete

Kommissionen för jämlik hälsa kommer att ta in erfarenheter från internationella arbeten som Marmot-kommissionen, som drevs på uppdrag av WHO, men även regionala och lokala initiativ som exempelvis de i Malmö, Västra Götaland och Östergötland. Kommissionen har två uppdrag, dels att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftor minskar, dels att arbeta utåtriktat och inkluderande för att öka medvetenheten och engagemanget hos olika samhällsaktörer.

– I Sverige är det väldigt angeläget att vara bäst i dag, säger Olle Lundberg, helst ska vi vara världsbäst på det vi gör. Och det är förstås bra. Men vi tänker inte

alltid på hur vi ska arbeta ihop och hur man som samhällsaktör ingår i ett större sammanhang. Nivåer är viktiga, men fördelning är också viktig. Vi arbetar ofta



Vi arbetar ofta för att öka kvaliteten, men vilka ökar vi kvaliteten för?”

för att öka kvaliteten, men vilka ökar vi kvaliteten för?

– Om vi ska skapa en jämlik hälsa krävs det insatser och samverkan från de flesta sektorer i samhället. Offentliga sektorn, näringslivet, folkrörelserna och individerna – alla behöver samverka.

Konkret och visionärt

De åtgärder kommissionen lägger fram ska vara både konkreta och visionära och det ska vara förändringar på både kort och lång sikt. Det finns en hel del utmaningar i det arbetet, menar Olle Lundberg.

– En viktig del är att komma förbi politiska låsningar kring individens ansvar och kring medel. Ambitionen är att den här kommissionens resultat ska överleva ett val och inte vara beroende av vilken regering vi har. Därför är det extra viktigt att vi bygger våra slutsatser och åtgärder

MARMOT-KOMMISSIONEN

Marmot-kommissionen var en oberoende kommission som på uppdrag av WHO publicerade rapporten *Closing the gap 2008*. Kommissionen menade att ojämlikhet i hälsa går att undvika, eftersom den grundar sig i hur människor växer upp, lever, arbetar och åldras.

Kommissionen lämnade tre huvudrekommendationer för minskad ojämlikhet i hälsa:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv
- angripa den ojämna fördelningen av makt, pengar och resurser
- mäta och förstå problemet samt bedöma effekterna av åtgärderna



Equity Studies, och ordförande för

Mötesplats social hållbarhet

Hur kan olika samhällsaktörer samverka för att styra och leda mot en jämlik hälsa? Det är en av huvudfrågorna i SKL:s och Folkhälsomyndighetens satsning Mötesplats social hållbarhet.

Text: Anchi Alm

Mötesplats social hållbarhet grundar sig i Samling för social hållbarhet, där SKL tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner mellan 2011 och 2013 arbetade fram fem rekommendationer och 23 åtgärder för en jämlik hälsa. Mötesplats social hållbarhet är ett sätt att sprida det arbetet vidare.

– En av de stora utmaningarna i arbetet för jämlik hälsa är att det ju inte bara handlar om vad kommuner, landsting och regioner gör, säger Jonas Frykman, ansvarig för Mötesplats social hållbarhet vid SKL.

– För att få till samhällsförändringar måste vi också arbeta med lokalsamhället, staten, näringslivet och akademien. Mötesplats social hållbarhet är ett forum där vi samlar alla samhällsaktörer som vill bidra för att minska hälsoskillnaderna.



Jonas Frykman är ansvarig för Mötesplats social hållbarhet.

på det som har vetenskaplig evidens.

– Jag tror också att vi måste akta oss för att hamna i retorik, definitioner och problembeskrivning. Det är viktigt att vi tidigt börjar diskutera konkreta förslag – vad vi kan göra bättre med det vi har. Man kan förändra mycket på 30 år.

KOMMISSIONENS UPPDRAG

Kommissionen för jämlik hälsa har i uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället, men även hälsoskillnader beroende på kön, ålder och andra faktorer ska beaktas.

Arbetet ska resultera i förslag riktade till såväl staten som kommuner och landsting, samt till andra relevanta samhällsaktörer. Förslagen ska så långt som möjligt omfatta olika tidsperspektiv: kort perspektiv (2–4 år), medellångt perspektiv (8 år) samt en generation (25–30 år).

Läs mer på www.kommissionjamlikhalsa.se

Två rekommendationer är grunden

Av de fem rekommendationer som Samling för social hållbarhet arbetade fram, har Mötesplats social hållbarhet tagit fasta på de två första. De är att ”integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning” samt att ”mäta och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder”.

– Arbetet sker i form av seminarier, konferenser och workshops utifrån olika fokusområden, berättar Jonas Frykman. Det har exempelvis handlat om hur vi mäter och följer upp det arbete som görs och hur vi ska få till en bättre samverkan mellan stat, kommun och landsting.

– Ett annat område vi har arbetat med har varit de regionala kommissioner som har gjorts i Malmö, Västra Götaland och Östergötland. Vi har tittat på hinder och framgångsfaktorer och vad man behöver tänka på om man ska göra ett liknande arbete. Vi har arrangerat ett temaseminarium om hur man går från kunskap till handling efter den här typen av arbeten.

PROCESSUTVÄRDERING

Arbetet i de tre kommissionerna för jämlik hälsa har utvärderats i en rapport som Ramböll Management Consulting fick i uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Folkhälsomyndigheten att genomföra. Rekommendationerna inför framtida arbeten i den rapporten var:

- Involvera och förankra hos rätt aktörer
- Tydliggör syfte och mål med kommissionen för beställare och mottagare
- Initiera kommissionen på beslutande nivå
- Fokusera på insatser och åtgärder som ägarna har rådighet över
- Underlätta prioriteringsprocessen

Rapporten finns att läsa på www.motesplatsocialhallbarhet.se under fliken Kunskapsbanken

”Regionala arbeten har valt olika vägar”

Tre regionala kommissioner för jämlik hälsa har hittills genomförts i Sverige. De har delvis valt olika arbetsätt och styrmodeller, men slutsatserna ligger nära varandra. Ett socialt investeringsperspektiv, arbete för hälsa i alla politikområden och ett starkt fokus på barnen framhålls som viktiga komponenter för att nå jämlik hälsa.

Text: Anchi Alm



Eva Renhammar arbetar numera på stadskontoret med att följa upp och stimulera det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö – nu med Malmökommissionen som hävstång.

I spåren av Marmot-kommissionen och WHO-rapporten Closing the gap från 2008 har tre större regionala initiativ tagits i arbetet för en mer jämlik hälsa – i Malmö, Västra Götaland och Östergötland. I Malmö stad var Eva Renhammar folkhälsochef när WHO-rapporten publicerades.

– Vi började diskutera Marmots rapport på vår enhet och kände att det var något vi var ”tvungna” att ta tag i, säger Eva Renhammar. Marmots uppmaning till alla kommuner och nationer var ”agera där ni står”. Vi presenterade det

för politikerna som tyckte att det lät intressant.

Startade 2010

Malmö stad startade sitt arbete 2010 då man tillsatte ”Kommission för ett socialt hållbart Malmö”, som presenterade sin slutrapport ”Malmös väg mot en hållbar framtid” 2013. Förutom Malmökommissionen har ytterligare två regionala kommissioner för jämlik hälsa genomförts – i Västra Götaland och i Östergötland. I Västra Götaland var det alltså en region, inte en enskild kommun, som drev

arbetet. I Östergötland startades arbetet av samordningsförbundet Ötsam, som bestod av dåvarande landstinget och alla kommuner.

– Kommissionen hade två huvuduppdrag, säger Margareta Kristenson, ordförande i Östgötakommissionen. Det ena var att analysera hälsoläget i Östergötland, det andra att föreslå insatser på läns-, kommun- och stadsdelsnivå som skapar förutsättningar för en bättre hälsa på lika villkor.

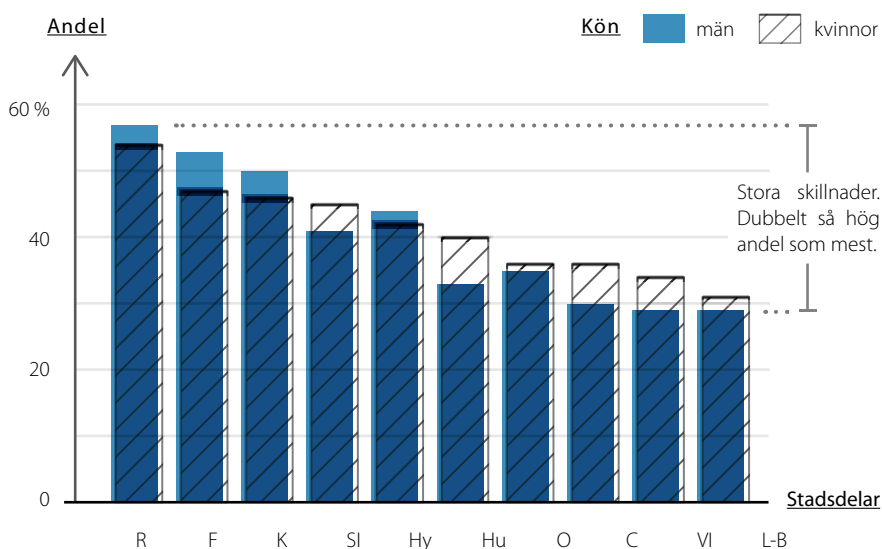
I Västra Götaland tillsatte regionstyrelsen en politisk styrgrupp för kommissionen, i syfte att skapa en tydlig politisk förankring. I Malmökommissionen skedde förankringen genom att folkhälsoberedningens ordförande, Katrin Stjernfeldt Jammeh, var adjungerad i kommissionen. Men också genom att kommissionens ordförande träffade de olika partierna och informerade om arbetet.

– Fast Malmökommissionen var en uttalat politiskt oberoende kommission, säger Eva Renhammar. Katrin Stjernfeldt Jammeh var egentligen bara med på något möte då och då.

Politiker i kommissionen

I Östergötland var kopplingen till politiken kanske mest direkt. Där satt två politiker, en vänsterpartist och en moderat, med i själva kommissionen.

– Vår tanke var att skapa en stark dialog med politiken direkt, säger Margareta Kristenson, så att vi skulle få en gemensam bild av problemen.



Andel (procent) av befolkningen i Malmös stadsdelar i åldern 18-80 år med låg tillit till andra människor 2008. Källa: Malmökommissionens slutrapport "Malmös väg mot ett hållbart samhälle".

– Alla var verkligen engagerade och de hade nog inte velat tro att ojämlikheterna var så stora även i Östergötland. Att bygga en gemensam målbild var viktigt i vårt arbete.

Evidensbaserat

Västra Götaland valde att enbart ha tjänstemän från Folkhälsokommitténs sekretariat i sin kommission, för att få fram mer konkreta och genomförbara förslag. I både Malmökommissionen och Östgötakommissionen fanns däremot forskare. I Malmö kunde Eva Renhammar konstatera att blandningen av forskare och förvaltningschefer skapade en del spänningar inledningsvis.

– Det blev framför allt en diskussion bland forskarna att det var tveksamt att ha förvaltningschefer med, eftersom risken var stor att de skulle gå i politikernas ledband. Men i efterhand har de som ifrågasatte detta sagt att det faktiskt fungerade.

– Vi valde att plocka in en blandning av forskardiscipliner – bland annat sociologi, pedagogik, socialmedicin, hälsoekonomi och socialt arbete. Och det blev också en utmaning för forskarna, att mötas och enas. Varje forskare ansvarade för olika underlagsrapporter och vi hade en ganska lång och utmanande process när 300 åtgärdsförslag skulle bantas ned till ett 70-tal.

Även i Östergötland bestod kommissionen i huvudsak av forskare, men där fanns även folkhälsovetare. En stor skillnad jämfört med Malmö var dock att arbetet i Östergötland initierades av ett samordningsförbund. Det ställde särskilda krav på lösningsförslagen.

– Eftersom det inte var en enskild kommun som hade beställt rapporten, kunde vi av nödvändighet inte peka på jättekonkreta förslag, säger Margareta Kristenson. Vi var tvungna att hålla oss till mer principiella rekommendationer.

– Men vi lyfte upp konkreta insatser som inspiration och vi gjorde en särskild bilaga där vi kunde lägga förslag som kändes för konkreta för att ligga i själva rapporten.

Många slutsatser och rekommendationer

Slutsatserna i de tre regionala kommissionerna är formulerade på olika sätt. Västra Götaland har identifierat ett antal situationer som anses mest centrala att påverka för att skillnaderna i hälsa ska minska. Situationerna finns inom om-

rådena trygga och goda uppväxtvillkor, ökat arbetsdeltagande och åldrande med livskvalitet. Till varje situation finns förslag på åtgärder som bedöms kunna påverka utvecklingen åt rätt håll.

Malmökommissionen landade till slut i ett 70-tal åtgärder inom olika områden och två övergripande rekommendationer.

– De två övergripande rekommendationerna visar på att det krävs ett socialt investeringsperspektiv och att vi behöver skapa kunskapsallianser och en demokratisk styrning, säger Eva Renhammar.

– Av de 70 mer specifika åtgärderna valde politikerna ut 32 som ansågs angelägna att ta itu med omgående. De har beslutats i kommunstyrelsen och vi har gjort en första uppföljning, säger Eva Renhammar.

”Hälsan måste prioriteras”

Östgötakommissionen listade tio övergripande rekommendationer och ett antal specifika rekommendationer för olika samhällsarenor i sin rapport.

– Våra viktigaste slutsatser var att skillnader i hälsa inte beror på en enskild faktor utan är den samlade effekten av människors livsvillkor, säger Margareta Kristenson. Därför behöver vi arbeta inom alla livsområden där vi föds, lever, verkar och dör.

– Det handlar om ledarskap. För att nå resultat måste hälsan prioriteras i alla politikområden. Det får inte vara något politikerna lägger till på slutet. När man planerar en ny skola måste man väga in



Margareta Kristenson satt ordförande i Östgötakommissionen.

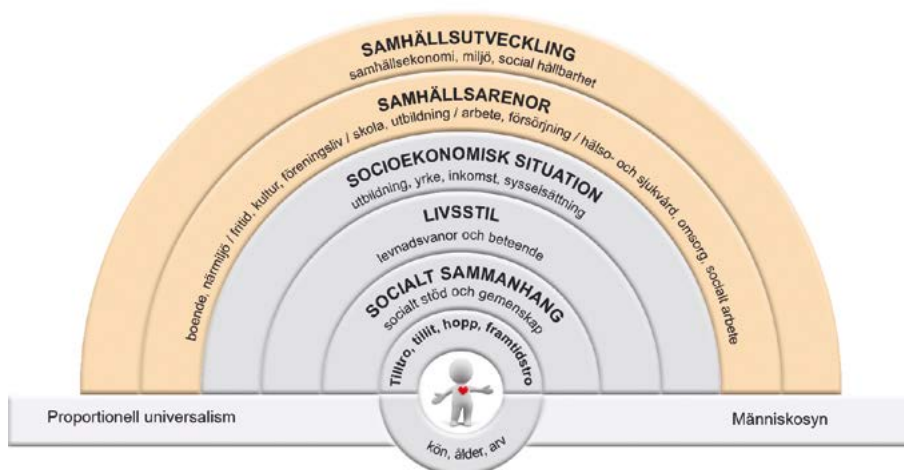
hälsoaspekterna redan när man funderar över var den ska ligga.

Den stora utmaningen i Östergötland är att organisationen som beställde rapporten, Östsam, upplöstes och gick upp i Region Östergötland den 1 januari 2015.

– Men våra rekommendationer finns med i den första treårsbudgeten som beslutades i den nya regionen, säger Margareta Kristenson. Nu ska det bara gå vidare till handling också.

Regionala kommissioner spelar en viktig roll i arbetet för en jämlik hälsa, inte minst för att öka kunskaperna hos politikerna om vilka effekter deras beslut får. Det menar Margareta Kristenson.

– Det handlar om att skapa kunskap och medvetenhet kring hälsofrågorna, säger hon. Det viktigaste är inte rapporterna vi skriver utan dialogen arbetet leder till. I Östergötland har politikerna insett att varje steg de tar påverkar människors hälsa. Det tror jag är oerhört viktigt.



”Östgöta modellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle”. Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014, baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991.

Folkhälsorapporter ökar kunskap i Stockholm

Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll när det gäller analys och kunskap för en mer jämlik hälsa. Det menar Bo Burström, professor i socialmedicin vid Karolinska institutet.

– De folkhälsorapporter vi tar fram i Stockholms läns landsting är ett bra underlag för dialog med politikerna, säger han. Vi behöver en gemensam bild av vad som händer.

Text: Anchi Alm

Stockholms läns landsting har tagit fram folkhälsorapporter vart fjärde år sedan 1998 och Bo Burström har varit med i arbetet sedan start. Folkhälsorapporterna utgår från en enkät med 50 000 stockholmare, där data bryts ned på 24 kommuner och 15 stadsdelar.

– Det är stor efterfrågan på lokala data, säger Bo Burström. Själva rapporten skrivs på länsnivå utifrån socioekonomiska grupper snarare än per område. Men vi gör också en djupdykning i områdesskillnader.

– När de första öppna jämförelserna inom folkhälsoområdet kom, bestämde vi att göra en likadan studie i Stockholm där vi bröt ned resultaten på stadsdel, kön och ålder. Vi utgick från en rad olika datakällor för att jämföra exempelvis förväntad livslängd, åtgärdbar dödlighet och tandstatus hos barn och unga.

som är särskilt utsatta socialt och ekonomiskt. Syftet har varit att fånga upp tongivande trender och skapa bra beslutsunderlag för politikerna.

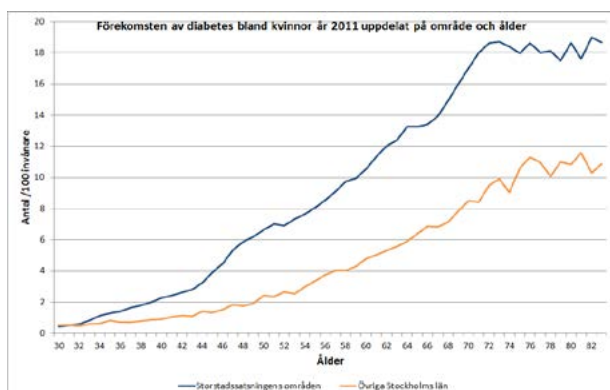
– Det vi ser är att den förväntade livslängden för människor i de här områdena är sju år kortare än den är i Danderyd. De har överlag ett sämre hälsoutfall. Diabetes förekommer till exempel i dubbelt så hög utsträckning i dessa områden. Man insjuknar också tidigare i hjärtinfarkt och stroke.

– Det här har bidragit till att politikerna har lyssnat. De har bestämt sig för att göra något åt ersättningssystemet till vårdcentralerna till exempel. Hur dialogen med politikerna ser ut varierar, just nu upplever jag att de är intresserade och vill satsa på folkhälsofrågor.

Avtal med vårdcentraler

Flera konkreta insatser har också blivit resultatet av Bo Burströms och Stockholms läns landstings folkhälsorapporter. För att stärka de mest utsatta områdena har landstinget skrivit avtal med sex vårdcentraler om en särskild satsning som innebär att en distriktssköterska har

Skillnader i diabetesförekomst efter ålder och social situation



Skillnaden i prevalens av diabetes mellan socioekonomiskt utsatta områden (blå linje) och övriga Stockholm (gul linje) är en av de tydliga skillnader i hälsa som Stockholms folkhälsorapporter visar.

Särskilt utsatta områden

I en särskild studie har Bo Burström och hans kollegor också tittat närmare på 16 områden



Kulturanpassat stöd

För att förebygga barnfetma hos de med störst behov testar Stockholms läns landsting ett nytt grepp. En hälsovägledare ger motiverande och coachande, kulturanpassat stöd till familjer med riskfaktorer för barnfetma.

Text: Anchi Alm

För barn i socioekonomiskt utsatta områden är risken att utveckla fetma 2,5 gånger högre jämfört med genomsnittet i länet, och 10 gånger högre jämfört med områden där prevalensen är som lägst. För att fånga upp de grupper som har störst risk, har Stockholms läns landsting startat ett riktat utvecklingsarbete för att nå ut med preventiva insatser tidigt. Stödet fokuserar på hälsosamma levnadsvanor och ges på arabiska, somaliska, syrianska, spanska, engelska och svenska.

tillsatts med uppdraget att arbeta hälsofrämjande med ett brett befolkningsansvar. Arbetet har gått ut på att kontakta, informera och motivera – framför allt gentemot grupper som inte självmant söker information om hälsa.

– Det arbetet pågår fortfarande och satsningen har nu gått in i ordinarie budget, säger Bo Burström. En utvärdering visar att vi behöver arbeta med mer evidensbaserade metoder, men förhoppningen är att det ska förlängas och spridas till fler vårdcentraler.

Föräldrastöd i Rinkeby

En annan konkret insats är ett projekt för att stötta nyblivna föräldrar i Rinkeby. Det projektet är ett samarbete mellan landstinget och socialtjänsten i Rinkeby med ekonomiskt stöd från Folkhälsomyndigheten.

– Rinkeby har en tuff situation med många utlandsfödda och många nyanlända med stora behov, säger Bo Burström. I det här projektet gick vi in med en intervention enligt en evidensbaserad metod, med ett ökat antal hembesök till nyblivna föräldrar.

Projektet innebar att socialtjänsten tillsatte en föräldrarådgivare och barnhälsovården bidrog med en BVC-sköterska. Därefter erbjöds alla nyblivna föräldrar sex hembesök i stället för ett under barnets första 18 månader. Ett 100-tal föräldrar ingick i projektet.

– Föräldrarådgivaren och BVC-sköterskan gjorde gemensamma



Bo Burström har arbetat med Stockholms folkhälsorapporter sedan slutet av 90-talet.

hembesök utifrån olika teman och det togs emot extremt bra, säger Bo Burström. De pratade exempelvis om mat, barns utveckling, barnsäkerhet, att lära känna sitt barn och att sätta gränser.

– De här besöken skapade ett helt annat förtroende hos föräldrarna för BVC och socialtjänsten. Det handlade om samspel och interaktion snarare än pekpinnar. Här träffade man rätt med en väldigt liten kostnad. Många av de här föräldrarna är gömda och lever utan något nätverk.

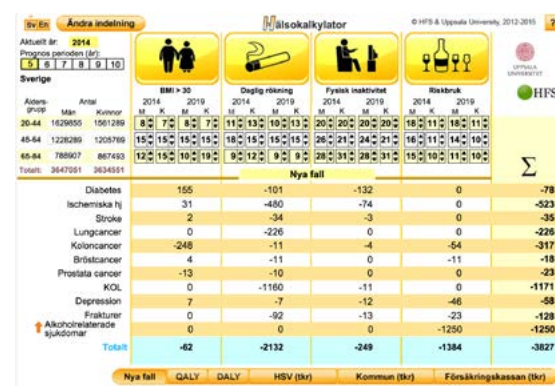
Folkhälsorapporter är en bra metod för att visa politikerna att den här typen av insatser behövs, menar Bo Burström. På det sättet spelar hälso- och sjukvårdens kunskaper en viktig roll i arbetet för en mer jämlik hälsa.

– Lokala data har en mobiliserande effekt, säger han. Om vi ska kunna arbeta för en mer jämlik hälsa måste vi ju ha rätt kunskaper att utgå ifrån.

Hälsokalkylatorn mäter effekter av jämlik hälsa

Hälsokalkylatorn är ett verktyg för att beräkna förändringar i nyinsjuknande i våra stora folksjukdomar och samhällskostnader beroende på hur levnadsvanorna utvecklas. Kalkylatorn har utvecklats av HFS i samarbete med Inna Feldman vid Uppsala universitet.

Text: Anchi Alm



Att mäta samhällsekonomiska effekter av sjukdomsförebyggande arbete har länge varit en utmaning. Hälsokalkylatorn kan, snabbt, visa hur nyinsjuknandet i vanliga sjukdomar ökar eller minskar med en minskning eller ökning av exempelvis andelen rökare i befolkningen. Samtidigt visas vilka de ekonomiska effekterna blir för såväl hälso- och sjukvård som kommun och försäkringskassa.

– Modellen bygger på en beräkning av hur olika riskfaktorer påverkar vanliga sjukdomar, berättar Inna Feldman. Vi har räknat på relativa risker och impact fractions utifrån svenska och internationella vetenskapliga studier. Skattningarna görs på 15 sjukdomar på fem till tio års sikt och baseras på förekomst av fyra riskfaktorer på befolkningsnivå - kraftig övervikt, daglig tobaksrökning, fysisk inaktivitet och riskkonsumtion av alkohol.

– Under 2015 har vi utvecklat Hälsokalkylatorn med befolkningsunderlag för varje lands- och region. Genom att använda egna data på levnadsvanornas förekomst i olika sociala grupper kan man få en bild av den potentiella hälsoekonomiska effekten om alla med låg socioekonomisk situation, exempelvis kort utbildning, skulle ändra sina levnadsvanor till samma nivå som de med lång utbildning.

förebygger fetma

Sedan utvecklingsarbetet startade i juni 2013 har över 400 familjer involverats. Många har kort utbildning, dålig grundläggande kunskap om bra mat och hälsosamma vanor och en del är analfabeter, vilket gör att traditionella vårdprogram och verktyg inte alltid når fram.

– Vi möter familjerna där de är, utvecklar nya pedagogiska hjälpmedel, erbjuder öppna mottagningar, ordnar studiebesök i butiker och utbildar om till exempel betydelsen av att röra på sig i vardagen och hur de kan använda nyttiga råvaror i sin egen matlagning, säger Jenny Sydhoff, projektledare för projektet.

– Mycket fokus ligger på att hjälpa föräldrar att hitta egna vardagsstrategier och att sätta gränser för sina barn, som att sluta använda mat som belöning eller att minska tv-tittande.

Tandvården arbetar för jämlik hälsa

Frisk i munnen hela livet är Folktandvårdens vision i Västra Götaland. Med en hög täckningsgrad och en lång erfarenhet av förebyggande arbete kan tandvården ha något att lära hälso- och sjukvården.

Text: Sofie Westerberg

Folktandvården i Västra Götaland utgår från den proportionella universalismen - att alla ska nås av insatser, men i olika former och intensitet utifrån sina behov. För att uppnå visionen *Frisk i munnen hela livet* genomförs grundläggande åtgärder för hela befolkningen och förstärkta insatser för grupper som behöver det.

De flesta utsatta och sköra finns i början och i slutet av livet. Därför fokuserar Folktandvården i Västra Götaland sina insatser på de yngsta, med uppföljningar under barn- och ungdomsåren, och på de äldre. Till det har också ett socioekonomiskt perspektiv lagts för att kunna styra extra insatser till särskilt utsatta områden och grupper. Alla individer som kommer till Folktandvården riskbedöms och erbjuds sedan en riskrelaterad vård.

Samverkan med familjecentraler

En del av Folktandvården i Västra Götalands arbete är familjestrategin. En traditionell familjecentral samlar fyra olika aktörer; socialtjänst, öppen förskola, mödrahälsovård och barnhälsovård.

– Mitt drömscenario är att Folktandvården är en given del i familjecentralen, säger Katharina Wretlind, docent i cariology. Och det pågår projekt på ett antal platser i regionen där folktandvård och familjecentraler samverkar.

Exempel på den typen av samverkan är tandhygienister som i vissa områden är en del av familjecentralens verksamhet samt gemensam kompetensutveckling av personal när det gäller hälsosamma levnadsvanor eller genom hälsosamtal.

– Det vore värdefullt att testa att vara med som en part, annars kommer vi uppfattas som någon som bara kommer in

och kör ett sidospår. Det handlar om att vara med på samma villkor.

Hälsosamtal

Ett projekt som drivs i samverkan med familjecentralerna är hälsosamtal. Där bjuds familjer som har treåringar med karies, eller risk för karies, in för att äta kvällsmat och prata om hälsa ur ett hälsofrämjande perspektiv.

– Jag hade en idé om att ha ett salutogent perspektiv och fokusera på allmänhälsan istället för att berätta för folk om



Det finns en chans att träffa på de där barnen som alltid uteblir från undersökningarna”

alla risker de löper och alla fel de gör, säger Katharina Wretlind, som är initiativtagare till hälsosamtalen.

Katharina genomför samtalen tillsammans med dietist Ulrika Ås Jonsson från Folkhälsogrupp Jämvikt i Göteborg. De har arbetat fram ett koncept med fyra olika typer av hälsosamtal per år där allt från värderingsövningar och dans till att väga grönsaker ingår (se faktaruta).

– Jag hoppas att det här konceptet kan bli en del av familjecentralernas ordinarie verksamhet. Då skulle vi kunna utveckla det så att erbjudandet går till alla familjer, inte enbart riskgrupperna, men att man kanske lägger fram det lite extra för dem som tillhör riskgrupperna.

FRAMM

En del av Folktandvårdens hälsofrämjande arbete i Västra Götaland som är specifikt riktat mot barn och ungdomar

är FRAMM (Fluor – Råd – Arena – Motivation – Mat), ett generellt populationsprogram som startade 2008 och bedrivs i samverkan med regionens skolor.

FRAMM grundar sig i ett politiskt beslut och har från starten varit väl förankrat hos tandvårdsdirektör, klinikchefer och hos skolornas rektorer. Det har gjort att samverkan mellan tandvården och skolorna har fungerat mycket bra och FRAMM är nu en integrerad del av skolverksamheten.

– Man ser nyttan med det här. Elev-erna slipper gå iväg till klinikerna och skolorna vinner också på det, säger Eva-Karin

Bergström, hälsoodontologisk koordinatör i Västra Götaland.

Utökad program i utsatta områden

FRAMM sköts framför allt av tandsköterskor och innehåller flera olika delar. En del är grundåtagandet som når samtliga barn i årskurs 6 till 9. I det ingår det två tandhälsolektioner, en på mellanstadiet och en på högstadiet, samt en fluorlackning per termin. I samband med lackningarna har tandsköterskorna även ett temasamtal med barnen där de pratar om exempelvis sportdrycker, läsk, tandborstning och godis.

Utöver grundåtagandet har FRAMM ett utökad program, med fluorlackningar två gånger per termin från förskoleklass, för barn i skolor som ligger i socioekonomiskt utsatta områden. Likaså finns det ett särskilt program för barn med svåra funktionshinder som går i tränings-



FRAMM är ett generellt populationsprogram som Västra Götalandsregionen startade 2008 och som bedrivs i samverkan med regionens skolor. Foto: Folk tandvården Västra Götaland.

skola. Till träningskolorna kommer tandsköterskorna fyra gånger per termin från förskoleklass.

– Det vanliga FRAMM är samma för alla, men här är det mer individanpassat, säger Eva-Karin Bergström och berättar att de fokuserar på tandborstning, tränar på att undersöka tänderna och ger stöd till lärare och assistenter.

Börjar på MVC

Även de allra minsta barnen har en plats i FRAMM. Det börjar redan på MVC, med broschyrer med tandhälsainformation till blivande föräldrar. Nästa steg är att BVC tar vattenprov hos barn som bor i hem med egen brunn, för att undersöka om fluorhalten är för hög.

Föräldrar till alla 6-månadersbarn får en broschyr, en tandborste och en tandkräm och stor vikt läggs på munhälsobedömningar av alla 1- och 2-åringar. Då har man också hälsosamtal om barnets allmänna hälsa, vanor när det gäller mat och dryck, fluor och tandborstning. Det görs också en liten enkel undersökning där man tittar på barnets tänder.

För en jämlik munhälsa

FRAMM är ett generellt program riktat till samtliga barn. Därför görs inga egentliga undersökningar och man försöker inte heller hitta riskbarnen. Där-

emot kan tandsköterskorna, om de ser något extraordinärt vid fluorlackningen, kontrollera på kliniken om barnet är under behandling eller kanske ska kallas in på en extra kontroll.

– Det finns en chans att träffa på de där barnen som alltid uteblir från undersökningarna, säger Eva-Karin Bergström.

FRAMM har en täckningsgrad på 99

procent, vilket gör att fler ungdomar lämnar den fria barn- och ungdomsvården med friskare tänder. Det, tillsammans med de extra resurser som sätts in för dem som behöver det mest, gör att ojämlikheten i munhälsa hos barn och ungdomar minskar i Västra Götalandsregionen.

TEMAN PÅ HÄLSOSAMTAL

Fyra olika koncept har tagits fram för hälsosamtalen:

1. Under en träff identifieras vad familjerna gör bra och man arbetar för att stärka redan positiva vanor. Utgångspunkt är livsmedelsverkets kostråd genom broschyren "Hitta ditt sätt att äta grönnare, lagom mycket och röra på dig".
2. Under temat hur mycket frukt och grönt vill jag äta? får barnen välja ut frukt och grönt och väga upp det rekommenderade dagsintaget (400 gram).
3. En träff behandlar fysisk aktivitet och mindful-eating. Under den här träffen dansar både barn och vuxna och pratar om att röra på sig. Mindful-eating, som är en del i Sapare-metoden, innebär att man undersöker ett russin och pratar om yta, färg och form, hur det luktar, hur det känns att hålla i russinet, att ha det i munnen och så vidare.
4. Den sista typen av hälsosamtal innehåller tre delar. Frisk i munnen, där man visar ett bildspel och talar om vad man kan göra för att hålla sig frisk i munnen. Värderingsövningen Heta stolen, en diskussion kring påståenden som inte har ett enkelt ja eller nej som svar. Den sista träffen innehåller också övningen Håriga mackan, där det görs gubbar och gummor av mackor.



Hälsoundersökningar gynnar de med störst behov

Med dödstal i hjärt- och kärlsjukdomar som var högst i Sverige, drog Västerbottens läns landsting igång det som i dag är världens största hälsoundersökning. Och utvärderingar visar att det är de med störst behov som har vunnit mest på satsningen.

Text: Sofie Westerberg

Västerbottens hälsoundersökningar startade 1984 och genom åren har undersökningen växt och blivit den sannolikt största i sitt slag i världen. Modellen för undersökningen, som utvecklades i Norsjö kommun och sedan spreds till övriga länet, syftar till att stödja mer hälsosamma vardagsvanor för att minska flera riskfaktorer bakom hjärtinfarkt och stroke och därigenom förhindra en förtida död.

Kombinerar högrisk- och lågriskstrategi

Sedan 1995 ingår hälsoundersökningarna i primärvårdens grundåtagande och har tyngdpunkten på hälsosamtalen. Samtalet bygger på undersökningar av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom och en omfattande enkät som utmynnar i en personlig hälsoprofil (stjärnprofilen, se bild nedan). Målet med samtalen är att lotsa deltagaren till att själv se sambanden mellan sina levnadsvanor och riskfaktorer för

sjukdom, för att på så sätt se vilka möjligheter som förändrade levnadsvanor för med sig.

Alla invånare bjuds in till ett hälsosamtal när de fyller 40, 50 och 60 år. Att alla bjuds in är viktigt menar Margareta Norberg, medicinsk koordinator för Västerbottens hälsoundersökningar.

– Den stora massan av befolkningen som bara har en lätt förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom, bildar tillsammans den grupp där störst antal hjärtinfarkter och stroke inträffar, säger hon.

Genom att bjuda in hela befolkningen kombinerar Västerbottens hälsoundersökningar en lågriskstrategi med en högriskstrategi. De når det stora flertalet och sätter in extra resurser när det kommer människor med hög risk på samtalen.



De som behöver det mest ser helt enkelt ut att tjäna mest på den här satsningen”

– Det handlar om att förflytta hela befolkningen mot en mer hälsofrämjande livsstil, säger Margareta Norberg.

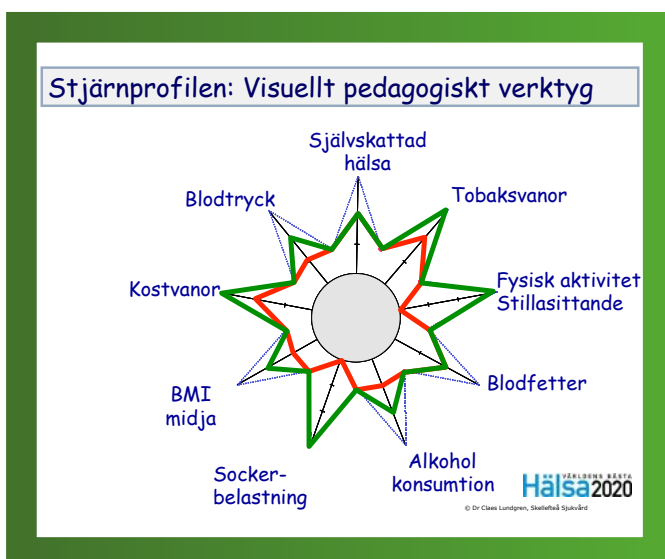


Hälsoundersökningar handlar om att förflytta hela befolkningen mot en mer hälsosam livsstil, menar Margareta Norberg.

kommunens olika förvaltningar, näringslivet, frivilligorganisationer och statliga organ. Bland annat ordnades matlagingskurser, studiecirkel, motionsaktiviteter, en förbättrad skollunch och i samarbete med Livsmedelsverket en märkning av livsmedel i affärerna i Norsjö. Det som senare blev Nyckelhålmärkning av livsmedel. Det anordnades också olika kulturaktiviteter – teaterföreställningar och rollspel – där bland annat personal från vårdcentralen medverkade.

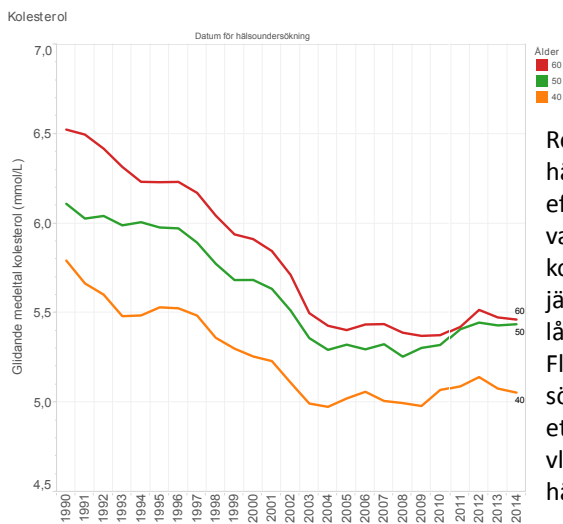
Idag när hälsoundersökningarna inte längre bedrivs i projektform och sker i en så mycket större omfattning ligger det lokala folkhälsoarbetet på kommunernas ansvar. Samtliga kommuner får dock information om resultaten vilket gör att Västerbottens hälsoundersökningar ändå bidrar till underlaget för det lokala folkhälsoarbetet.

Fortfarande finns en medvetenhet kring hälsofrågor i Västerbotten och till det kan den breda spridningen av hälsoundersökningarna ha bidragit. Numera förväntar sig befolkningen att få en inbjudan till ett hälsosamtal. Uppstarten i Norsjö och att

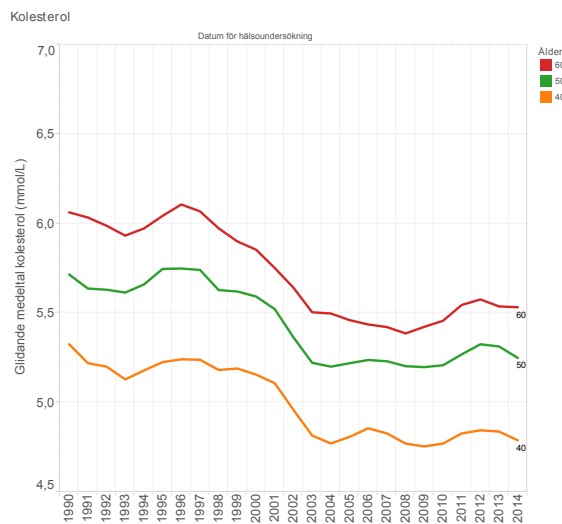


Samverkan med lokalsamhället

När Norsjöprojektet startade 1984 fanns det en medvetenhet i befolkningen om problemet med hjärt-kärlsjukdom och att det behövdes någon form av insats. Projektet stannade därför inte enbart inom hälso- och sjukvården. Det genomfördes också ett stort antal insatser i lokalsamhället, via



Resultaten från Västerbottens hälsoundersökningar visar att effekten på kolesterolnivån varit större hos personer med kort utbildning (till vänster) jämfört med personer med lång utbildning (till höger). Fler resultat ifrån hälsoundersökningarna finns att hämta ur ett interaktivt program på [vll.se](#) under vård & hälsa/hälsa och livsstil.



samtliga 40-, 50- och 60-åringar under en tioårsperiod har bjudits in till ett hälso-samtal kan ha skapat en spridningseffekt i samhället. Frågan är hur spridningen påverkar befolkningens kunskap och även hur den påverkar deras hälsa, jämfört med själva hälsoundersökningarna.

– Det är svårt att utvärdera den effekten, säger Margareta Norberg. Men det kan ha skapat en beredskap för förändring mot mer hälsofrämjande vanor hos befolkningen.

Minskar skillnader i hälsa

För att på ett bredare plan fånga in hela

befolkningen har Västerbottens hälsoundersökningar, från 2014, på försök utvidgats till att gälla alla 30-åringar i tre kommuner. Försöket är ännu inte utvärderat. Det som går att se är att det inledningsvis gick lite trögt att få 30-åringarna att komma på hälsosamtalen, men att det efter ungefär ett år kommit igång bra och nu är deltagandet högre. Margareta Norberg menar att det är talande för hälsoundersökningar generellt.

– Det här är ingenting tillfälligt som man gör en kort period och sedan slutar, det går inte att se snabba effekter.

Att börja med hälsoundersökningar

i en yngre åldersgrupp kanske kan ha ytterligare positiva effekter på hälsoklyftorna.

Efter Norsjöprojektet kunde man se att det dels förbättrade hälsan men också att det minskade skillnaderna mellan dem med kort respektive lång utbildning. Detta eftersom undersökningarna gav en snabbare minskning av riskfaktorerna på dem med kort utbildning, samma grupp som har en större risk för hjärt-kärlsjukdom och stroke.

– De som behöver det mest ser helt enkelt ut att tjäna mest på den här satsningen, konstaterar Margareta Norberg.

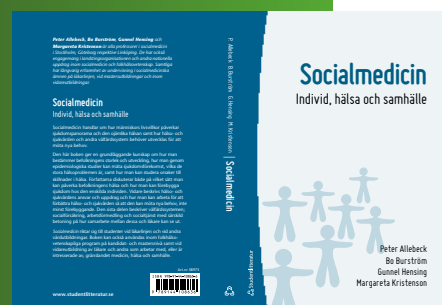
KUNSKAPSBANK OM HÄLSOUNDERSÖKNINGAR OCH HÄLSOSAMTAL

Text: Mats Hellstrand

Trots de goda resultat som bland andra Västerbottens läns landsting har visat har det funnits en tveksamhet till värdet av hälsoundersökningar. Denna skepsis har stärkts av en Cochrane-rapport om generella hälsokontroller som, när de sker med tonvikt på allmänna biomedicinska kontroller, inte har någon effekt på hälsa och överlevnad. Denna rapport har varit mycket citerad och den har även kommenterats av SBU. Emellertid är det viktigt, vilket även SBU förtydligar med Västerbotten som exempel, att göra skillnad mellan generella hälsokontroller och riktade hälsoundersökningar. När det gäller riktade hälsoundersökningar med tyngdpunkt i hälsosamtalen finns studier som visar på positiva effekter. Metodiken i Västerbotten och Habo/Jönköping, utvecklad av svenska allmänläkare, är exempel på detta. I denna evidensbaserade metod får alla en individuell hälsoprofil under en dialog med en specialutbildad sjuksköterska.

Idag arbetar en rad landsting med denna metodik, och det finns anledning att lära av varandra. Utifrån efterfrågan från medlemmarna har HFS-nätverket nu skapat ett delnätverk av landsting för att främja erfarenhetsutbyte och lärande kring inriktning, arbetsformer och erfarenheter från det praktiska arbetet. Hösten 2014 genomfördes av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i Stockholms läns landsting en kartläggning av internationella och nationella erfarenheter av hälsoundersökningar och hälsosamtal. Rapporten från februari 2015 visar att den svenska modellen har unika egenskaper, där den utöver att ha fokus på samtalet också är integrerad i ordinarie primärvårdsverksamhet och har en genomtänkt struktur för fortlöpande evidensbaserad uppdatering av programmet, och för återkoppling till och utbildning av dem som utför arbetet.

NY LÄROBOK I SOCIALMEDICIN



Nu finns en ny lärobok i socialmedicin som tar upp på vilket sätt man kan påverka befolkningens hälsa och hur man kan förebygga sjukdom hos den enskilda individen. Boken beskriver också hur hälso- och sjukvården kan utvecklas för att möta nya behov, inte minst vad gäller förebyggande insatser.

Mer om hälsofrämjande arbete

HFS har tagit fram en rad tidningar och broschyrer om hälsofrämjande arbete. Alla finns att ladda ned på webbplatsen www.hfsnatverket.se.



▲ Främja Hälsa

Tidningen Främja Hälsa kommer ut två gånger om året och har sedan några år formen av temanummer kring aktuella områden inom området hälsofrämjande arbete.



▲ Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård används alltmer i dagens sjukvård för att synliggöra att patienten är en person som större delen av sitt liv lever utanför sjukvården. Broschyren om personcentrerad vård riktar sig till hälso- och sjukvårdens chefer och medarbetare.

▼ Goda levnadsvanor gör skillnad

Den här broschyren riktar sig direkt till patienter. Frågorna är framtagna inom Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder med rekommendationer om hur hälso- och sjukvården kan förebygga sjukdomar genom att stödja patienter till hälsosamma levnadsvanor.



HFS

Goda levnadsvanor gör skillnad

Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat



▲ Att förebygga kroniska sjukdomar genom goda levnadsvanor

Förebyggande insatser genom att främja goda levnadsvanor är viktigt för att minska ojämlikheter i vård och hälsa. Hälso- och sjukvården har en central roll i detta arbete. Broschyren riktar sig till både chefer och medarbetare.