

# Systematik och kompetensstöd för sjukdomsförebyggande insatser för patienter – fokus på levnadsvanor

Margareta Kristenson, Lena Lundh,  
Anna Kiessling, Mattias Damberg.

Margareta Kristenson, professor och överläkare i socialmedicin,  
Linköpings universitet och Region Östergötland, E-post: margareta.kristenson@liu.se.

Lena Lundh, med.dr. distriktssköterska, Akademiskt Primärvårdscentrum,  
Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle,  
sektionen för allmänmedicin och primärvård. E-post: lena.k.lund@sl.se.

Anna Kiessling, docent, specialist i internmedicin och kardiologi,  
Institutionen för kliniska vetenskaper, Karolinska Institutet. E-post: anna.kiessling@ki.se.

Mattias Damberg, docent, specialist i allmänmedicin, Institutionen för folkhälso- och  
vårdvetenskap/Allmänmedicin och preventivmedicin, Uppsala universitet,  
Region Västmanland, Stab Primärvård, Psykiatri och Habiliteringsverksamhet.  
E-post: mattias.damberg@regionvastmanland.se.

De flesta av våra stora folksjukdomar är möjliga att förebygga genom rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, ökad fysisk aktivitet samt hälsosamma matvanor. Socialstyrelsens nationella riktlinjer beskriver god evidens för effekten av rådgivande samtal om levnadsvanor i hälso- och sjukvården och att detta är mycket kostnadseffektivt. Av flera skäl går införandet av dessa arbetssätt ganska långsamt. För att uppnå en hälso- och sjukvård där preventivt arbete är en självklar del, och inte ett sidospår, krävs förändringar av kunskap, attityder och arbetssätt. Organisering, ledning och styrning är avgörande för att skapa strukturella förutsättningar för det förebyggande arbetet med tydliga uppdrag, tid och resurser till kompetensutveckling och redskap så att levnadsvanearbete systematiskt integreras i befintliga vårdprocesser.

A major part of our public health diseases are possible to prevent by influencing the lifestyles tobacco use, alcohol, physical activity and food choices. The Swedish national guidelines for disease prevention demonstrate evidence for professional counselling in health services and that this is cost effective. Still, development of this work is rather slow. This is a consequence of several causes. To achieve a health service where prevention is a natural part, there is a need for changes in knowledge and attitudes. Organization, leadership and governance are crucial to create structural conditions for preventive work with clear assignments, time and resources for development of competence, and tools to make preventive lifestyle interventions systematically integrated into existing care processes.

## Varför ska hälso- och sjukvården arbeta med prevention, och med levnadsvanor?

De flesta av våra stora folksjukdomar är möjliga att förebygga och lindra verkningarna av genom att påverka ohälsosamma levnadsvanor. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) orsakar ohälsosamma levnadsvanor 80 procent av alla hjärtsjukdomar och stroke, liksom 30 procent av all cancer. Förbyggande insatser som stöttar människor i att utveckla hälsosamma levnadsvanor är därför en av de mest kraftfulla möjligheterna att förebygga, eller minska sjukligheten i, kroniska sjukdomar<sup>1,2</sup>. De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder<sup>3</sup> har identifierat de fyra levnadsvanor, tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, där det vetenskapliga underlaget för negativa hälsoeffekter är starkast.

Denna artikel avser att först summera vad vi vet om betydelsen av dessa levnadsvanor för risken att utveckla sjukdom, samt betydelsen av att ändra levnadsvanor vid redan etablerad sjukdom. I nästa steg ska vi beskriva vilka metoder som är evidensbaserade för att hjälpa patienter att ändra sina levnadsvanor och särskilt Socialstyrelsen nationella riktlinjer för detta. Därefter följer en granskning av utvecklingen av förebyggande insatser i form av råd om hälsosamma levnadsvanor i hälso- och sjukvården under de senaste åren. Slutligen diskuteras varför det trots allt inte händer mer, och vilka insatser som är viktiga för att stärka det förebyggande arbetet.

## Betydelsen av levnadsvanor för risken att utveckla sjukdom och som behandling vid redan etablerad sjukdom

Detta kan diskuteras dels utifrån sjukdomarna, dels utifrån levnadsvanorna. Eftersom de flesta levnadsvanor påverkar en rad sjukdomar utgår vi från levnadsvanor. Texten fokuserar på de fyra levnadsvanor som ingår i Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukdomsförebyggande råd om levnadsvanor i hälso- och sjukvården, det vill säga rökning, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet.

### Rökning

Rökning beskrivs ibland som den enskilt skadligaste levnadsvanan<sup>4-6</sup>. Rökning medför en kraftigt förhöjd risk för den stora merparten av alla sjukdomar (nästan 60 olika diagnoser) och det gäller särskilt hjärt-kärlsjukdomar, cancer, obstruktiv luftvägssjukdom, reumatisk ledsjukdom, försämringar i sinnesorganen, depression och stress. Cigarettrökning förkortar livet med elva år för kvinnor och med tio år för män. Rökning är en av de starkaste riskfaktorerna för hjärtinfarkt och orsakar mer än 80 procent av alla fall av lungcancer, den cancersjukdom som leder till flest dödsfall<sup>4-8</sup>. Rökning är den helt dominerande orsaken till Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), som leder till kraftigt nedsatt livskvalitet, aktivitetsbegränsningar och kraftig riskökning för förtida död. Rökstopp är avgörande för att förebygga KOL men är också meningsfullt för att förhindra försämring hos den som redan har utveck-

lat KOL. Var tionde vuxen mellan 45 och 65 år lider av KOL i Sverige och antalet människor som dör på grund av KOL ökar i Sverige. Insjuknandet i KOL bland män har planat ut men ökar dramatiskt bland kvinnor<sup>9-10</sup>.

År 2015 rökte elva procent av kvinnorna och nio procent av männen dagligen. Daglig rökning är vanligast bland personer i övre medelåldern (13 procent bland 45-64-åringar). Bland yngre är det i stället vanligare att röka då och då; drygt 18 procent uppgav 2015 att de röker sporadiskt. Daglig rökningen har successivt sjunkit under de senaste decennierna men socioekonomiska skillnader kvarstår. Fem procent av de högutbildade är dagligrökare medan motsvarande siffra för lågutbildade är 20 procent<sup>11</sup>.

### Alkoholbruk

Alkoholbruk har starka samband med en rad kroniska sjukdomar<sup>8-12</sup>. Samtliga hjärt-kärlsjukdomar påverkas negativt av hög alkoholkonsumtion<sup>13</sup>. Frekvent berusningsdrickande i unga år är också en av de ledande orsakerna till demens. Alkohol har samband med förekomst av det metabola syndromet och med risken för såväl typ 1- som typ 2-diabetes. Tio procent av all cancer bland män och tre procent av all cancer bland kvinnor kan relateras till alkohol<sup>14</sup>. I dag ökar kunskapen om att även relativt små mängder alkohol ökar risken för cancer. Dödligheten för personer med svårt alkoholberoende är fem gånger högre än för befolkningen i övrigt och för personer med måttligt alkoholberoende är dödligheten fördubblad. Alkohol an-

vänds ofta för att dämpa ångest, men en hög konsumtion av alkohol ökar samtidigt risken för både depression och ångest. Alkohol används även ofta som sömnmedel, men regelbunden hög konsumtion leder i stället till ökade sömnproblem. Alkohol ligger bakom cirka 30 procent av skador och olycksfall, särskilt muskel- och skelettskador<sup>15</sup>. Till skillnad från övriga levnadsvanor innebär missbruk av alkohol därtill stora sociala konsekvenser och kostar samhället stora summor. Omfattningen av alkoholbrukets sociala konsekvenser uppskattas vara i samma storleksordning som de hälso-mässiga konsekvenserna. Prevalensen av riskbruk är 10 procent hos kvinnor och 20 procent hos män och skiljer inte mellan socioekonomiska grupper. Däremot är både alkoholberoende och sociala konsekvenser av alkohol betydligt vanligare i grupper med låg socioekonomisk status<sup>16-18</sup>.

### Fysisk aktivitet

Otillräcklig fysisk aktivitet är en av de fyra viktigaste orsakerna till våra stora folkhälsoproblem<sup>19</sup>. Var tionde förtida dödsfall orsakas av bristande fysisk aktivitet.

Kunskapen om hur avgörande fysisk aktivitet är för vår mentala och fysiska hälsa, har ökat kraftigt det senaste decenniet. Behandlingsstudier bekräftar att regelbunden fysisk aktivitet är ett effektivt sätt att förebygga och behandla en lång rad av våra vanligaste kroniska sjukdomar. Tillräcklig fysisk aktivitet kan förebygga hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt, bukfetma, metabola

syndromet, högt blodtryck, frakturer och vanliga cancerformer som till exempel bröstcancer och tjocktarmscancer. Dessutom motverkar fysisk aktivitet demens, depression, oro, ångest, smärta, missbruk och stressrelaterade åkommor<sup>19-24</sup>. Vuxna i Sverige är bland de flitigaste motionärerna i Europa – men samtidigt tillhör vi de mest stillasittande, och den totala fysiska aktiviteten i befolkningen har sannolikt minskat på senare tid. Stillasittandet i sig, oberoende av motionerande, innebär en ökad risk för ohälsa. Enligt uppskattningar är högst en av fyra människor i Sverige i dag tillräckligt fysiskt aktiv sett till aktuella rekommendationer. Även vad gäller fysisk aktivitet finns stora socioekonomiska skillnader där är andelen med otillräcklig fysisk aktivitet högre bland personer med låg socioekonomisk status<sup>19-24</sup>.

### Matvanor

Det finns numera en mängd studier om att ohälsosamma matvanor påverkar risken att drabbas av, eller förvärra, flera kroniska sjukdomar. Särskilt tydliga är sambanden för hjärt-kärlsjukdom, diabetes och en rad cancersjukdomar. Vi har också god kunskap om vad som karakteriserar hälsosamma matvanor. Det beskrivs i de nordiska näringsrekommendationerna från 2012<sup>25</sup>. Råden bygger på en systematisk genomgång av den aktuella litteraturen och baseras på det aktuella vetenskapliga kunskapsläget<sup>25</sup>. I korthet innebär det att en genomsnittlig medborgare i Sverige bör öka sitt intag av grönsaker, frukt,

fullkornscerealier, fisk och skaldjur. Man bör välja magra mejeriprodukter och vegetabiliska matfetter och minska intag av rött kött, charkuterier, salt, raffinerat socker och alkohol<sup>25</sup>. Högt intag av grönsaker och frukt minskar risken att drabbas av typ-2 diabetes och hjärt-kärlsjukdom<sup>26-27</sup> samt risken att dö i hjärt-kärlsjukdom<sup>28</sup>. Högre intag av fullkorn är kopplat till minskad risk för viktökning, typ-2 diabetes och hjärt-kärlsjukdom<sup>29</sup>. Lågt intag av fisk ökar risken att dö i hjärt-kärlsjukdom<sup>30</sup>. Högt intag av rött kött inklusive charkuterier är kopplat till ökad risk för tarmcancer<sup>31</sup> och typ 2-diabetes<sup>32</sup>. Högt intag av mättat fett och lågt intag av omättade fetter ökar risken för hjärt-kärlsjukdom<sup>33-34</sup>. Förekomsten av ogynnsamma matvanor beror på definition, men enligt den definition Socialstyrelsen tagit fram inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer är förekomsten drygt 20 procent. Att äta för lite frukt och grönt är dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor<sup>11</sup>.

### Trender och utmaningar

Vi ser oroande trender i befolkningen. Insjuknandet i stroke har ökat bland unga kvinnor med låg utbildning. Den ökande psykiska ohälsan innebär ökad risk för kroppslig sjukdom. Vi ser därtill en ökad konsumtion av vin bland kvinnor, och av alkohol totalt bland äldre. En ökande andel i befolkningen har övervikt och fetma och ett ohälsosamt stillasittande<sup>11</sup>. En särskild utmaning gäller hälso- och sjukvårdens insatser för individer med psykiatrisk sjukdom

som till exempel schizofreni och bipolär sjukdom där de flesta dör av levnadsvanerelaterade sjukdomar – inte av sin psykiatriska sjukdom.

De fyra levnadsvanorna har det gemensamt att de är viktiga orsaker till våra stora folksjukdomar, och att de är möjliga att påverka. Men det förebyggande arbetet innebär olika möjligheter och svårigheter. Vad gäller tobak är det enklare på så vis att man antingen röker eller inte. Det finns en större gråzon mellan vad som är en ogynnsam nivå och inte när det gäller de andra levnadsvanorna. Samtidigt innebär tobak ett fysiologiskt beroende på ett sätt som inte föreligger vid till exempel riskbruk av alkohol eller låg fysisk aktivitet. Dessa skillnader påverkar valet av intervention. I grunden finns emellertid en gemensam kärna av betydelsen av individens egen motivation, i kombination med stödjande insatser i samhället. Vi kan således konstatera att vad gäller rökning, har en kombination av insatser på samhälls-, grupp- och individnivå visat sig framgångsrikt och Sverige har i dag en klart lägre andel rökare i befolkningen jämfört med tidigare. Men skillnaderna mellan socioekonomiska grupper kvarstår och är en viktig utmaning<sup>11</sup>.

### **Vilka metoder är evidensbaserade och mest effektiva för att hjälpa patienter att ändra sina levnadsvanor?**

Alla har inte förmåga eller möjlighet att ändra sina vanor. Men det är många som vill. En rad studier visar till exempel att cirka sju av tio rökare skulle vilja sluta. Det finns i dag god

evidens för vilka metoder som bäst lämpar sig för preventivt arbete vad gäller levnadsvanor inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens nationella riktlinjer konstaterar att olika former av rådgivande samtal kan främja goda levnadsvanor och genom detta förebygga sjukdom<sup>3</sup>. Exempelvis kan välutbildade team av rökavvänjare, med stöd av läkemedel, räkna med 25-40 procents rökfrihet hos hjälpsökande rökare ett år senare. Merparten av alla åtgärder i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder grundar sig därför i någon form av rådgivning eller samtal. Riktlinjerna beskriver också vilken typ av rådgivande samtalsform som är mest effektiv för var och en av de fyra levnadsvanorna<sup>3</sup>.

Åtgärderna har delats upp i tre övergripande nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Enkla råd rekommenderas inte, utom i de särskilda fall där till exempel en läkare ger råd att ta emot kvalificerad rådgivning. Den kvalificerade rådgivningsnivån är rekommenderad för matvanor och tobak, medan rådgivande samtal är den rekommenderade insatsen för fysisk aktivitet och alkohol. Alla övriga åtgärder i riktlinjerna – som nikotinläkemedel eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet – ges i tillägg till någon form av rådgivning eller samtal. Samtliga åtgärder i riktlinjerna förutsätter att hälso- och sjukvården identifierar individer med en eller flera ohälsosamma levnadsvanor. Utgångspunkten är att detta ska ske regelmässigt i alla situationer där det är relevant, och att frågan lyfts med respekt för individens autonomi

och med tillämpande av ett hälsofrämjande förhållningssätt. En uppdatering av de nationella riktlinjerna pågår. I arbetet ingår även att se över indikatorer för uppföljning av arbetet med levnadsvanor. En remissversion planeras till slutet av 2017.

### **Hur har hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser i form av råd om hälsosamma levnadsvanor utvecklats under de senaste åren?**

Socialstyrelsen gav i december 2016 ut en rapport som beskriver implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Rapporten ger en ganska splittrad bild av arbetet. Det finns tecken på att arbetet verkligen har kommit igång, samtidigt som det kvarstår ett behov av ett omfattande förändringsarbete<sup>35</sup>.

Man kan se att arbetet med patienters levnadsvanor har blivit mer etablerat i hälso- och sjukvården och att det finns ett ökat fokus på att förebygga sjukdom. Det finns också tecken på en ökad delaktighet från patienterna i vård och behandling. Andelen patienter som har fått stöd att ändra ohälsosamma levnadsvanor har också utvecklats positivt. Mest positiv är utvecklingen när det gäller matvanor och fysisk aktivitet, medan det fortfarande är mindre vanligt med samtal om alkohol. Åtgärder till personer som röker minskade något mellan åren 2014 och 2015.

Omkring fyra procent av patienterna i primärvården hade 2015 fått någon åtgärd som stöd att bli mer fysiskt aktiva och tre procent hade fått stöd för bättre matvanor. Knappt två

procent hade fått stöd att sluta röka och knappt en procent av patienterna hade fått stöd att minska sin alkoholkonsumtion. Dessa siffror behöver relateras till förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen. Närmare 15 procent av befolkningen är fysiskt inaktiv, en fjärdedel av befolkningen äter för lite frukt och grönt och tio procent av befolkningen röker dagligen. Drygt 10 procent av kvinnorna och knappt 20 procent av männen har riskbruk av alkohol. Uppföljningen visar också att det fortfarande är stora skillnader mellan olika landsting och regioner i hur många åtgärder man ger till patienter med ohälsosamma levnadsvanor<sup>35</sup>.

En begränsning i Socialstyrelsens utvärdering är att den baseras på en granskning av de åtgärder som är dokumenterade i journalerna. Om man i stället läser Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) nationella patientenkät kan man konstatera att en väsentligt högre andel av de svarande anger att primärvården har talat med dem om levnadsvanor. Oavsett vilken utvärderingsmetod man använder kan man dock konstatera att potentialen för vården att förbättra människors hälsa genom stöd till hälsosamma levnadsvanor inte till fullo är utnyttjad, utan att det finns en tydlig förbättringspotential<sup>36</sup>.

### **Varför händer det trots allt inte mera, och vad är viktigt för att stärka detta arbete?**

Hälso- och sjukvården har en central roll i det förebyggande arbetet eftersom motivationen till förändring av

levnadsvanor ofta är som starkast när man sitter i samtal med sin vårdgivare. Trots det får många patienter inte det stöd de själva efterfrågar och behöver för att ändra sina levnadsvanor. Några argument som ibland ges för att inte vilja arbeta med levnadsvanor, samt dess motargument, beskrivs nedan:

*”Det är dyrt och pengarna bör användas till att behandla”*

Förebyggande insatser som främjar goda levnadsvanor är bevisat kostnadseffektiva (se kapitel 12). Kostnaderna är låga i jämförelse med andra insatser inom hälso- och sjukvården och hälsovinsten av ändrade levnadsvanor väsentlig. För att insatserna ska betala sig räcker det att några få procent av patienterna som får rådgivande samtal ändrar sina levnadsvanor. Effektiv prevention innebär stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.

*”Vi får ingen ersättning för att vi arbetar förebyggande”*

Det förebyggande arbetet är en del av patientens behandling och bör ingå i denna. Levnadsvanor påverkar sjukdomens prognos och behöver diskuteras på samma sätt som farmakologisk eller annan behandling. Det är därtill viktigt för patientens motivation att levnadsvanorna diskuteras i samband med det patienten söker för, och att informera om vilken effekt levnadsvanorna har på behandlingsresultat.

*”Det är ändå försent när vi möter patienterna”*

Nej, det är aldrig för sent. Exempelvis kan en patient med KOL efter rök-

stopp slippa en fortsatt försämring – något som kan vara avgörande för livskvaliteten, och ibland även leda till en förbättring av lungfunktionen.

*”Det tar för lång tid innan effekten kommer”*

Nej, det tar inte alltid lång tid innan effekten kommer. Ett rökstopp efter hjärtinfarkt halverar risken för återfall redan året efter och ett rökstopp eller avhållsamhet från alkohol så sent som två veckor inför en planerad operation minskar drastiskt risken för komplikationer efter ingreppet.

*”Jag vill inte kränka patientens autonomi och diskuterar inte levnadsvanor”*

Det finns i dag så stark evidens bakom betydelsen av levnadsvanor för ohälsa att vi har ett etiskt imperativ att handla. Att passivt se på när en person utvecklar levnadsvanorelaterad sjukdom är därför oetiskt. Dessutom förväntar sig patienter att få frågor om levnadsvanor när de besöker vården<sup>37</sup>. Etiska frågor är oerhört viktiga i alla insatser som gäller patientens eget liv. Därför är det avgörande att alla samtal om levnadsvanor utgår från ett lyhört och respektfullt samtal, med ett hälsofrämjande förhållningssätt.

*”Jag har inte tid, det här är ju ändå patientens eget ansvar”*

Naturligtvis måste patienten vara motiverad för att hen ska lyckas att sluta röka. Vårdpersonalen är viktig för att med sakliga argument stödja och peppa patienten till att försöka. Att få bekräftelse och att någon annan tror att jag kan, leder till ökad motivation och att man vågar ta klivet att försöka.

De goda nyheterna är att insjuknande och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar har sjunkit med över 30 procent det senaste decenniet. Ungefär hälften av förbättringen förklaras av förebyggande insatser som gett resultat, till exempel i form av förbättrat blodtryck och minskat tobaksbruk. Men hjärt-kärlsjukdomar är fortfarande den grupp diagnoser som orsakar flest förlorade levnadsår i befolkningen. Vi vet också att det finns stora skillnader i hälsa där grupper med låg socioekonomisk status har kortare livslängd, fler kroniska sjukdomar och mer ogynnsamma levnadsvanor. En arbetare har dubbelt så hög risk att insjukna och dö i hjärtinfarkt jämfört med en tjänsteman. Insjuknande i stroke ökar i dag bland lågutbildade kvinnor i åldrarna 30 till 45 år. Därför är förebyggande insatser extra viktiga i de här grupperna för att minska ojämlikheter i hälsa. Men öppna jämförelser av vårdens kvalitet i Sverige visar att det finns stora skillnader i hur vi erbjuder personer stöd i att förändra levnadsvanor<sup>38</sup>.

Vi har redan goda kunskaper om sambanden mellan levnadsvanor och kronisk sjukdom och om vilka metoder som har stark evidens. Utmaningen i dag ligger i att omsätta kunskaperna i praktisk handling. Denna utmaning gäller på alla arenor; inom hälso- och sjukvården, i skolan och i samhället i stort. Men innan vi diskuterar vad andra gör eller inte gör på olika arenor, är det viktigt att hälso- och sjukvården fyller sin egen del av uppdraget. En förutsättning för detta är att vi arbetar långsiktigt, strukturerat och använder oss av metoder som har stark evidens. Viktiga områden för

att omsätta dessa kunskaper i praktisk handling i hälso- och sjukvården kan summeras i följande punkter:

*- Kompetens, uppdrag, tid, metodstöd och redskap för patientinriktat förebyggande arbete*

Det är i det enskilda mötet mellan patient och vårdgivare som vårdens centrala arbete utförs. Men det kräver att medarbetarna får rätt förutsättningar vad gäller kunskap och kompetens, och även strukturella förutsättningar i form av uppdrag, tid, metodstöd och redskap. I flera aktuella utredningar, bland annat en rapport från Vårdanalys, beskriver man att personalen upplever att man inte har denna kompetens<sup>38</sup>. För att uppnå en hälso- och sjukvård där preventivt arbete är en självklar del och inte ett sidospår krävs genomgripande förändringar av attityder och arbetssätt, kunskap och redskap.

*- Kompetens och riktade insatser för att nå alla patienter*

Vi behöver också utveckla kunskaper och metoder för att nå alla patienter. Aktuella studier visar att preventiva insatser bidrar till att minska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper i samhället, när de når fram. Men en färsk rapport från Vårdanalys illustrerar också risken att inte alla får frågan, eller insatsen<sup>38</sup>.

*- Systematisk integrering av levnadsvanearbete i befintliga vårdprocesser*

Studier visar att det behövs mer systematiskt förbättringsarbete för att arbetet med levnadsvanor ska bli integrerat i vårdprocesserna. Det är därför angeläget att de uppgifter man doku-



menterat lätt kan användas för analyser av resultat och för förbättringsarbete i verksamheterna.

*- Organisering, ledning och styrning av hälso- och sjukvården*

Hälso- och sjukvårdens organisering, ledning och styrning är avgörande för att skapa strukturella förutsättningar för det förebyggande arbetet. Det omfattar allt från uppdrag, tid och resurser till kompetensutveckling och redskap. Exempelvis behöver avtalstexter vara tydliga, så att de är begripliga och kan följas upp.

*- Incitamentsstrukturer som stimulerar vården att arbeta preventivt*

Ekonomiska ersättningsmodeller bör utformas så att preventiva insatser i vården inte missgynnas. Hälsoekonomiska analyser har visat att det är mer kostnadseffektivt med ett längre, rådgivande samtal än med ett kort envägssamtal. Lägre ambition och mindre kostsamma metoder ger således lägre effekt.

*- En god och hälsofrämjande arbetsmiljö*

För hälso- och sjukvården som arbetsgivare är det också viktigt att påverka arbetsmiljön så att den skapar möjlighet för medarbetarna att må bra och själva slippa utveckla undvikbar kronisk sjukdom. En god och hälsofrämjande arbetsmiljö är också nödvändig för att medarbetare i hälso- och sjukvården på alla nivåer ska kunna ge patienterna en god och säker hälso- och sjukvård.

För att förebygga kronisk sjukdom måste vi också arbeta med uppsök-

de verksamhet, innan personen blivit patient. Den svenska modellen av riktade hälsoundersökningar till grupper i befolkningen som kopplas till hälso-samtal där man får hjälp att ändra sina levnadsvanor är kostnadseffektiv och minskar sociala skillnader i hälsa (se kap 8, s 186-198, i detta nummer). Men för att få full effekt behöver det arbetet ske tillsammans med insatser i lokalsamhället. Det innebär att vi måste samarbeta mot gemensamma mål med politiker, beslutsfattare, kommunanställda, lärare och alla aktiva i föreningslivet<sup>39</sup>. Ett exempel på det är att Svenska Läkarsällskapet och Läkarförbundet, liksom många andra viktiga aktörer, har ställt sig bakom målet om ett Rökfritt Sverige 2025 (se kap 11 i detta nummer). Det handlar om vägval på alla nivåer, om kraft att agera och enighet om behovet av denna omställning. Vi måste också arbeta mer samordnat och systematiskt, inte minst för att nå de socialt utsatta grupper som har sämst hälsa. Först när alla professioner och aktörer inom hälso- och sjukvården har insett värdet av prevention kan vi forma en hållbar hälso- och sjukvård i Sverige. En hälso- och sjukvård som uppfyller sitt uppdrag fullt ut – att förebygga ohälsa, erbjuda alla samma chans till god hälsa och samtidigt spara medborgarna och samhället stora summor på onödigt lidande och sjukdom.

## Referenslista

- 1) Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report 2005, ISBN 92 4 156300
- 2) Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle: Institute for health metrics and evaluation, University of Washington; 2013.
- 3) Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen, 2012
- 4) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328(7455):1519.
- 5) Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *The Lancet*. 2013; 381(9861):133–41.
- 6) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. Public Health Service. Centers for Disease Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416; 1990.
- 7) Socialstyrelsen. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-4>
- 8) Agard E, Boman U, Allebeck P. Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsördan. Utvecklingen i Sverige 1990–2010 kartlagd utifrån DALY-metoden. *Läkartidningen*. 2015; 112: C4TH.
- 9) Lundbäck B, Gulsvik A, Albers M, Bakke P, Rönmark E, van den Boom G, et al. Epidemiological aspects and early detection of chronic obstructive airway diseases in the elderly. *Eur Respir J Suppl*. 2003; 21(40): 3-9.
- 10) Baiardini I, Sorino C, Di Marco F, Facchini F. Smoking cessation, anxiety, mood and quality of life: reassuring evidences. *Minerva Med*. 2014.
- 11) Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2016. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2016.
- 12) Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *ArchIntern Med* 2006;166:2437–45.
- 13) Ronskley PE, Brien SE, Turner BJ, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011;342:d671.
- 14) Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol* 2006;7:149–56.
- 15) Folkhälsomyndigheten. Vårdade alkoholindex, sluten- och/eller specialiserad öppenvård, efter kön och region. Indikatorlabbet [uppdaterad 4 november 2015; citerad 7 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/>.
- 16) Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN). Hur mycket dricker svensken? Registrerad och oregistrerad alkoholkonsumtion 2001-2014. Stockholm: CAN, 2015. CAN rapport 152
- 17) Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN). Skolevers drogvanor 2015. Stockholm: CAN, 2015. CAN rapport 154.
- 18) Folkhälsomyndigheten. Samlad uppföljning av ANDT-strategin. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2015. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-myndigheten/uppdrag-styrdokument/avslutade/uppfoljning-andt-strategin.pdf>.
- 19) Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al.: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012; 380(9838): 219–29.
- 20) Sattelmair JR, Perman J, Ding EL, Hohl HW III, Haskell WL, Lee I-M. Dose-response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation*. 2011; 124:789–95.

- 21) Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*. 2007; 30:744–52.
- 22) Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: a metaanalysis. *Br J Cancer*. 2009; 100:611–6.
- 23) Lollgen H, Bockenhoff A, Knapp G. Physical activity and all-cause mortality: an updated metaanalysis with different intensity
- 24) Europeiska kommissionen. Special Eurobarometer 412 “Sport and physical activity”. Europeiska kommissionen; 2014.
- 25) Nordic Councils of Ministers. *Nordic Nutrition Recommendations 2012, Integrating nutrition and physical activity*. Köpenhamn: Nordic Councils of Ministers; 2014.
- 26) He FJ, Nowson CA, Lucas M and MacGregor GA Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertension* 2007;21:717-728.
- 27) Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr* 2012;51:637-663
- 28) Wang X, Ouyang Y, Jun L, Zhu M. *BMJ* Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies 2014;349
- 29) Ye EQ, Chacko SA, Chou EL, Kugizaki M. Greater Whole-Grain Intake Is Associated with Lower Risk of Type 2 Diabetes, Cardiovascular Disease, and Weight Gain. *Nutr* 2012;142:1304-1313).
- 30) He K, Song Y, Davi GL, Liu K. Accumulated Evidence on Fish Consumption and Coronary Heart Disease Mortality. A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Circulation* 2004;109:2705-2711
- 31) Aune D • Chan DSM, Vieira AR, Rosenblatt DAN • Red and processed meat intake and risk of colorectal adenomas: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer Causes & Control* 2014;24:611-628
- 32) Aune D, Ursin G, Veierød MB. Meat consumption and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Diabetologia* 2009;52:2277-228
- 33) Hooper L, Martin N, Abdelhamid A, Davey Smith G. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 10;(6).
- 34) Michas G, Micha R, Zampelas A. Dietary fats and cardiovascular disease: Putting together the pieces of a complicated puzzle. *Atherosclerosis* 2014;234:320-328
- 35) Socialstyrelsens Återkoppling om implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen 2016
- 36) Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Folkhälsomyndigheten. Öppna jämförelser – Folkhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, SKL, Folkhälsomyndigheten; 2014.
- 37) Andréasson S, Graffman K. Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 2002, 43 (99), 4252-4255.
- 38) Förebygga för att överbygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor (Vårdanalys 2016).
- 39) Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, et al. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? A 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl*. 2001; 56: 59–68.