

Hälsohemsidén på vårdcentral

Att befrämja hälsa och livskvalitet

Göran Westman

Barbro Fridén

Friskvård och hälsohemsvård har rönt ett ökat intresse bland allmänhet och politiker. I den norra landsdelen har några landsting startat egna hälsohem och hälsocentra. Vännäs vårdcentral i Västerbotten har i samråd med Vindelns hälsocentrum arbetat fram ett primärvårdsbaserat friskvårdsprogram för intresserade patienter. Planering, genomförande och 1-års uppföljning av den första kursen redovisas av Göran Westman tf klinisk lärare, Institutionen för Allmänmedicin, Umeå universitet, vid undersökningens genomförande distriktsläkare vid Vännäs vårdcentral och Barbro Fridén leg sjuksköterska, fil kand nu verksam som hälsosekreterare i Vindelns kommun, vid undersökningens genomförande sjuksköterska vid Vännäs vårdcentral.

Bakgrund

Intresset för förbyggande vård ökade i Sverige under 1980-talet (1,2). Under samma tid tilltog också kritiken mot en delning av mänskliga problem i bitar. Idag finns det i stället en strävan mot en mer sammanhållen syn på hela människan (3). Försök utomlands med "förändringskliniker" och "holistiska hälsocentraler" visar på nya arbetssätt, ny pedagogik och nya yrkesgrupper att samverka med för sjukvårdens personal (4, 5, 6).

Personalen vid Vännäs vårdcentral i Västerbotten omprövade sina åtaganden och arbetssätt när nya arbetsuppgifter tillkom efter Hälso- och sjukvårdslagens införande 1983. I samverkan med Vindelns Hälsocentrum tog man fram ett utbildningsprogram avseende livsstil, levnadsvanor och kända riskfaktorer. Programmet prövades först på 10 patienter och följdes upp under ett år. Syftet med denna framställning är att redovisa uppläggning, genomförande och utvärdering.

Metod

En arbetsgrupp inom Vännäs primärvårdsområde genomförde i studiecirkelform en friskvårdsutbildning

under två terminer. Utbildningen vände sig till all personal på vårdcentralen. Följande ämnesområden behandlades: kost, motion, kroppskännedom, livsstil, riskfaktorer, samlevnad, gruppdynamik och ekologi. Med stöd av resurspersoner i sjukvårdsdistriktet (psykolog och dietist) och i kommunen (församlingspräst) planerades sedan en 14-dagars utbildning för intresserade Vännäsbor.

Programmet omfattade två veckor uppdelat på teori, praktik och eftertanke i lika stora delar. I princip inleddes varje dag med morgonsträckning, därpå följde ett teoriavsnitt med gemensam diskussion. Före lunch ingick dessutom matlagning för halva gruppen och kroppskännedomsövningar för den andra halvan. Under eftermiddagen vidtog uppföljande diskussioner i mindre grupper av vad man prövat, sett och hört samt ett motionspass. Dagarna avslutades med en spegling av tidigare dagars program och anhörigas reaktioner. Under den sista dagen skrev var och en ned *vad* man ville ändra på och *hur* de skulle gå tillväga. Efter utbildningsveckorna följde uppföljningsdagar efter 3, 6 och 12 månader.

Via lokal annonsering erbjöds personer med högt blodtryck, diabetes och övervikt utbildningen. Ett 60-tal personer anmälde sig. Då få män anmält sig kom den slutliga gruppen att bestå av 4 män och 6 kvinnor. De som inte kom med hänvisades till studieförbunden och uppmanades söka igen. Alla utom två (en hemarbetande kvinna och en långtidssjukskriven man) var yrkesarbetande inom så skilda områden som vård, social service, offentlig förvaltning, samfärdsl och mekanisk industri. De förvärvsarbetande var under undervisningsveckorna sjukskrivna.

Kursen genomfördes under två veckor i mars 1987 samtidigt med ordinarie verksamhet vid vårdcentralen. Särskilda utvecklingsmedel från landstinget bidrog ekonomiskt förutom en speciell deltagaravgift. Vårdcentralens sjukgymnast och arbetsterapeut anlätades hårt. Några elever från dietistutbildningen i Umeå gav de praktiska matlagningsmomenten

stringens och innehåll. Vid de tre efterföljande uppföljningsdagarna anordnades speciella program utifrån deltagarnas önskemål. Kursdeltagarna fullföljde i övrigt sina tidigare inplanerade läkarvårdskontakter.

Resultat

Utvärderingen baserades på en personlig hälsoprofil och några biologiska basdata. En av de manliga deltagarna avbröt sitt deltagande efter 3 månader. Härtill bidrog den pensionsutredning som han kom att genomgå. Redovisningen omfattar därför nio deltagare.

Av den självrapporterade hälsoprofilen framgick att gruppen framför allt förändrar sina kost- och motionsvanor. En måttlig reduktion av vikt och blodtryck noterades också (Tabell 1). Två deltagare kunde minska på sina blodtrycksmediciner så att den ene blev medicinfri och den andre fick en medicin i stället för två.

Tabell 1. Deltagarnas medelvärden för några biologiska faktorer före hälsoveckornas start och efter 3, 6 och 12 månaders uppföljning (n=9).

	Före Mars 87	Efter Maj 87	Sept 87	Mars 88
Vikt (kg)	87.4	84.9	84.7	85.2
Bltr (s) (mm Hg)	152.2	146.7	148.9	142.5
Bltr (d) (mm Hg)	94.4	92.2	94.8	91.8
Puls (slag/min)	69.2	66.0	67.3	65.2
Hb (g/l)	132.8	141.4	143.2	137.5
Cholesterol (mmol/l)	6.5	6.3	6.6	6.5
Triglycerider (mmol/l)	2.4	2.1	2.4	2.2
Blodglukos (mmol/l)	6.0	5.0	4.9	5.8

Vid ettårsuppföljningen konstaterades att fyra deltagare upplevde en klar förbättring av sitt hälsotillstånd parat med fynd som påtaglig viktreduktion, sänkt blodtryck med eller utan medicinutsättning. Tre deltagare upplever sig subjektivt förbättrade utan andra yttre tecken på förbättring. Två (kvinnor) upplever ingen förbättring utan snarare en besvikelse över att personliga mål inte gått i uppfyllelse. En av dem hade gått upp 2 kg i vikt.

Sammanfattningsvis kan sägas att samtliga nio deltagare som fullföljde hela programmet förvånades

över hur svårt det var att förändra levnadsvanor och att deras initiala tilltro till sin egen förmåga var mycket större än vad de faktiskt klarade av.

Diskussion

Några viktiga erfarenheter gjordes även om deltagarantalet var litet. Om liknande utbildningsinsatser planeras räcker det säkert med en vecka i stället för två. Vi lyckades inte hålla de tre delmomenten lika stora (teori, praktik och eftertanke) utan eftertanke fick stå tillbaka för teoretisk undervisning. Kursdeltagarna upplevde det som den största bristen.

Undervisningsveckorna låg i början av mars. Deltagarna lämnades sedan ensamma under vinterhalvåret vilket uppfattades som en svaghet i uppläggningsen. Det vore därför bättre att starta under hösten med de kontrollintervall vi valde. Gruppsammansättningen bör också övervägas nog.

Deltagande läkare i försöket uppfattade det som positivt att i föreläsningsform presentera epidemiologiska fakta kring riskfaktorer och deras verkan. Deltagarna kunde därefter diskutera med varandra vad som sagts och fick därmed bättre underlag för sina beslut. Hälsans mångfacetterade bild kunde också belysas genom samverkan mellan präst (andlig hälsa), psykolog (arbetslivets påfrestningar, social hälsa) och sjuksköterska (psykisk hälsa).

Vännäs vårdcentrals personal fick genom försöket ett ökat intresse för prevention. Flera vårdcentraler i länet planerar liknande hälsoveckor, vars utbildningsinsats kommer att studeras i mer kontrollerade undersökningar.

REFERENSER

1. Westman G: Hälso- och sjukdomsbegreppet i allmänläkaryrden. Psykisk hälsa 1982; 23: 163-78.
2. Janlert U: Livsstil – ett modebegrepp inom socialmedicinen. Anförande vid IX:e nordiska kongressen i socialmedicin, Linköping 1987.
3. Stern B: Att växa till hälsa. Om människans möte med sin inre verklighet. Wahlström & Widstrand, Stockholm 1985.
4. Tubesin DA, Holinger PC, Westberg GE, Lichter EA: The wholistic health center project. Medical care 1977; 3: 217-27.
5. Chambers JS, Bowen FE: Exercise and health: Partipation and promotion by general practitioners. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 189-91.
6. Stuwe JK, Driessen R, Lund N: Use of health planning conference in family practice. J Fam Pract 1985; 20: 75-8.