



Detta är ett svar från SBU:s Upplysningstjänst den 8 februari 2013. SBU:s Upplysningstjänst svarar på avgränsade medicinska frågor. Svaret bygger inte på en systematisk litteraturoversikt, varför resultaten av litteratursökningen kan vara ofullständiga. Kvaliteten på ingående studier har inte bedömts. Detta svar har tagits fram av SBU:s kansli och har inte granskats av SBU:s råd eller nämnd.

Hälsonav – samordnande funktion kring vård och folkhälsoinsatser

Folkhälsan kan förbättras genom att minska andelen i befolkningen som röker eller öka den fysiska aktiviteten. För att öka den fysiska aktiviteten kan FaR[®], fysisk aktivitet på recept användas. Det är dock inte alltid som samordning och uppföljning kring detta fungerar. För att komma till rätta med samordningsproblemet har det från politiskt håll förts fram önskemål på en samordnande funktion, något som kan kallas hälsonav.

Fråga:

Vilka studier finns över hur samordning mellan exempelvis vård, kommunala insatser och lokala idrottsföreningar kan organiseras för att förbättra folkhälsan?

Sammanfattning:

I detta svar definierar vi hälsonav som en vägledande funktion mellan vården och andra samhällsorganisationer med syfte att öka friskvård och folkhälsa. Den här funktionen kan se ut på många olika sätt. Det kan t ex vara en person med samordningsansvar, eller en webbsida med aktuell information.

Upplysningstjänsten har identifierat en översikt från 2012 där författarna gör en systematisk litteraturgenomgång över samverkan mellan olika samhällsinstanser. Utifrån den översikten bedömde vi att fem studier var av potentiellt intresse för frågeställningen. Tre av dessa studier har en kvalitativ forskningsmetodik och två kvantitativ metodik.

Kvalitativ analysmetodik innebär en form av forskning där resultaten inte går att analysera med statistiska processer eller andra kvantitativa ansatser. Syftet är att få en uppfattning, att nå en förståelse, att utforska särdrag i olika miljöer och kulturer samt att förstå sambandet mellan olika processer. Författarnas slutsatser finns i Tabell 1.

Av de kvantitativa metoderna infördes i den ena studien en funktion, CHERL (Community Health Educator Referral Liaison), där en specifik person hade ansvar för samordning mellan olika verksamheter. Det här var en omfattande intervention som krävde mycket resurser. I den andra studien fick remitterande läkare tillgång till ett webbaserat verktyg med en databas över exempelvis olika idrottsföreningar. Båda



dessa studier hade en före-efter-design, utan kontrollgrupp, vilket gör det svårt att dra slutsatser av resultaten.

Eftersom det finns få studier över hälsoav är det viktigt att utvärdera effekterna om en sådan samordnande funktion införs i ett landsting.



Bakgrund

Genom att införa interventioner som kan förbättra folkhälsan i Sverige hoppas man få en friskare befolkning som lever längre. Att minska andelen i befolkningen som röker eller öka den fysiska aktiviteten är exempel på interventioner som kan förbättra folkhälsan. SBU visade i rapporten ”Metoder för att främja fysisk aktivitet” från 2007 [1] att rådgivning till patienter leder till att de ökar sin fysiska aktivitet. Om rådgivningen kombineras med exempelvis fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) eller en informationsbroschyr ökar den fysiska aktiviteten ytterligare. Vid FaR[®] finns ett behov av samverkan mellan flera olika aktörer som ordinarer (vården) och utförare, exempelvis kommunen och olika idrottsföreningar. Detta har inte alltid fungerat optimalt. Från politiskt håll har man fört fram önskemål om något man kallar hälsonav. Dessa är tänkta att öka samverkan mellan de ingående parterna. Mellan 2010 och 2012 utfördes ett pilotprojekt om FaR[®] av Västergötlands Idrottsförbund och Västsvenska Idrottsförbundet. I slutrapporten skriver man [2]:

”Sammanfattningsvis har projektet visat att det finns ett stort behov av en vägledande funktion mellan vården och idrotten/aktivitetsarrangörer – en ny arena med tvärprofessionell bemanning och kompetens.”

I det här svaret från Upplysningstjänsten tolkar vi hälsonav som just en sådan vägledande funktion. Ett hälsonav, enligt vår tolkning, kan vara en person från vården med specifikt uppdrag, det kan vara en webbsida med information, eller på något annat sätt en samordnande funktion. Genom hälsonavet kan ordinarerna få kunskap om vilka alternativ som finns. Patienterna behöver endast vända sig till en instans för att få information om vilka aktiviteter som står till buds och vad de innebär. Här kan även exempelvis beteendeterapi och motiverande samtal inkluderas. För idrottsföreningar och aktivitetsarrangörer kan hälsonavet ge ökade möjligheter till samordning men också till kompetensutveckling.

Avgränsningar

Eftersom interventionen i den här frågeställningen är svårdefinierad har inte Upplysningstjänsten gjort en systematisk litteratursökning i den här frågan. I en inledande testsökning identifierades en översikt från 2012 som sedan var utgångspunkt i det vidare arbetet. Vi kan därmed inte utesluta att vi kan ha missat potentiellt relevanta studier. Vi har inte inkluderat studier som enbart syftar till att undersöka faktorer i samhället som kan underlätta folkhälsohöjande åtgärder, utan att det finns en koppling till vården. Exempel på detta kan vara webbsidor som listar lokala idrottsföreningar där man förväntar sig att individerna själva ska söka upp sidan. Vi har inte heller inkluderat studier över samverkan gällande kroniska sjukdomar, som exempelvis diabetes. De inkluderade studierna är från USA vilket minskar överförbarheten till svenska förhållanden.



Identifierade studier

Upplysningstjänsten identifierade en översikt från 2012 över samverkan mellan olika samhällsinstitutioner, t ex vården och idrottsföreningar, för förebyggande hälsoarbete [3]. I översikten har författarna gjort en systematisk litteratursökning men gör ingen kvalitetsgranskning eller evidensgradering av de studier man identifierar. Dessutom beskrivs inte interventionerna i detalj. Man identifierar totalt 49 interventioner som rör exempelvis remittering, utbildning och volontärarbete.

Vi bedömer att fem av de studier som ingår i översikten är av intresse för frågeställningen.

Tre av studierna är utförda med kvalitativ analysmetodik (Tabell 1). Denna kan användas för att undersöka personers uppfattningar, erfarenheter, upplevelser och mening i relation till ett visst fenomen. Kvalitativ analysmetodik innebär en form av forskning där resultaten inte går att analysera med statistiska processer eller andra kvantitativa ansatser. Syftet är att få en uppfattning, att nå en förståelse, att utforska särdrag i olika miljöer och kulturer samt att förstå sambandet mellan olika processer. De flesta studier med kvalitativ analysmetodik fokuserar på en företeelse, eller ett litet antal företeelser. Studierna kan tillföra en detaljrik och djup kunskap, som kan ge en ökad förståelse för fenomen ur ett perspektiv som kvantitativa fynd inte kan fånga [4]. Det är däremot svårt att dra generella slutsatser av kvalitativ forskning. Man kan inte utan vidare anta att det som kommer fram gäller alla patienter.

Av studierna med kvalitativ forskningsmetodik bygger en på intervjuer med fokusgrupper [5]. I de andra två [6,7] görs systematiska genomgångar av dokument som producerats i samband med ett forskningsprojekt, Prescription for health [8], med syfte att identifiera återkommande teman i de olika typer av samverkan som förekom. Projektet var en multicenterstudie där ett antal interventioner för att öka folkhälsan implementerades på ett antal olika kliniker.

TVå av de identifierade studierna använder kvantitativ forskningsmetodik. Här finns flera begränsningar i studiedesignen. Till exempel har ingen av studierna någon kontrollgrupp utan använder en före-efter-design, vilket gör att man inte kan utesluta att eventuella förändringar i utfall beror på någon annan, oidentifierad faktor.

I studien av Holtrop och medförfattare (Tabell 2) inordnar man en funktion kallad CHERL (Community Health Educator Referral Liaison) [9]. Läkare vid ett antal kliniker i Michigan i USA hade då möjlighet att remittera personer med bland annat stillasittande livsstil till en person som ansvarade för att motivera patienterna till livsstilsförändringar, referera dem till exempelvis lokala idrottsföreningar samt återkoppla till behandlande läkare. Det här var en mycket dyr intervention, vilket också förs fram som en begränsning i artikeln. Man uppnår ett flertal statistiskt signifikanta förändringar men det är svårt att bedöma om dessa förändringar är kliniskt relevanta. En viktig förändring är dock att vid uppföljning efter sex månader har andelen rökare minskat från 30,9% till 25,6%.



Flocke och medförfattare analyserar i sin studie (Tabell 2) ett webbaserat verktyg [10]. Där fick behandlande läkare tillgång till en databas över exempelvis lokala idrottsföreningar, något man hoppades skulle göra det enklare för läkarna att remittera patienter till t ex fysisk aktivitet.

Tabell 1. Studier med **kvalitativ** forskningsmetodik

Studiedesign	Deltagare	Ämne
Seligman et al 2009 USA [5]		
Fokusgrupp	Vårdpersonal (n=20)	Listor på verksamheter att remittera till.
Författarens slutsatser: "Resource guides may offer a critical link between clinical services and community resources. Integrating guides with existing clinical systems, incorporating mechanisms for frequent updating, and providing multiple copies will help address provider concerns. Web-based resources may help achieve these goals."		
Etz et al 2008 USA [6]		
Analys av genomgående teman i forskningsansökningar, interimsrapporter, intervjuer och dagboksdata	Prescription for health-projektet [8] (8 kliniker)	Sammankoppling av olika verksamheter
Författarens slutsatser: "Creating linkages between primary care practices and community resources has the potential to benefit both patients and clinicians and to lessen the burden on the U.S. healthcare system resulting from poor health behaviors. Infrastructure support and communication systems must be developed to foster sustainable linkages between practices and local resources."		
Woolf et al 2005 USA [7]		
Analys av genomgående teman i forskningsansökningar, interimsrapporter, mötesanteckningar etc. Dessutom utförde man en litteraturöversikt.	Prescription for health-projektet [8] (17 kliniker)	Integrering av olika verksamheter
Författarens slutsatser: "Blending diverse clinical and community services into a cohesive system requires an infrastructure that fosters integration. Such a system provides the comprehensive model on which the quality of both health promotion and chronic illness care depend. Integrating clinical and community services is only the first step toward the ideal of a citizen-centered approach, in which diverse sectors within the community, health care among them, work together to help citizens sustain healthy behaviors. The integration required to fulfill this ideal faces logistical challenges but may be the best way for a fragmented health care system to fully serve its patients."		



Tabell 2. Kvantitativa studier med före-efter-design

Population	Intervention	Utfallsmått
Holtrop et al 2008 USA [9]		
Vuxna patienter vid någon av 15 kliniker i Michigan som har minst ett av följande: Tobaksanvändning Ohälsosam diet Fysisk inaktivitet Överkonsumtion av alkohol Totalt 446 patienter refererades till interventionen.	CHERL, community health educator referral liaison ansvarig för: Telefonkontakt med patienter Bedöma hälsorisker Beteendeterapi Hänvisning till andra resurser Återkoppling till behandlande läkare	BMI Matvanor Alkohol användning Tobaksanvändning Hälsostatus Dagar med begränsad aktivitet
Författarens slutsatser: "The role of the CHERL became not only to make the referral but also to manage the referral. Because of the report developed with patients, and the relationships that the liaisons had with both the practices and the community resources, they were able to leverage those relationships on behalf of patients and enable the patients to have better access to, and willingness to, participate in the programs and services of both entities. "The results of this study suggest that through relationships with practices, patients, and community resources, these liaisons successfully facilitated patients' behavior change. The CHERL role may fill a gap in promoting healthy behaviors in primary care practices and merits further exploration."		
Flocke et al 2006 USA [10]		
Sju primärvårdsenheter med totalt 784 patienter	Web-baserat verktyg med databas över samhällsprogram och patientutbildningsmaterial	Antal samtal om diet, fysisk träning, övervikt och att sluta röka. Förändringar i patienters motivation till att förändra sitt beteende efter 8 veckor Analys av kvalitativa frågor
Författarens slutsatser: "The intervention tools show promise for increasing clinician discussion of health behaviors, information referral and referral to community resources. Additional work to increase practice adoption of the tools is required to understand their potential to affect patient motivation to change behavior."		

Projektgrupp

Detta svar är sammanställt av Jessica Dagerhamn, Christel Hellberg, Göran Bertilsson och Jan Liliemark vid SBU.



Referenser

1. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU; 2007.
2. Västergötlands Idrottsförbund, Västsvenska Idrottsförbundet. FaR® Pilotprojekt 2010-2012. Slutrapport. 2012.
3. Porterfield DS, Hinnant LW, Kane H, Horne J, McAleer K, Roussel A. Linkages between clinical practices and community organizations for prevention: a literature review and environmental scan. *American journal of public health* 2012;102 Suppl 3:S375-82.
4. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. Version 2012-02-03.; 2012.
5. Seligman HK, Grossman MD, Bera N, Stewart AL. Improving physical activity resource guides to bridge the divide between the clinic and the community. *Preventing chronic disease* 2009;6:A18.
6. Etz RS, Cohen DJ, Woolf SH, Holtrop JS, Donahue KE, Isaacson NF, et al. Bridging primary care practices and communities to promote healthy behaviors. *American journal of preventive medicine* 2008;35:S390-7.
7. Woolf SH, Glasgow RE, Krist A, Bartz C, Flocke SA, Holtrop JS, et al. Putting it together: finding success in behavior change through integration of services. *Annals of family medicine* 2005;3 Suppl 2:S20-7.
8. Cifuentes M, Fernald DH, Green LA, Niebauer LJ, Crabtree BF, Stange KC, Hassmiller SB. Prescription for health: changing primary care practice to foster healthy behaviors. *Annals of family medicine* 2005;3 Suppl 2:S4-11.
9. Holtrop JS, Dosh SA, Torres T, Thum YM. The community health educator referral liaison (CHERL): a primary care practice role for promoting healthy behaviors. *American journal of preventive medicine* 2008;35:S365-72.
10. Flocke SA, Gordon LE, Pomiecko GL. Evaluation of a community health promotion resource for primary care practices. *American journal of preventive medicine* 2006;30:243-51.