

Ann Blomstrand, distriktsläkare, Askims vårdcentral, Göteborg (*ann.blomstrand@vgregion.se*)
Niels Pedersen, leg sjuksköterska, konsult vid NMC (Nordic Mental Corporation), Göteborg
Calle Bengtsson, professor emeritus, avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs universitet

Primärvården kan inspirera till förebyggande egenvård

»Hälsoprofil« hjälper patienten att själv analysera sina riskfaktorer

II Flera modeller för förebyggande arbete inom primärvården har arbetats fram och bl a beskrivits i två svenska avhandlingar [1, 2]. Den förebyggande verksamheten har huvudsakligen riktats mot hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer och psykisk ohälsa. Den sk Habomodellen t ex baseras på en »hälsokurva« [1] kombinerad med ett »hälsosamtal« med en sjuksköterska.

Vid vårdcentralen i Askim har en »hälsoprofil« utarbetats som tillsammans med annat pedagogiskt material är avsedd för egenanalys, som i sin tur skall leda till egna beslut om åtgärder. Avsikten är att finna en modell som är användbar även under ekonomiskt knappa förhållanden. En grundsyn är att basera hälsoprofilen på åtgärdbara livsstilsfaktorer snarare än på biologiska riskmarkörer som kräver speciella mätinstrument.

Screeningfrågor

Alla patienter i åldern 18–65 år som sökte på vårdcentralen (756 patienter) fick under två månader besvara sju enkla frågor om livsstil samt en fråga om ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom. Totalt 680 patienter besvarade frågorna.

Som exempel på deltagarnas svar kan nämnas att hälften under de två första månaderna ansåg att de motionerade för lite, lika många rapporterade upplevd stress på arbete och fritid, 32 procent bedömde att de var överviktiga. Screeningfrågorna användes för att ge oss kunskap om det var »rätt« personer som engagerade sig vidare genom att sedan ta del av vår hälsoprofil.

Hälsoprofil

Efter att ha besvarat frågorna erbjöds patienterna att gå vidare med hälsofrågor och få med sig en hälsoprofil hem för självinstruktion.

I denna gavs en samlad översikt av de mest accepterade riskfaktorerna samt information om poängberäkning utifrån en hälsoenkät.

Hälsoenkäten var uppdelad i separata foldrar som tog upp områdena motion, kost, rökning, alkohol, stress/psykisk ohälsa och psykosocial påverkan. En poängberäkning gjordes inom respektive del.

SAMMANFATTAT

En hälsoprofil, som är avsedd för egenanalys, har utarbetats vid vårdcentralen i Askim.

Metoden är resurssnål. Huvudsyftet har varit att finna en modell för förebyggande verksamhet som fungerar även i en primärvård med begränsade ekonomiska resurser.

Hälsoprofilen omfattar åtta olika områden: tobak, alkohol, kost, motion, levnadsförhållanden, stress, midja/stussmått, livssyn.

Resultaten från hälsoenkäten fördes över av deltagarna själva till ett protokoll i form av en hälsokurva, där poängen markerades inom en 4-gradig skala med 4 som högsta risk. Personer som i screeningfrågorna hade rapporterat »risk« valde oftare än andra att gå vidare med en hälsoprofil.

Vad fann vi?

Av de 680 patienter som besvarat screeningfrågorna önskade 360 personer gå vidare med en hälsoprofil, tre fjärdedelar av dem var kvinnor.

Låg motionsnivå (76 procent) och felaktigt kosthåll (68 procent) var vanligaste riskgrupper bland dem som returnerade sina hälsoprofiler under den första tvåmånadersperioden. Mer än hälften av deltagarna rapporterade förhöjda risker för negativ stress och psykisk ohälsa (54 procent) och intag av alkohol (52 procent). Midja/stusskvoten rapporterades ökad av 75 procent av deltagarna.

Den fördelning vi fått bland deltagarna vad gäller dessa olika typer av risk är ytterligare ett stöd för att »rätt« personer valt att göra en hälsoprofil.

Av de 233 personer som inte skickade in sin hälsoprofil telefonkontaktades fem män och fem kvinnor i sex olika åldersklasser.

Samtliga som gjort hälsoprofilen angav att de haft nytta av den. Majoriteten var inställd på förändring, framför allt vad gällde kost- och motionsvanor.

Enkät beträffande hälsoprofilen

I anslutning till hälsoprofilen fick patienterna besvara tio tillägsfrågor om vad de tyckte om den. På frågan om hälsoprofilen skapade oro angav 14 procent att så var fallet, varav hälften angav »positiv oro«. Majoriteten tyckte att materialet var bra, men några angav svårigheter med instruktionerna. Många önskade fler frågor beträffande psykosociala faktorer och stress.

Vidareutveckling

Sedan september 2000 använder vi en omarbetad version av hälsoprofilen (Figur 1).

Under två månader har 514 patienter besvarat screeningfrågor, och 306 av dem har valt att göra en hälsoprofil. I den omarbetade versionen har en riskindelning gjorts i tre grupper.

Mätmetoden vid självrapportering är grov, och vi har därför valt tre graderingar: bra (grön), inte helt bra (gul), risk (röd). Denna gradering är ungefärlig och baseras på stora epidemiologiska studier.

Till screeningfrågorna (Figur 2) har lagts en fråga om motivation. Enligt önskemål i enkäten om hälsoprofilen finns nu 21 nya frågor om psykisk ohälsa under rubriken »levnadsförhållanden« samt 16 nya frågor om stress.

Innehåll i hälsoprofil

Innehållet i den omarbetade versionen av hälsoprofilen omfattar åtta områden.

Tobak. Beräkningen baseras på antal cigaretter per dag. För cigarrer, tobak, cigarrcigaretter görs omräkning till cigaretter enligt en omräkningstabell. En cigarr t ex motsvarar 5 cigaretter. En tobakskonsumtion på 1–20 cigaretter i genomsnitt per dag graderas som »gul«, och »röd« riskzon motsvarar 21 eller fler cigaretter per dag.

Alkohol. Olika ölklasser, lättvin, starkvin omräknas till cl starksprit. De olika risknivåerna graderas olika för män och kvinnor.

På nivån »gul« hamnar kvinnor med intag av 31–56 cl starksprit/vecka, för män 41–75 cl. Riskbruk anges för kvinnor till mer än 56 cl och för män mer än 76 cl. Normer beträffande gränser för riskbruk och beroende av alkohol utgår från Riksorganisationen mot alkohol och narkotika i arbetslivet (Alna) [3].

Som komplement för dem som hamnar på nivåerna »gul« och »röd« har vi bifogat ett sk audit-test (»alcohol use disorders identification test«) [4]. Detta test är ett mätinstrument för att ge vägledning om personen fastnat i ett beroende, en möjlighet att känna igen riskbruk.

Kost. Formuläret bygger på kostens sammansättning av fett och fibrer och har utarbetats vid Utvecklingsenheten i Habo [5]. Materialet är pedagogiskt upplagt.

Motion. På nivån »grön« hamnar de som motionerar regelbundet med t ex simning eller badminton tre timmar per vecka eller promenad/cykling i genomsnitt sex timmar per vecka. På nivån »gul« hamnar de som motionerar måttligt, dvs promenad/cykling i genomsnitt fyra timmar per vecka. Till »röda« riskzonen förs övriga med huvudsakligen stillasittande sysselsättning på fritiden. Motionsfrågorna kan även mer specifikt beräknas utifrån minuter fysisk aktivitet per vecka för



Figur 1. Omslag till foldrarna i hälsoprofilen som omfattar åtta olika riskområden (inom »Levnadsförhållanden« finns också en undergrupp om levnadsförhållanden för arbetsökande).

varje årstid. Enkla motionsråd avslutar denna del av hälsoprofilen [6].

Levnadsförhållanden. Här finns 21 frågor att besvara inom området arbete samt relationer och kontaktnät. Inom kolumnerna belastning, brist på kontroll och stöd får patienten själv sätta poäng. Krav-kontrollmodellen används mycket inom stressforskning och har ursprungligen lanserats av sociologen R A Karasek. Huvudtanken är att hög mental belastning kan vålla sjukdom endast i kombination med liten möjlighet att påverka sin situation. Poängen finns angiven under respektive fråga och skall, beroende på frågans karaktär, föras in under respektive kolumn. Belastningspoängen summeras, och endast dessa poäng förs till de tre riskgrupperna. De övriga poängsatta områdena – brist på kontroll och stöd – utgör modifierande faktorer. Ju högre poäng för stöd, desto mindre risk för negativ påverkan av belastning och omvänt.

Levnadsförhållanden för arbetsökande. Modellen med belastning, stöd och brist på kontroll utgör även här stommen. Arbetslöshetssituationen innefattar 14 frågor och relationer/kontaktnät åtta frågor. Faktorer som påverkar belastningspoängen är bl a hur länge patienten varit arbetslös och hur detta påverkat patientens ekonomi, om patienten har meningsfull sysselsättning på dagtid, hur patienten upplever att inte ha något arbete och hur detta påverkat patientens självförtroende samt patientens känsla av möjligheterna att få ett arbete inom överskådlig framtid [7]. Under »brist på kontroll« finns bl a frågor om avsaknad av arbetsmarknadsåtgär-

Man	<input type="checkbox"/>	Kvinna	<input type="checkbox"/>	18-29 år	<input type="checkbox"/>	50-59 år	<input type="checkbox"/>							
				30-39 år	<input type="checkbox"/>	60-65 år	<input type="checkbox"/>							
				40-49 år	<input type="checkbox"/>									
						Ja	Nej	Vet ej						
1. Motionerar du för lite						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2. Röker du						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
3. Upplever du flera gånger/vecka stress i arbetet						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4. Upplever du flera gånger/vecka stress på fritiden						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5. Har du känt att du borde skära ner din alkoholkonsumtion						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6. Tror du att du är överviktig						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. Äter du för mycket fett						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8. Äter du för lite fibrer						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9. Finns det hos dina föräldrar och syskon någon som har sockersjuka, högt blodtryck, eller haft hjärtinfarkt, slaganfall, karlkramp i benen.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10. Hur mycket kan du engagera dig i förändring av din livsstil just nu med tanke på din livssituation (familj, arbete, fritid osv.)														
Ringa in rätt svarsalternativ:				0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

Figur 2. Nio screeningfrågor om livsstil och ärftlighet samt en fråga om grad av motivation till förändring.

der och ändrade sömntider. Under »stöd« frågas efter om patienten känner stöd hos de personer hon/han kommer i kontakt med som arbetssökande, om arbetslösheten påverkat relationen till de närmaste och kontakten med tidigare arbetskamrater.

Stress. Sammanlagt finns här 16 frågor, där de första fem avser känslan av stress och de resterande kroppsliga symtom relaterade till stress. Graderingen utgörs av 0–3 poäng och avser hur ofta patienten känt av stressrelaterade symtom.

Foldrarna om levnadsförhållanden och stress berör varandra, och det rekommenderas att patienten vid ogynnsam poängsumma inom det ena även tar del av den andra foldern, eftersom patienten därigenom kan få insikt i vilka faktorer som är negativa och som i vissa fall kan vara påverkbara.

Midja/stussmått. Fetma utgör en riskfaktor för kärlsjukdom, och det kan föreligga mer eller mindre ogynnsam fördelning av fett. De kvinnliga patienter med midja/stussmått >0,88 och de manliga med >1,0 tillhör »röd« riskgrupp, medan <0,78 för kvinnor och 0,89 för män faller under kategorin »grön«.

Livssyn. Inom flera discipliner används ett grovt mått på psykiskt välbefinnande som kallas för livets steg med trappsteg nummerade från 1 till 10. Det utgör en form av visuell skattning. Framtidssyn utgör ett viktigt mått på psykiskt välbefinnande. Erfarenheten av arbete med hälsokurva enligt Habomodellen är att den nivå patienten anger stämmer väl överens med vad som framkommer i det sk hälsosamtal.

Egenvård

Hälsoprofilen avser att ge pedagogisk vägledning för egen livsstil. Varje folder avslutas med råd för egenvård. För rökare beskrivs metoder som att sluta tvärt, successiv nedskärning

och användning av nikotinläkemedel. Information om tidiga tecken vid riskbruk samt råd vid för högt alkoholintag, som hämtats från Folkhälsoinstitutet samt AlnaVäst, ingår.

Kostråden får patienten genom att fylla i kostformuläret. Regelbunden motion i form av promenader ett par gånger per vecka året runt rekommenderas, dessutom ges exempel på andra motionsformer.

Angående psykisk hälsa diskuteras bl a möjligheten att påverka omgivningsfaktorer, vikten av att upparbeta socialt stöd, samtals betydelse i krisreaktioner och den hjälp sociala myndigheter kan ge. Avslappning, fysisk aktivitet och enkla råd avseende beteendeförändring vid stress ges. Vid behov ordnas remiss till sjukgymnast och/eller läkare.

För att minska midja/stussmålet rekommenderas patienten att läsa foldrarna om kost och motion. För den som är långt ner på trappstegen vad gäller »livssyn« kan det vara till hjälp att läsa råden i foldrarna om levnadsförhållanden och/eller stress.

Patienten anger så planerad egenförändring på hälsokurvan och skickar in den till ansvarig sjuksköterska. Här kan också behov av stöd och hjälp anges.

Resurserna på vårdcentralen utgörs av medicinsk kompetens, psykolog för individuell behandling, stresshanteringsgrupper ledda av läkare och psykolog, mottagning för kostråd, rökavvänjning och riskbruksbeteende vad gäller alkohol.

Samverkan finns med stadsdelen beträffande resurser. Kontakt med företagshälsovård, försäkringskassa och sociala myndigheter aktualiseras vid behov.

Sammanfattning

Det finns samband mellan faktorer som stress och bukfetma och mellan dessa faktorer och insjuknande i diabetes och hjärt-kärlsjukdomar [8-15]. Orsaken till insjuknande i hjärt-kärlsjukdom påverkas av flera olika faktorer. Det känns

därför angeläget att i förebyggande arbete bedöma varje person ur ett sådant perspektiv [16].

Den självinstruerande hälsoprofil som beskrivits ovan är bred i sina angreppspunkter. Den omfattar inte mätningar, t ex av blodtryck och blodfetter, som fordrar medverkan av sjuksköterska. Använda markörer vad gäller livsstil i kombination med mätning av midja/stussmått anses tillräckligt väl underbyggda för att utgöra underlag för bedömning av risk. Fördelen är att detta då kan ge ett helt eget monitorerande verktyg. Eftersom varje delavsnitt följs av instruktioner till förändring, skulle instrumentet i gynnsamma fall kunna användas till mycket låg kostnad såväl inom vården som utanför.

Att förändra beteendet för att minimera risker med negativ livsstil är mycket svårt. Intervention har gjorts på många olika sätt och med varierande insatser från primärvården. Interventionen i den studerade gruppen i Habo har bedömts som lågintensiv jämfört med andra program [1, 16]. Positivt resultat vad gäller rökvanor och alkoholkonsumtion finns beskrivet med sk kortintervention [17-19]. Motivationens roll och individernas förändringsbenägenhet har diskuterats mycket. Det har bedömts viktigt att veta var i förändringsspiralen individen befinner sig [20]. Att sätta upp mål och delmål anses också väsentligt för lyckat resultat samt för att ge positiv återkoppling under arbetet och motverka återfall.

För vår del har vi valt att lämna det mesta arbetet till individen själv med undantag av att vi tar telefonkontakt efter sex månader och medverkar till en ny hälsoprofil efter ett år. Arbetet med att utvärdera data från ettårsuppföljning pågår nu.

I tider av ökat ohälsotal, behov av prevention och snäva ekonomiska ramar känns det angeläget att se över hur vi inom primärvården arbetar för att förebygga sjukdom och ohälsa.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Persson LG. Lifestyle oriented prevention programmes within primary health care in Skaraborg, Sweden, with special reference to cardiovascular risk factors [dissertation]. Göteborg: Göteborg Univ.; 1997.
- Weinehall L. Partnership for health. On the role of primary health care in a community intervention programme [dissertation]. Umeå: Umeå Univ.; 1997.
- Rydberg U. Testaren (1977). Att förebygga alkoholproblem. *SOU* 1994;26.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction* 1993;88:791-804.
- Lingfors H, Lindström K, Persson LG, Bengtsson C, Lissner L, Ellegård L, et al. Evaluation of a pedagogic dietary questionnaire aimed for health surveys. *Scandinavia Journal of Nutrition/Näringsforskning* 1994;38:106-11.
- Åstrand PO. Kondition och hälsa. *Skandia serie Vår hälsa*; 1989.
- Brenner SO, Pettersson IL, Levi L, Arnetz B. Stressreaktioner på hot om arbetslöshet och upplevd otrygghet i arbetet. *Stressforskningsrapporter*. Stockholm: Institutionen för stressforskning, Statens institut för psykosocial miljömedicin, WHO:s psykosociala center; 1988. Nr 210.
- Sarafino EP. *Health psychology: biopsychosocial interactions*. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc; 1994.
- Mc Ewen B. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998;338:171-9.
- Lindahl B. Lifestyle and health [dissertation]. Umeå: Umeå Univ.; 1998.
- Holme I, Hjermand I, Helgeland A, Leren P. The Oslo study: Diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary preventive trial in middle-aged men. *Prev Med* 1985;14:279-92.
- Björntorp P, Holm G, Rosmond R. Neuroendokrina störningar ger stressrelaterad sjukdom. *Läkartidningen* 1999;96:893-6.
- Folkow B. Stress, hypothalamic function and neuroendocrine consequences. *Acta Med Scand Suppl* 1987;723:61-9.
- Rosmond R, Björntorp P. Blood pressure in relation to obesity, insulin and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in Swedish men. *J Hypertens* 1998;16:1721-6.
- Björntorp P. Portal adipose tissue as a generator of risk factors for cardiovascular disease and diabetes. *Arteriosclerosis* 1990;10:493-6.
- Agewall S, Wikstrand J, Samuelsson O, Persson B, Andersson OK, Fagerberg B. The efficacy of multiple risk factor intervention in treated hypertensive men, during long term follow-up. Risk Factor Intervention Study Group. *J Intern Med* 1994;236:651-9.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan SJ. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-36.
- Tomson Y. Evaluation of intervention programmes for hypercholesterolaemia, excessive drinking and physicians' prescribing in primary care [dissertation]. Stockholm: Karolinska Institutet; 1997.
- Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C. Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem. Psykometrisk prövning på psykiatrisk akutmottagning. *Läkartidningen* 1998;95:4731-5.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how patients change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.

SUMMARY

Primary care can inspire patients to attend to preventive self-care: »Health profile« helps a patient analyze his or her own risk factors

Ann Blomstrand, Niels Pedersen, Calle Bengtsson

Läkartidningen 2002;99:4051-4

A method for preventive work to be used in primary health care is described. It is based on self-administration material dealing with lifestyle factors. This material is divided into eight separate subjects: smoking habits, alcohol use, diet, physical activity, psychological well being, mental stress, waist-hip ratio and quality of life. The purpose is to base the health profile on lifestyle factors rather than on biological risk markers. The method is meant to be cost-effective. The material has also a self instructive purpose and can be considered as an example of how to work with cognitive techniques.

Correspondence: Ann Blomstrand, Askims vårdcentral, SE-436 43 Askim, Sweden (ann.blomstrand@vgregion.se)