



LANDSTINGET  
SÖRMLAND

## **Från ord till handling... Att främja den egenupplevda hälsan**

**Struktur och metoder för hälsofrämjande och  
sjukdomsförebyggande arbete inom Landstinget  
Sörmlands patientnära verksamheter**

**2007**

*Folkhälsocentrum*

*Utvecklingsenheten  
Hälsa och Sjukvård*

Under 2005 gjordes en förstudie i Landstinget Sörmland innehållande definitioner av begrepp och ansvarsfördelning för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet (LS beslut § 111/05). Förstudien följdes sedan (våren 2006) av en koncernövergripande policy, ”Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i Landstinget Sörmland”.

Folkhälsocentrum fick (hösten 2006) i uppdrag att i samarbete med Utvecklingsenheten för hälso och sjukvården utreda och redogöra för metoder och struktur för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet med avgränsning till individmålet och utvalda levnadsvanor och psykisk hälsa.

Syfte med uppdraget var att stödja patientnära verksamheter i Hälso- och Sjukvården, Handikapp & Rehabilitering, Folk tandvården och Regionsjukhuset Karsudden att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i sina verksamheter.

En referensgrupp med representanter från mottagare i organisationen har funnits som stöd/bollplank i arbetet.

Författare:  
Heidi Leppäniemi, Folkhälsocentrum  
Birgitta Steneberg, Utvecklingsenheten HoS  
Lednings- och verksamhetsstöd

Landstinget Sörmland 2007

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	6
<b>1. BAKGRUND .....</b>	<b>6</b>
<b>2. SYFTE OCH MÅL .....</b>	<b>7</b>
2.1 SYFTE.....	7
2.2 ÖVERGRIPANDE MÅL.....	7
2.3 DELMÅL .....	7
<b>3. DEFINITIONER .....</b>	<b>8</b>
<b>4. AVGRÄNSNINGAR OCH PERSPEKTIV .....</b>	<b>9</b>
4.1 AVGRÄNSNINGAR.....	9
4.2 BARNPERSPEKTIV .....	10
4.3 MILJÖPERSPEKTIV .....	10
<b>5. METODAVSNITT .....</b>	<b>10</b>
5.1 GRANSKNING AV VETENSKAPLIGT EVIDENSBASERADE METODER .....	10
5.1.1 Granskning av vetenskapliga artiklar.....	11
5.2 NATIONELL KARTLÄGGNING AV HÄLSOFRÅMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE I ANDRA LANDSTING .....	12
5.2.1 Tillvägagångssättet vid den nationella kartläggningen.....	12
<b>6. RESULTAT - VETENSKAPLIG GRANSKNING .....</b>	<b>13</b>
6.1 FYSISK AKTIVITET .....	13
6.1.1 Metoder av evidens.....	13
Rådgivning:.....	13
Beteendebeskrivningar: .....	14
Grupp och individanpassade träningsprogram: .....	14
6.1.2 Ekonomiska aspekter .....	14
6.1.3 Konklusion.....	15
6.2 KOST .....	15
6.2.1 Metoder av evidens.....	16
Rådgivning:.....	16
Interventioner för övervikt och fetma: .....	16
Grupp och individinterventioner vid övervikt och fetma: .....	17
Beteendebeskrivningar: .....	17
Beteendebeskrivningar vid ätstörningsproblem:.....	17
6.2.2 Ekonomiska aspekter .....	17
6.2.3 Konklusion.....	17
6.3 TOBAK.....	18
6.3.1 Metoder av evidens.....	18
Rådgivning:.....	18
Beteendebeskrivningar: .....	19
Grupp och individbaserade program: .....	19



7.8 SAMMANFATTANDE RESULTAT AV NATIONELLA KARTLÄGGNINGARNA .....	36
<b>8. SLUTSATSER.....</b>	<b>37</b>
<b>9. RIKTLINJER.....</b>	<b>38</b>
9.1 STAGES OF CHANGE .....	38
9.2 MOTIVERANDE SAMTAL .....	39
9.3 MODELL FÖR LIVSSTILSFÖRÄNDRING I PATIENTMÖTET .....	40
9.4 FLÖDESSHEMA FÖR LIVSSTILSFÖRÄNDRING I LANDSTINGET SÖRMLAND .....	42
<b>10. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR DET HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETET I LANDSTINGET SÖRMLAND.....</b>	<b>44</b>
10.1 FRÅN ORD TILL HANDLING .....	44
10.2 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR IMPLEMENTERING .....	44
10.3 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PRAKTISKT ARBETE.....	45
10.4 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR UPPFÖLJNING OCH UTVECKLING .....	45
10.5 NÄTVERKET ”HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS” .....	46
<b>FÖRDJUPNINGSDDEL .....</b>	<b>47</b>
<i>Fördjupning i ”Motiverande samtal” - faser och förhållningssätt .....</i>	<i>47</i>
FYSISK AKTIVITET .....	49
Samband mellan fysisk aktivitet och hälsa.....	49
Metod för att påverka fysisk aktivitet, FYSS och FaR.....	50
KOST.....	51
Samband mellan kost och hälsa .....	51
Metod för att påverka kostvanor .....	51
Midjemått.....	52
BMI för äldre och vuxna individer.....	52
TOBAK .....	54
Samband mellan tobaksbruk och hälsa .....	54
Metod att påverka tobaksbruk.....	55
Samband mellan alkohol, narkotika och hälsa .....	56
Metod för att påverka alkoholriskbruk.....	58
Frågeformuläret AUDIT .....	58
PSYKISK HÄLSA.....	60
Metod för att påverka psykisk ohälsa, screeningsverktyget HAD.....	60
Bilaga 1 Fem frågor om din hälsa .....	62
Bilaga 2 5A .....	64
<b>KÄLLFÖRTECKNING .....</b>	<b>65</b>

# INLEDNING

Hälsa är ett av de mest eftersträvansvärda målen för människor och är ytterst en subjektiv värdering där varje individ har sin egen syn. Det är vetenskapligt belagt att en god egenupplevd hälsa bidrar till ökad motståndskraft mot insjuknande och till ett snabbare återhämtande från sjukdom. Den nationella folkhälsopolitiken har slagit fast målet, en jämlik hälsa för alla, det vill säga, att alla människor skall ha jämlika förutsättningar att uppnå bästa tänkbara hälsa.<sup>1</sup> Detta mål är också en del av Landstinget Sörmlands vision och förutom ett ansvar för att sörmlänningarna ska ha tillgång till en god hälso- och sjukvård uttrycks även en ambition att främja sörmlänningarnas hälsa, förebygga ohälsa och minska hälsoklyftorna.<sup>2</sup> Landstinget ska också enligt ”Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland” arbeta utifrån en helhetssyn på människors hälsa och utveckla ett förhållningssätt som stärker individens egna resurser och hälsorelaterad livskvalitet. För landstingets patientnära verksamheter innebär detta ett förstärkt hälsoperspektiv i alla led i vården och arbete utifrån metoder som hjälper individer att hitta en hälsofrämjande livsstil för att stärka den egenupplevda hälsan.<sup>3</sup>

I arbetet med att nå en god och jämlik hälsa i Sörmland behövs insatser på alla samhällsnivåer. De sociala, miljömässiga och ekonomiska faktorerna dvs. människors livsvillkor som påverkar hälsan ligger ofta utanför de patientnära verksamheternas påverkansmöjlighet. Däremot är människors psykiska hälsa och levnadsvanor högst påverkbara. Dessa faktorer har stor betydelse för hur individen kan hantera påfrestningar av olika slag så som sjukdomar och skador. Psykisk hälsa och goda levnadsvanor, där föräldrar är målgruppen, kan främjas redan i tidiga år på familjecentraler, mödravårdcentraler och barnavårdcentraler. Hälsofrämjande arbete kan även ske exempelvis i skolan, arbetslivet och boendemiljön, där människor verkar och bor, genom att skapa förutsättningar för individer att välja ett hälsosamt liv.<sup>4</sup> Patientnära verksamheter kan bidra till detta arbete genom sin kontaktyta gentemot medborgarna och unika möjlighet, i mötet med den enskilda patienten, att främja psykisk hälsa och goda levnadsvanor och stötta människor till en mer hälsofrämjande livsstil.

## 1. BAKGRUND

I Landstinget Sörmlands policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet definieras övergripande mål för insatser riktade mot befolkning, individer och personal samt ansvarsområden för landstingets olika verksamheter. Policyn anger viljeriktning för att nå det nationella folkhälsomålet, målområde 6, ”en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”.

*I policyn står ”för att Landstinget Sörmland ska nå målen gällande befolkning, individ och personal ska metoder valda utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet användas. Om metoder och insatser väljs på detta sätt ökar sannolikheten att bli ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande landsting”<sup>5</sup>*

---

1 SOU 2000:91. Hälsa på lika villkor –nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande av nationella folkhälsokommittén.

2 Vision för Landstinget Sörmland. 2001.

3 Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland (2006) sid. 10.

4 SOU 2000:91 Hälsa på lika villkor- Nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande från Nationella folkhälsokommittén sid 66

5 Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland (2006) sid. 4.

Enligt lagen om yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården 2 kap 1§ ska allt arbete ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt Socialstyrelsen ska även förebyggande arbete i så stor utsträckning som möjligt ske utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att om det finns evidensbaserade metoder ska dessa användas. Sjukvårdens informationsplikt gäller även förebyggande arbete. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patientens delaktighet och självbestämmande måste alltid respekteras.<sup>6</sup>

Inom det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland saknas idag ett strukturerat och enhetligt arbetssätt och metoder som är baserade på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. För ett fungerande förebyggande och främjande arbete inom landstingets patientnära verksamheter behövs rutiner, metoder, samverkan och resurser.<sup>7</sup> Utifrån ett enhetligt förhållningssätt i alla led i vården, genom insatser och engagemang från alla verksamheter bidrar landstinget till en mer jämlik hälsa hos Sörmlands befolkning.

## 2. SYFTE OCH MÅL

### 2.1 Syfte

Syftet med denna rapport är att presentera metoder och struktur för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmlands patientnära verksamheter Hälso- och sjukvården, Handikapp & Habilitering, Folk tandvården och på Karsuddens sjukhus.

### 2.2 Övergripande mål

Det övergripande målet för uppdraget är att landstinget ska arbeta utifrån en helhetssyn på människors hälsa och utveckla ett förhållningssätt som stärker individens egna resurser och hälsorelaterad livskvalitet.

### 2.3 Delmål

- Redogöra för metoder som; har dokumenterad effekt, ger en reell hälsovinst i vården för individer och grupper, är ekonomiskt lönsamma och möjliga att implementera i landstingets patientnära verksamheter
- Redogöra för framgångsfaktorer och hinder för implementering av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet

---

<sup>6</sup> Sahlin J. (2000) Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, Stockholm; Norstedts juridik s.92.

<sup>7</sup> På väg mot en mer hälsofrämjande hälso och sjukvård-sammanfattning av utredningsförslag, proposition och riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Statens folkhälsoinstitut R:2004:33.

### 3. DEFINITIONER

I rapporten kommer följande definitioner att användas:

**Beprövad erfarenhet;** avser erfarenhetsbaserad kunskap. För att få kallas beprövad krävs att metoden är en avgränsbar insats som är både väldokumenterad och möjlig att implementera någon annanstans eller någon annan gång.

**Evidensbaserad medicin;** avser arbete där bästa tillgängliga och relevanta stöd i forskning kombineras med professionell praktisk erfarenhet och individens/ patientens/ klientens värderingar.<sup>8</sup>

**Hälsa** är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp.

#### **Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder**

Tabellen nedan tydliggör skillnaden mellan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

<b>Hälsofrämjande</b>	<b>Sjukdomsförebyggande</b>
Att stärka kroppens motståndskraft mot angrepp på hälsan.	Att förhindra att sjukdom och olyckor uppkommer genom att orsakerna undanröjs.
Förbättra hälsan, där hälsan ses som individens subjektiva upplevelse och något annat än sjukdom.	Förhindra sjukdom, där sjukdom är ett professionellt identifierat tillstånd som kan ges en diagnos.

**Hälsofrämjande hälso- och sjukvård** ska utveckla ett förhållningssätt som stärker individens egna resurser och därmed hälsan. Det innebär att inte enbart definiera hälsa i biologiska och medicinska termer, det är lika viktigt att patientens egenupplevda hälsa och välbefinnande uppmärksammas. Detta innebär en breddning av synen på vilka kunskaper och arbetssätt som är mest effektiva för att främja hälsa och förebygga sjukdom.

**Hälsofrämjande arbete** är insatser inom alla områden i samhället där avsaknaden av insatser skulle kunna leda till ohälsa. Fokus ligger på friskfaktorer och skyddsfaktorer för hälsa. Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra eller bibehålla den.

**Livsstilsfaktorer** i denna rapport avser levnadsvanorna; fysisk aktivitet, kost, tobak, alkohol och droger<sup>9</sup> men även psykisk ohälsa så som oro, ångest, depression och somatiska symtom.

**Metaanalys** är en metod att göra en samlad bedömning av ett antal jämförande undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Genom omfattande litteratursökning anskaffas mesta tillgängliga publicerat material inom det valda området. Ibland samlas också publicerade data. Inklusions- och exklusionskriterier ställs upp som hela materialet granskas utefter. Metaanalysen redovisar samtliga resultat i form av ett jämförande resultatmått (t ex oddskvot) med

---

<sup>8</sup> Sackett D J et al. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. BMJ 1996;3 13:1410

<sup>9</sup> Janlert U. (2000) Folkhälsovetenskapligt lexikon. Natur och Kultur. Stockholm



tillhörande konfidensintervall. På detta sätt fås en överblick över tillgängliga resultat och deras samstämmighet (homogenitet). Detta synliggör också vilken metod som ger bäst effekt (eller vilken åtgärd som är bättre än ingen åtgärd alls).

**Sjukdomsförebyggande arbete** innebär insatser i syfte att undanröja risker för problem och orsaker till sjukdomar. Det handlar om riktade insatser mot individer eller grupper av personer med ökad risk att drabbas av vissa bestämda sjukdomar och syftar till att förebygga dessa sjukdomar.

**Systematiska översikter** är artiklar som efter en viss mall refererar och kommenterar tillgängligt resultat som belyser ett visst medicinskt problem. Skillnaden jämfört med en metaanalys är att den systematiska översikten inte gör en statistisk sammanslagning av alla de refererade resultaten.

**Vetenskap – Evidens** avser forskningsresultat som utvärderats och sammanställts oftast i så kallade systematiska översikter eller metaanalyser. I dessa vägs undersökningar för och emot varandra, de poängsätts och rangordnas på grund av deras metodik- och analysmetoder. Forskargruppens allmänna kompetens ingår också i dessa bedömningar.

## 4. AVGRÄNSNINGAR OCH PERSPEKTIV

### 4.1 Avgränsningar

Evidensbaserad medicin grundar sig på tre grundvalar vilka är; bästa tillgängliga relevanta stöd och evidens i forskning/vetenskap kombinerat med professionell praktisk erfarenhet och individens egna värderingar och delaktighet.<sup>10</sup> För att uppnå rapportens syfte har en granskning av vetenskapligt evidensbaserade metoder gjorts samt en kartläggning av erfarenhetsbaserad kunskap och arbete i andra landsting. Rapporten berör endast de två förstnämnda perspektiven. Medikamentella behandlingsmetoder har inte heller tagits med i denna rapport.

Rapporten presenterar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder och arbetssätt som kan användas i mötet med patienten eller grupper av patienter. I den vetenskapliga granskningen som gjorts har metoder som ökar den egenupplevda hälsan samt påverkar kända livsstilfaktorer varit i fokus. Vid val av metoder har också möjligheten att implementera dessa i landstingets patientnära verksamheter haft en avgörande betydelse, metoderna ska således vara lätta att införa i den ordinarie verksamheten. Metoderna har också bedömts utifrån ett ekonomiskt perspektiv, det vill säga, de ska ge reell hälsovinst och vara ekonomiskt möjliga för verksamheterna att implementera. Det vetenskapliga underlaget gäller interventioner där målgruppen är den vuxna befolkningen och föreslagna metoder är därför främst avsedda för individer från 18 år och uppåt.

Dessa avgränsningar innebär inte att andra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser exkluderas eller inte anses vara av vikt. Såväl primär- och sekundärprevention som behandling/rehabilitering bedrivs inom hälso- och sjukvårdens, handikapp & habiliterings, folktandvårdens samt Karsuddens sjukhus ansvarsområden.

---

<sup>10</sup> Sackett D J et al. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM BMJ 1996;3 13:1410

## **4.2 Barnperspektiv**

Landstinget Sörmland har i sitt arbete med barnkonventionen tagit fasta på att ett barnperspektiv ska belysas i alla verksamheter inom landstinget. Genom att påverka livsstilsfaktorer hos den vuxna befolkningen i patientmötet kommer detta även att påverka barnens hälsa på ett positivt sätt, då de vuxna fungerar som förebilder, beskyddare och företrädare för barn och ungdomar. De vuxnas levnadsvanor har avgörande betydelse för hur barnets vanor kommer att utvecklas senare i livet. Främjandet av goda levnadsvanor, där föräldrarna är målgruppen, sker redan i unga år på familjecentraler, mödravårdcentraler och barnavårdcentraler. Det finns också förebyggande metoder som används inom ungdomsmottagningar, skolhälsovård och i skolan för övrigt, för att främja hälsan hos skolbarn och ungdomar. Dessa metoder berörs inte i denna rapport.

## **4.3 Miljöperspektiv**

Vår livsstil påverkar både miljön och vår hälsa på många sätt. Exempelvis belastar framställning av livsmedel, tobak och alkohol miljön genom kemikalier, bekämpningsmedel, transporter och konstgödsel som är energikrävande och bidrar till övergödning. Vi kan förbättra våra levnadsvanor och minska påverkan på miljön på flera sätt exempelvis genom att; integrera fysisk aktivitet i vardagen och promenera eller cyklar istället för att ta bilen vid korta sträckor, välja närproducerade ekologiska produkter och inte överkonsumera livsmedel. Positiva synergieffekter av en friskare befolkning kan också vara att bruket av läkemedel minskar och i och med detta kan urlakning av läkemedel i miljön också minska.

## **5. METODAVSNITT**

I följande kapitel beskrivs hur sökandet efter evidensbaserade interventioner/metoder utifrån vetenskaplig grund och dokumenterad effekt har skett samt hur granskningen av dessa gjorts. Slutligen beskrivs tillvägagångssättet för den nationella kartläggningen av erfarenhetsbaserat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i andra landsting.

### **5.1 Granskning av vetenskapligt evidensbaserade metoder**

Syftet med den vetenskapliga granskningen var att redogöra för metoder som; har dokumenterad effekt, ger en reell hälsovinst i vården för individer och grupper, är ekonomiskt lönsamma och möjliga att implementera i landstingets patientnära verksamheter.

Systematiska översikter har varit utgångspunkten i granskningen av vetenskapligt evidensbaserade metoder. I dessa används en strikt metodik för att finna, granska och kvalitetsgradera relevanta studier vars resultat sammanfattas, kvantitativt och när så är möjligt i form av en metaanalys.<sup>11</sup> Till denna rapport har systematiska översikter och metaanalyser men även vetenskapliga artiklar sökts i databaserna:

---

<sup>11</sup> www.sbu.se 2007-04-03

- Cochrane Library - innehåller rapporter där kunskapsläget på olika medicinska områden granskas och sammanställs, kontrollerade studier av kliniska behandlingsresultat i syfte att förbättra beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården
- EBM Guidelines - innehåller kliniska riktlinjer för vården kombinerat med bästa tillgängliga evidens
- Pubmed - innehåller forskningsartiklar och sammanställningar inom medicinområdet
- Dare - innehåller sammanfattningar av systematiska sammanställningar som har höga kvalitetskriterier
- Science Direct - databas som innehåller över 5 miljoner tidskriftsartiklar ur 1 800 tidskrifter och sammanlagt över 59 miljoner referenser, täcker medicin, naturvetenskap, teknik, ekonomi och samhällsvetenskap
- Google scholar - sökmotor som samlar allt som publicerats på Internet, innehåller också vetenskapliga artiklar

Referenslistor i studier har även fungerat som källa i identifierandet av ytterligare studier. Sökningar har även gjorts på Statens Folkhälsoinstituts hemsida. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering, som gör opartiska bedömningar av nytta, risker och kostnader, med utgångspunkt från vilken metod som är mest effektiv och bäst för patienten. Rapporter från SBU har utgjort underlag vid genomgång av livsstilsfaktorerna fysisk aktivitet, kost, tobak och alkohol.

### 5.1.1 Granskning av vetenskapliga artiklar

SBU tillämpar och särskiljer tre grader av säkerhet i ett påstående (evidensstyrka 1-3). Vid granskning av artiklar och systematiska översikter har SBU:s kriterier fungerat som grund, dels vid bedömning av det vetenskapliga underlagets bevisvärde och dels för slutsatsernas evidensstyrka.

<b>Vetenskapliga underlagets bevisvärde</b>
<b>Högt bevisvärde</b> Tillräckligt stor studie, lämplig studietyp, väl genomförd och analyserad. Kan vara en stor randomiserad studie (RCT).
<b>Medelhögt bevisvärde</b> Kan vara stora studier med kontroller från andra geografiska områden, matchade grupper eller liknande.
<b>Lågt bevisvärde</b> Skall inte ligga som enda grund för slutsatser, studier med stora bortfall eller andra osäkerheter.
<b>Slutsatsernas evidensstyrka</b>
<b>Evidensstyrka 1</b> - Starkt vetenskapligt underlag. Minst två oberoende studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt (metastudie) av flera välgjorda studier.
<b>Evidensstyrka 2</b> - Måttligt starkt vetenskapligt underlag. En studie med högt bevisvärde plus minst två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget.
<b>Evidensstyrka 3</b> - Begränsat vetenskapligt underlag. Minst två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget

I denna rapport finns också studier inkluderade med evidensstyrka 4. Dessa studier ska ha haft en kontrollgrupp, uppföljningstid på minst 3 månader, bortfallet i studierna ska inte vara påtagligt och kontroll för viktiga konfounders ska ha skett.

## **5.2 Nationell kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i andra landsting**

Syftet med kartläggningen var att ta del av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i andra landsting och redogöra för framgångsfaktorer och hinder för implementeringen av arbetet.

### **5.2.1 Tillvägagångssättet vid den nationella kartläggningen**

Ett frågeformulär som omfattar frågor om styrande dokument, utbildning, ersättningsmodeller, uppföljning, framgångsfaktorer och hinder för implementering samt verksamma metoder och arbete för framgångsrikt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har använts i kartlägningsarbetet. Intervjuer har genomförts med processledare vid åtta av de sjukhus/landsting som är medlemmar i nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus” (nätverket beskrivs närmare på sid 47) samt med andra funktioner så som folkhälsochef, folkhälsoplanerare i sex landsting utanför nätverket, som haft ett övergripande ansvar eller en drivande roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom sitt landsting. Totalt har fjorton landsting intervjuats.

För att få ytterligare information om det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i andra landsting gjordes en undersökning av Folktandvården i fem landsting och de sex rättspsykiatriska klinikerna i landet utifrån några utvalda frågor i det frågebatteri som användes vid telefonintervjuerna till hälso- och sjukvården.

Kartläggningen har gjorts via en telefonintervju med ett eller flera sjukhus/verksamhetsområden inom respektive landsting, i ett öppet och utforskande förhållningssätt, där varje samtal och kontakt har lett till ny kunskap och ibland nya kontakter. De intervjuade personerna valdes ut då de bedömdes ha störst insikt och överblick i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Detta kan också ha inneburit en viss begränsning i svaren då processledarna i nätverket till största delen arbetar inom slutenvården och svaren kan därför i större utsträckning avspegla denna verksamhet. Kartläggningen gör därför inte anspråk på att ge en heltäckande bild av den pågående verksamheten inom de olika landstingen utan endast beskriva arbetet vid de intervjuade sjukhusen/verksamheterna.

## 6. RESULTAT - VETENSKAPLIG GRANSKNING

Följande kapitel omfattar det vetenskapliga underlaget där varje livsstilsfaktor presenteras. Först presenteras hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande interventioner/metoder som utifrån vetenskaplig grund har dokumenterad effekt på livsstilsfaktorerna. Sedan följer ekonomiska aspekter och till sist en konklusion. I fördjupningsdelen i rapporten finns mer information om varje levnadsvana och dess påverkan på hälsan.

### 6.1 Fysisk aktivitet

Studier visar på att fysisk aktivitet ökar både psykiskt och fysiskt välbefinnande och minskar risken att utveckla olika sjukdomstillstånd. Det finns starka samband mellan fysisk aktivitet och hälsa. Med fysisk aktivitet menas i denna sammanställning aktivitet som ger en ökad energiomsättning, muskelaktivitet så som promenader, friluftsliv, motion, träning men även den vardagliga aktiviteten som hushållsarbete, trädgårdsarbete eller belastning i arbetet. Med träning menas fysisk aktivitet med klar målsättning att öka prestationsförmågan.

#### 6.1.1 Metoder av evidens

Det finns effektiva metoder för att öka den fysiska aktiviteten så som samtal, ordination/råd, att sätta mål tillsammans med individen men även genom att tillämpa beteendeförändringsteori. Dessa metoder har använts som enskilda åtgärder i intervention eller i kombination med varandra. Individens tilltro till sin egen förmåga har visat sig vara en främjande faktor för att uppnå en ökad och en mer bestående aktivitetsnivå. Individens motivation är också avgörande för att en beteendeförändring sker hos individen.<sup>12 13</sup> Metoden ”Motiverande samtal” får patienter att bli mer fysisk aktiva (Evidens 1).<sup>14 15</sup> Följande sammanställning utgår från SBU-rapporten (2006) ”Metoder för att främja fysisk aktivitet - en systematisk litteraturöversikt”, om inget annat anges. En stor del av studierna för att öka fysisk aktivitet är gjorda inom diabetes och hjärt- och kärlområdet.<sup>16</sup>

#### **Rådgivning:**

Rådgivning om fysisk aktivitet leder till ökad fysisk aktivitet i storleksordningen 12-50 procent under minst sex månader efter rådgivningstillfället (Evidens 1). Flera rådgivningstillfällen ger större ökning av aktivitet än rådgivning vid ett tillfälle.

Rådgivning kompletterad med ordination på recept, dagbok, informationsbroschyr leder till ytterligare 15-50 procent ökning av den fysiska aktivitetsnivån (Evidens 3). Metoden ”Motiverade samtal” får patienter att bli mer fysisk aktiva. Underlag saknas för att bedöma om rådgivningen kan bli effektivare genom samverkan med andra aktörer jämfört med om rådgivningen sker enbart inom hälso- och sjukvården.

---

12 SBU Rapport (2006) Metoder för att främja fysisk aktivitet - en systematisk litteraturöversikt.

13 Estabrooks P A, Glasgow R E, Dziewaltowski D A.(2003) Physical activity promotion through primary care American Medical association. Jama, June 11, 2003 vol 289 no. 22.

14 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005; 55:305-12.

15 Burke B, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled trials. J Consult Clin Psychol. 2003; 71:843-61.

16 Hillson M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005. Issue 1. Art. No. CD003180. DOI

### **Beteendeinterventioner:**

Individens tilltro till sin egen förmåga att kunna utföra fysisk aktivitet visar på det starkaste sambandet för att i framtiden vara mer fysisk aktiv (Evidens 1).

Interventioner som bygger på teoribaserade beteendeförändringsmodeller är lika effektiva som strukturerade träningsprogram när det gäller att öka den fysiska aktiviteten hos fysiskt inaktiva personer. Teoribaserade beteendeinterventioner med stöd av ”Social kognitive theory” eller ”Stages of Change” ökar den fysiska aktiviteten 10-15 procent mer än vanligt vårdande omhändertagande, i synnerhet när interventionsinsatsen har varit relativt omfattande som i livsstilsstudier inom hjärta/kärl- och diabetesområdena. Interventioner som inkluderar hela livsstilen inriktade på såväl fysisk aktivitet som kost och stresshantering förstärker ytterligare den fysiska aktivitetsökningen (Evidens 3).

### **Grupp och individanpassade träningsprogram:**

Handledd träning under minst sex månader vid kranskärlssjukdom, benartärsjukdom leder till ökad fysisk aktivitet (Evidens 3).

## **6.1.2 Ekonomiska aspekter**

I Sverige beräknas kostnaderna för fysisk inaktivitet utgöra, grovt uppskattat, 0,4 procent eller drygt 900 miljoner kr av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden som 2005 uppgick till 222 527 miljoner kr. Motsvarande siffra med hänsyn till antalet individer i åldersgruppen 18-84 år för Sörmlands del skulle vara 25 miljoner kr. Tre procent av Sveriges produktionsbortfall p.g.a. sjukdom beräknas bero på fysisk inaktivitet. Produktionsbortfallet beräknades med hänsyn till förtidig död och pension, men inte till sjukfrånvaro.<sup>17</sup>

Det finns kostnadseffektiva interventioner gjorda bland högriskgrupper, det vill säga de som uppvisar dålig hälsa på grund av fysisk inaktivitet. De hälsoekonomiska vinsterna är stora för patienter med förhöjt blodtryck, äldre (särskilt de med hög risk för fallolyckor<sup>18</sup>), patienter med behov av rehabilitering efter hjärtinfarkt samt patienter med olika smärttillstånd.

För den sistnämnda patientgruppen behövs fler utvärderingar innan det går att dra några säkra slutsatser.

Rätt motionsform är viktigt för att behandlingen ska ge avsedd effekt och vara kostnadseffektiv.<sup>19</sup> Största hälsoekonomiska vinsterna görs om de fysiskt inaktiva blir mer fysiskt aktiva. Inga hälsoekonomiska studier har hittats som studerar ekonomiska vinster av förbättrad livskvalitet, minskad sjuklighet eller dödlighet hos fysiskt aktiva individer.<sup>20</sup>

---

17 Bolin K, Lindgren B. (2006) Fysisk inaktivitet -produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. FRISAM; Stockholm.

18 Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine* 2000;34(1), 7-17 DARE-12000000447 1

19 Hagberg LA, Lindblom L. Örebro County Council, department of public health, Örebro. Sweden

20 Hagberg L. Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care. Umeå University Medical Dissertations. New Series No 1085 ISSN 0346-6612 ISBN 978-91-7264-259-1

### 6.1.3 Konklusion

Interventioner som har för avsikt att öka den fysiska aktiviteten hos individer och grupper visar på god effekt upp till sex månader. När det däremot gäller att uppnå en bestående nivå av fysisk aktivitet är resultaten mer osäkra.

En kombination av flera metoder så som information, samtal, ordination/råd och att sätta mål för den önskade förändringen tillsammans med individen har bäst effekt. Tilltron till den egna förmågan är en främjande faktor för att uppnå ökad fysisk aktivitetsnivå samt helt avgörande för att åstadkomma en beteendeförändring hos individen.<sup>21</sup> Önskade resultat kan därför nås genom att tillämpa ”Motiverande samtal” och beteendeförändringsteori ”Social kognitive theory” eller ”Stages of Change”. Ordination av fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården är ekonomiskt lönsamt.

## 6.2 Kost

Kosten har en stor betydelse för vårt välbefinnande och för hälsan både på kort och lång sikt både genom att bevara redan god hälsa och genom att förebygga sjukdomar. Maten är också en del av vår kultur, den bidrar till gemenskap och är en stor källa till njutning. Alla människor, oavsett ålder, mår bra av goda kostvanor. Kroppen har behov av energi och näringsämnen i rätt mängd för att fungera bra. Fel energiintag och för lite fysisk aktivitet leder till ohälsa och obalans i kroppen som ofta leder till övervikt, medan för dåligt energiintag leder till undervikt.

Fetma är ett tillstånd som utvecklas efter en längre tids obalans mellan intag och förbrukning av energi. Idag ökar antalet överviktiga personer vilket delvis beror på samhällsförändringen. Tv:s och datorns intåg i våra liv, bilismen samt automatiseringen i arbetslivet har lett till minskad energiförbrukning. Tillgång till mat dygnet runt, ökad stress, för högt alkoholintag och psykisk ohälsa är också bidragande orsaker till övervikt och fetma. Fetma och fetmarelaterade sjukdomar är bland de socialt mest ojämnt fördelade ohälsotillstånden i Sverige. De sociala och ekonomiska villkoren påverkar i stor utsträckning risken att utveckla övervikt och fetma. Trenden är att de sociala skillnaderna ökar, därför förväntas också fetman öka.<sup>22</sup> Fetma är också delvis ärftligt, via de gener och de mat- och motionsvanor som vi får med oss hemifrån.

Ätstörningar är ett tillstånd som drabbar främst flickor och unga kvinnor men även pojkar och unga män. Ätstörningar förekommer även hos äldre kvinnor och män. ”Anorexia nervosa” är en ovanlig sjukdom med en punktprevalens (andel som har denna diagnos vid en viss tidpunkt) på cirka 0,2-0,4 procent av unga svenska kvinnor i åldern 12-25 år. Anorexi är vanligast bland flickor och unga kvinnor, tio gånger vanligare än bland pojkar. Insjuknandefrekvensen i anorexi hos unga kvinnor tycks ligga inom intervallet 8-40 nya fall/100 000 kvinnor/år och troligen har ingen ökning skett under de senaste 25 åren. För ”bulimi nervosa” är punktprevalensen cirka 1 procent och för hetsättningsstörning cirka 2-3 procent. Ospecifika ätstörningar är troligen tre till fyra gånger vanligare än de specifika syndromen. Orsakerna till ätstörningar utgörs av en komplex samverkan mellan biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer.<sup>23</sup>

---

21 SBU Rapport (2006) Metoder för att främja fysiska aktivitet - en systematisk litteraturoversikt.

22 Fetma – problem och åtgärder, SBU rapport 160

23 Swanberg I..(2004) Prevention av ätstörningar.-Kunskapsläget idag. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm, Rapport 2004:40. Sid 7

Undernäring bland äldre är ofta ett förbisett tillstånd och är vanligt förekommande bland framförallt de som är sjuka. Orsaker kan vara försämrade tugg- och sväljförmåga, syn- samt rörelsehandikapp som gör ätandet svårt och resulterar i ett minskat energiintag. Läkemedelsbehandling kan också inverka negativt på energiintaget. Bland hemmaboende uppskattas prevalensen av undervikt till 3-7 procent och för äldre inom sjukhus och institution till 15-60 procent. Låg vikt är oftast ett tecken på ohälsa medan bibehållen vikt eller till och med måttlig övervikt snarare ses som ett hälsotecken i högre åldrar.<sup>24</sup>

### 6.2.1 Metoder av evidens

Studier visar på att övervikt och undervikt bör kunna undvikas genom energibalans, det vill säga att energitillförseln anpassas till energiförbrukningen. För att behandling av fetma ska kunna bli framgångsrik måste den vara långvarig och personens vilja och engagemang måste vara stark (Evidens 1). ”Motiverande samtal” tillsammans med kostrådgivning visar på positiva resultat för att ändra kostvanor.

Det krävs mer forskningsansatser för att bekräfta och vidareutveckla metoder som främjar goda kostvanor och förebygger dåliga kostvanor samt ätstörningar. Det finns också behov av mer hälsoekonomiska beräkningar. Följande sammanställning utgår från ”Fetma – problem och åtgärder, SBU rapport 160” om inget annat anges.

#### **Rådgivning:**

Rådgivning kan förbättra kostvanor. Måttlig till hög intensiv rådgivning för bättre kostvanor kan reducera konsumtion av mättat fett samt öka intaget av frukt och grönsaker. Rådgivning kan genomföras hos primärvården eller nutritionsexpert/dietist.<sup>25</sup> ”Motiverande samtal” har visat på lovande resultat i välgjorda kliniska studier för att främja goda kostvanor.<sup>26</sup> Metoden visar på effekter så som; minskat intag av salt och mättat fett, ökad frukt- och grönsakskonsumtion, viktminskning,<sup>27</sup> minskat BMI-värde, minskat blodkolesterol-värde, lägre systoliskt blodtryck och bättre kostvanor<sup>28</sup> (Evidens 2).

#### **Interventioner för övervikt och fetma:**

För att behandling av fetma ska kunna bli framgångsrik måste den vara långvarig och personens vilja och engagemang måste vara stark (Evidens 1).

Långtidsstudier som följer viktutvecklingen efter intervention, i upp till fem år, visar på en återgång till ursprungsvikten i de flesta fall (Evidens 2).

Positiva effekter har uppnåtts genom kostrådgivning om fiberrik samt energi- och fettfattig kost i samband med ökad fysisk aktivitet. Rökstopp och minskad alkoholkonsumtion har också ingått i flera av dessa studier. Ökad fysisk aktivitet som enda åtgärd vid fetma är mindre effektivt än vedertagen kostbehandling (Evidens 3).

---

24 Levnadsvanor (1999) Rapport från arbetsgruppen till nationella folkhälsokommittén

25 Michael P et al. (2003) Counselling to promote a Healthy Diet in Adults: A summary of evidence for the US Preventive Service Task Force. Am. J. Prev. Med. 2003;24 (1)

26 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55:305-12.

27 Resnicow K, Davis R, Rollnick S, Motivational interviewing for paediatric obesity: conceptual issues and evidence review. Journal of the American dietetic association

28 Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing: A Meta- analysis of controlled clinical trials. Journal of consulting and clin. Psychology. 2003, vol 71, No. 5, 843-861.



### **Grupp och individinterventioner vid övervikt och fetma:**

Kostrådgivning som ges individuellt eller i grupp av dietist eller annan kostkunnig person har effekt (Evidens 2).

### **Beteendeinterventioner:**

Användande av den teoretiska modellen ”Stages of Change” kan vara en värdefull metod för att uppmuntra minskat fettintag<sup>29</sup> (Evidens 3).

### **Beteendeinterventioner vid ätstörningsproblem:**

Motiverande samtal har effekt på bulimiskt beteende.<sup>30</sup> Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara en effektiv metod för att minska bulimiskt beteende<sup>31 32</sup> och även för att behandla andra ätstörningar. För vuxna kan KBT minska risken för återfall i anorexi. Familjeterapi kan ge effekt vid behandling av anorexi hos ungdomar, 18-19 år (Evidens 3).<sup>33 34</sup>

## **6.2.2 Ekonomiska aspekter**

Samhällets kostnader för fetma och dess följsjukdomar samt ätstörningssjukdomar är höga. De direkta kostnaderna för fetma och fetmarelaterade sjukdomar är i dag cirka två procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården, det vill säga cirka 3 miljarder kronor i Sverige. De indirekta kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspensionering orsakad av fetma är inte kända men är sannolikt betydligt högre.<sup>35</sup> Kostnaden för behandling av fetma är relativt låg för den vikttnedgång som erhålls genom kostrådgivning, beteendeterapi, ”Very Low Calorie Diet” (VLCD), kostersättningspreparat med lågt energiinnehåll och kirurgisk behandling men långt högre vid läkemedelsbehandling.<sup>36</sup> Studier saknas där kostnadseffektiviteten beräknas utifrån observerad minskning av sjuklighet, dödlighet eller förbättrad livskvalitet vid bra kostvanor.

## **6.2.3 Konklusion**

Det vetenskapliga underlaget som finns idag visar på att det går att främja goda kostvanor i patientkontakt. En kombination av kostrådgivning och främjande av fysisk aktivitet visar bäst resultat. Rådgivning har effekt och kan genomföras inom primärvården eller hos dietist. För att motivera och förbättra kostvanor har samtalsmetoden ”Motiverande samtal” visat positiva resultat.<sup>37</sup> Metoden visar på effekter så som minskat intag av salt och mättat fett, ökad frukt- och grönsakskonsumtion, viktnedgång, minskat BMI-värde samt minskning av blodkolesterol-värde och lägre blodtryck.<sup>38</sup>

---

29 Steptoe A et al (2001) The Impact of Behavioural Counseling on Stages of Change in Fat Intake, Physical Activity and Cigarette Smoking In Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 2001;91:265-269.

30 Ruback A, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005;55:305-12.

31 Lewandowski L M, Gebing T A, Anthony J L, Obrien W H. Meta analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. Clin Psychol. Reviews 1997;17:703-718  
DARE11998003171 1

32 Hay PJ, Bacalchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD000562. DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub2.

33 Garner DM, Blanch MT, G. Simons (Ed) (2002) Cognitive behavioral treatment for eating disorders. Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician. London: Psychology press.

34 Berkman ND et al.(2006) Management of eating disorders. Rockville MD; Agency for healthcare Research and Quality. Systematic Review.

35 Livsmedelsverket och Statens Folkhälsoinstitut. (2005)Underlag till handlingsplan för goda matvanor och fysisk aktivitet.(Stockholm)

36 SBU 2002 nr 160. Fetma- problem och åtgärder- en systematisk litteraturoversikt. Göteborg, 2002.

37 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55:305-12.

38 Resnicow K, Davis R, Rollnick S, Motivational interviewing for paediatric obesity: conceptual issues and evidence review. Journal of the American dietetic association

Studierna om fetma visar på att det är svårt att åstadkomma livsstilsförändringar hos fetmapatienter i form av ändrade matvanor utan mer omfattande insatser.<sup>39</sup> För att behandling av fetma ska kunna bli framgångsrik måste den vara långvarig och personens vilja till förändring vara stark.

”Motiverande samtal” är en effektiv metod för att minska bulimiskt beteende. Inga studier har påträffats där det motiverande samtalet har använts för att minska andra ätstörningar. Den forskning som finns inom området visar på att kombinationen av samtalsterapi och kostrådgivning är den insats som är vanligast förekommande för att behandla ätstörningar. Ingen specifik terapiform framhålls. Den terapiform som förekommer mer än någon annan i forskningen är KBT (kognitiv beteendeterapi) och den visar på effekt. ”Motiverande samtal” bygger på kognitiv beteendeterapi, därav dras slutsatsen att kostrådgivning som ges i ett motiverande samtal bör kunna ge effekt vid behandling av över- och undervikt. Det krävs mer forskningsansatser för att bekräfta och vidareutveckla metoder som främjar goda kostvanor, förebygger dåliga kostvanor samt ätstörningar. Det finns också behov av mer hälsoekonomiska beräkningar. Att främja goda kostvanor och förebygga fetma i patientmötet; är lönsamt, en investering för samhället och bidrar till att jämna ut skillnader i hälsa.

## 6.3 Tobak

Sörmland är ett av de län i landet som har flest antal dagligrökare.<sup>40</sup> I Sverige beräknas ca 6 400 personer per år dö i förtid av sjukdomar som orsakats av egen rökning och ytterligare 500 av passiv rökning.<sup>41</sup> Varannan rökare dör i förtid av sin rökning och förlorar i genomsnitt sju-åtta år av sin förväntade livstid. En rökare har i genomsnitt åtta dagars längre sjukskrivningstid per år än en person som aldrig rökt.<sup>42</sup>

Idag är vetenskapen övertygand om att alla som röker skadas av sin rökning. Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens, men en sådan jämförelse blir skev då få andra produkter är så hälsovådliga som röktobak. Snus innehåller 2000 ämnen av vilka en del är cancerframkallande, det finns således många skäl att vara försiktig i inställningen till snusning. Hälsovinster är stora om de som brukar tobak upphör med bruket.

### 6.3.1 Metoder av evidens

En tydlig, personligt anpassad uppmaning att sluta röka, följt av kort rådgivning och erbjudande om hjälp, individuellt eller i grupp, samt uppföljning vid återbesök är en effektiv insats (Evidens 1). Den korta rådgivningen/samtalet bör inriktas mot att stärka motivationen.<sup>43</sup> Följande sammanställning över metoder för tobaksavvänjning är hämtad ur SBU rapporten ”Metoder för rökavvänjning rapport 138” om inget annat anges. Metoderna avses också gälla för snusavvänjning.

#### Rådgivning:

Längre rådgivningssamtal och fler rådgivningstillfällen, kan ge ytterligare fler rökfria individer.<sup>44</sup> Uppföljning genom ett strukturerat telefonsamtal som en del i ett ”sluta röka-program” eller som en

---

39 Förebyggande åtgärder mot fetma, SBU rapport 173

40 Folkhälsorapport 2005, SoS. Stockholm. ISBN 91-7201-940-9

41 Statens folkhälsoinstitut (2005) Folkhälsopolitisk rapport. R 2005:5 (Stockholm)

42 Propositionen 2002/03:35 Mål för folkhälsan Nationella mål för folkhälsan Målområde 11 Minskat bruk av tobak. Statens folkhälsoinstitut

43 Nancy A. Rigotti MD. (2002) Treatment of Tobacco use and dependence. N Engl. J Med, Vol. 346, No 7.

44 Metoder för rökavvänjning SBU rapport 138

enskild åtgärd är också en effektiv metod för att hjälpa människor att sluta röka. Flera sessioner verkar vara mest effektivt<sup>45</sup> (Evidens 2). Självhjälpsmaterial och information kan bidra till en liten ökning av antalet rökfria individer<sup>46</sup> (Evidens 3).

### **Beteendebaserade interventioner:**

Beteendefokuserad individuell rådgivning, 10 minuter, kan få individer att sluta röka.<sup>47</sup> Interventioner där den teoretiska modellen ”Stages of Change” har används minskar rökningen.<sup>48</sup> Det finns ett visst stöd att KBT kan minska risken för återfall<sup>49 50</sup> (Evidens 3).

### **Grupp och individbaserade program:**

Vid mer intensiva insatser så som längre och till antalet fler rådgivningstillfällen är resultaten likvärdiga mellan individuell rökavvänjning och i grupp. Det finns inte någon skillnad mellan olika former av gruppbehandling. Gruppbehandlingen kan vara undervisande eller bygga på tillvaratagande av gruppdynamiska processer som kan fungera som en sporre för deltagande individer<sup>51 52</sup> (Evidens 2).

### **Andra metoder:**

Nikotintillförsel under abstinensens första tid ökar sannolikheten för att rökaren klarar sig utan återfall under de första månaderna då risken för återfall är som störst. Tillförsel av nikotin kan ske i form av tuggummi, plåster, nässpray eller inhalator. Det finns ingen evidens för att någon nikotintillförselsmetod är bättre än någon annan.<sup>53 54</sup> Preoperativt rökstopp har effekt och kan ha betydelse för att minska komplikationsrisker efter operation (Evidens 3). Än så länge har för lite studier gjorts inom området för att bekräfta metodens effekt fullt ut. Långtidseffekterna av rökandet efter preoperativt rökstopp är inte heller studerade.<sup>55</sup> Preoperativt rökstopp, sex veckor innan operation, kan minska sårrelaterade komplikationer. Rökavvänjningen bestod av rådgivning och nikotinersättningsterapi första månaden. Den genomsnittliga vårdtiden reducerades med två dagar<sup>56</sup> (Evidens 4). Hypnos och andra psykologiska metoder för rökavvänjning är resurskrävande och deras effekter är svagt dokumenterade. Akupunktur har inte visat sig vara en verksam metod för rökavvänjning (Evidens 4).

---

45 Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.

46 Hopkins DP. et al. (2001) Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of guidelines. Am J Prev Med 2001;20(2s) 67-87.

47 Lancaster T., Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

48 Steptoe A et al. (2001) The impact of behavioural counselling on Stages of Change in Fat Intake, Physical Activity and Cigarette smoking in Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 2001;91:265-269.

49 SBU. Metoder för rökavvänjning. SBU rapport 138. 2007-02-12

50 Hopkins DP et al. (2001) Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of guidelines. Am J Prev Med 2001;20(2s) 67-87.

51 SBU. Metoder för rökavvänjning. SBU rapport 138. 2007-02-12

52 Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001007

53 Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3.

54 Ling Tang J, Law N, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? BMJ 1994;308:21-26

55 Möller A, Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub2.

56 Möller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnessen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: A randomised clinical trial. Lancet 2002;jan 12; 359(9301):114-7.

### 6.3.2 Ekonomiska aspekter

Rökningen kostar minst 26 miljarder kronor om året i Sverige i sjukvårdskostnader och produktionsbortfall. I Södermanlands län är denna siffra 755 miljoner kronor per år. Kostnaden per räddat år av liv är 5 000 – 15 000 kronor med rådgivningsmetoden och 30 000 – 80 000 kronor med hjälp av nikotinersättningsmedel. Dessa kostnader är förhållandevis låga jämfört med många andra åtgärder inom sjukvården. Kostnaden per räddat år av liv vid behandling av förhöjt blodtryck hos medelålders människor är 150 000 – 200 000 kronor. Särskilt kostnadseffektivt förefaller det vara att bedriva rökavvänjning vid graviditet.<sup>57</sup>

### 6.3.3 Konklusion

Att bli tillfrågad om sina rökvanor, följt av en personligt anpassad kort rådgivning i det ordinarie patientmötet samt uppföljning vid återbesök är bevisligen den mest effektiva och kostnadsbesparande metoden. Mer insatser från sjukvårdspersonalen i form av längre professionell rådgivning eller fler besök av individen eller stöd via telefon kan ge ytterligare ökning av antalet personer som slutar röka. Beteendefokuserad individuell rådgivning kan få individer att sluta röka.<sup>58</sup> Nikotintillförsel för motiverade individer under första månaderna vid ett tobaksstopp och snusstopp förebygger återfall. Inga studier visar på långtidseffekter vid användandet av det motiverande samtalet vid tobaksavvänjning. När ”Motiverande samtal” används i korta möten visar 64 % av studierna effekt. ”Motiverande samtal” är likvärdig med andra metoder och behandlingar för att minska rökning men uppnådde samma resultat under kortare tid och är således mer kostnadseffektivt. ”Motiverande samtal” är den metod som rekommenderas vid tobaksavvänjning. Interventioner där den teoretiska modellen ”Stages of Change” har används visar på minskad rökning.<sup>59</sup> Det finns ett visst stöd att kognitiv beteendeterapi kan minska risken för återfall.<sup>60 61</sup> Rökningen kostar minst 26 miljarder kronor om året i Sverige i sjukvårdskostnader och produktionsbortfall. Att förebygga tobaksbruk och stötta patienter till tobaksfrihet är ekonomiskt lönsamt.

## 6.4 Alkohol

För många är alkohol en del av vårt levnadssätt och vår kultur. Det är svårt att ge allmänna råd om vad som är en riskfri alkoholkonsumtion. Det är många olika faktorer som spelar in - allt från genetiska förutsättningar till livssituation. Det är endast i ett fåtal fall en mindre mängd alkohol kan vara bättre än ingen alkohol alls. Hälsoeffekter kan endast nås vid mycket låg alkoholkonsumtion, ett knapp standardglas, vilket motsvarar 15 cl vin eller 33 cl starköl eller 4 cl sprit om dagen för män, 70 år och äldre och mindre än ett halvt standardglas för kvinnor i samma ålder. Alkoholen har då skyddande effekter mot sjukdomar i hjärtats kranskärl, sjukdomar i hjärnans kärl och typ-2 diabetes (åldersdiabetes). Konsumtion över detta leder till ökad risk för ohälsa.<sup>62</sup>

---

57 Bolin K, Lindgren B (2004) Rökning- produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2004;3

58 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

59 Steptoe A et al. (2001) The impact of behavioural counselling on Stages of Change in Fat Intake, Physical Activity and Cigarette smoking in Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 2001;91:265-269.

60 SBU. Metoder för rökavvänjning. SBU rapport 138. 2007-02-12

61 Hopkins DP et al. (2001) Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of guidelines. Am J Prev Med 2001;20(2s) 67-87.

62 Corrao G. Et al. (2004) A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventing medicine, 2004. 38(5):p.613-619.

Unga människor har ingen nytta av alkohol, men efter medelåldern visar forskning tilltagande nytta, mer för män än för kvinnor. Allt berusningsdrickande/riskfylld alkoholkonsumtion innebär en medicinsk risk men även en social skada. Med riskfylld alkoholkonsumtion menas mer än tre standardglas vid ett och samma tillfälle för kvinnor och mer än fyra standardglas för män. Totalt sett dominerar de negativa effekterna av alkohol starkt. De sociala och ekonomiska konsekvenserna är ofta genomgripande för den som hamnar i ett missbruk och dennes anhöriga. Det finns ett belagt samband mellan totalkonsumtion av alkohol, ökad ohälsa och sociala konsekvenser.<sup>63</sup>

### **Narkotika**

Enligt lagstiftningen är all hantering, konsumtion och handhavande av narkotika och dopningsmedel förbjuden. Befolkningsundersökningar har kunnat visa att drygt tio procent av den vuxna befolkningen har provat narkotika<sup>64</sup> men av dessa får dock endast en mindre andel problem som kommer till kännedom för myndigheter.<sup>65</sup> Den som hamnar i ett missbruk har mycket svårt att bryta missbruket. Därför är tidig upptäckt en viktig preventiv insats inom patientnära verksamheter för att undvika ett beroende. Narkotikaberoende orsakar stort lidande för både individen och dennes anhöriga. År 2001 beräknades antal tunga narkotikamissbrukare uppgå till 28 000 individer i Sverige. Under 2000-talet har omkring 400 personer avlidit årligen till följd av narkotika.<sup>66</sup>

#### **6.4.1 Metoder av evidens för att påverka riskbruk av alkohol**

Den viktigaste förebyggande åtgärden är att minska alkoholkonsumtionen. Särskilt viktigt är det att avstå från att dricka sig berusad och att inte dricka i samband med trafik, arbete eller i andra situationer där det ställs särskilt stora krav. Att ställa frågan om alkoholkonsumtion i det ordinarie patientmötet och informera om riskerna, samt att ge råd och motivera individen till att minska eller upphöra med riskfylld alkoholkonsumtion har effekt. Metoden ”Motiverande samtal” minskar riskbruk<sup>67</sup> (Evidens 1).

#### **6.4.2 Metoder av evidens för att påverka missbruk och beroende av alkohol och narkotika**

När individen har hamnat i ett beroende är det svårt att bryta missbruket. Därför är tidig upptäckt inom hälso- och sjukvården viktigt för att inte hamna i ett djupare missbruk.<sup>68</sup> Följande sammanställning över metoder för att påverka missbruk och beroende av alkohol och narkotika grundar sig på SBU rapporten ”Behandling av alkohol och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunskapssammanställning” om inget annat anges.

#### **Rådgivning:**

Metoden ”Motiverande samtal” har visat sig vara framgångsrik i studier där avsikten har varit att påverka alkoholkonsumtionen och narkotikaproblem både bland ungdomar, unga vuxna, vuxna

---

63 Regeringens proposition 2005/06:30 Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner sid. 63-64; 88-90.

64 CAN. Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2005. Stockholm: CAN 2005. Rapport nr 91.

65 Guttormsson U, Helling S, Olsson B. Vad händer på narkotikaområdet? Narkotikamissbruk och marginalisering – tendenser inför millennieskiftet. MAX-projektet, delrapport 1. Stockholm: CAN 1999. Rapport nr 55.

66 CAN. Drogutveckling i Sverige- Rapport 2005. Stockholm: CAN 2005. Rapport nr. 91.

67 Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing: A Meta-analysis of controlled clinical trials. Journal of consulting and clin. Psychology. 2003, vol 71, No. 5, 843-861.

68 Regeringens proposition 2005/06:30 Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner sid. 63-64; 88-90.



vårdas inom den psykiatriska sjukvården beräknas ha alkoholproblem.<sup>74</sup> Sammantaget medför alkoholkonsumtionen stora samhällskostnader inom flera områden t.ex. sjukvården, socialtjänsten och rättsväsendet. Det är svårt att uppskatta kostnader för mänskligt lidande för både den som missbrukar och dennes anhöriga. De ekonomiska beräkningar som finns inom området uppskattar att missbruk av alkohol och narkotika kostar Sverige 30-120 miljarder kronor per år. Ca hälften av dessa beräknas till individen och missbrukarens familj.<sup>75</sup> Åsikterna går dock isär om hur en sådan beräkning kan och bör göras. Klart är emellertid att samhällets kostnader vida överstiger dess inkomster av alkoholen. En undersökning visar på att familjemedlemmar till alkohol- och drogberoende har högre sjukvårdskonsumtion och diagnostiseras i högre grad för olika åkommor än de som inte har alkohol- och drogberoende familjemedlem.<sup>76</sup> Idag finns för få studier för att kunna dra några slutsatser om olika metoders och behandlingars kostnadseffektivitet.<sup>77</sup>

#### 6.4.4 Konklusion

Den metoden som framhålls i vetenskapen för att påverka alkoholriskbruk är i stora drag samma metod som för tobaksbruk. Metoden går ut på att i samband med läkarbesök, tillfråga patienten om alkoholvanor, särskilt riskbruket. Bedömer läkaren att patienten befinner sig i riskzonen ges en kort rådgivning/samtal i ett empatisk förhållningssätt där alkoholbruket står i fokus. Därefter sker en uppföljning vid ett återbesök. ”Motiverande samtal” vid riskbruk framhålls av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) som en effektiv metod.

För att förhindra missbruk är tidig upptäckt av alkohol- och narkotikamissbruk och beroende en viktig förebyggande åtgärd vid det ordinarie patientbesöket inom patientnära verksamheter. Vid upptäckt av alkoholmissbruk, vid samtal med patienten, är det rimligt att ställa frågan om annan droganvändning förekommer i avsikt att i sådana fall erbjuda adekvat hjälp.

Vid missbruk av alkohol är ”Motiverande samtal”, kognitiv beteendeterapi och tolvstegsmodellen metoder som alla ger bättre resultat än allmänt stödjande rådgivning. Fokus ska ligga på missbruket det vill säga vanan och hur vanan kan förändras. Partnerterapi och anhörigdeltagande i behandling har visat på positiva effekter. För att behandlingen skall vara effektiv är motivationen hos den som behandlas av högsta vikt. De metoder som framhålls för att påverka heroin- och kokainberoende är så kallade omlärande terapier som är riktade mot själva missbruksbeteendet.<sup>75</sup>

Alkoholkonsumtionen medför stora samhällskostnader sammantaget inom flera områden t.ex. sjukvården, socialtjänsten och rättsväsendet. De sociala och ekonomiska konsekvenserna av ett beroende är genomgripande för både individen, de närstående och för samhället. Att förebygga riskbruk/missbruk/beroende av alkohol och narkotika i patientmötet är därför ekonomiskt lönsamt.

---

74 CAN. Drogutveckling i Sverige- Rapport 2005. Stockholm. CAN 2005. Rapport nr. 91.

75 Jonsson A (2000) Hur mycket kostar supen? Sober förlag. ISBN: 9172964065 / 91-7296-406-5

76 Ray TG et al. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. Medical Care. Vol 45, no:2 feb: 2007.

77 SBU- rapport.(2001) Behandling av alkohol och narkotikaproblem- en evidensbaserad kunskasammanställning. Vol. 1 nr 156/1. Stockholm.

## 6.5 Psykisk hälsa/ohälsa

För den enskilde är psykisk hälsa en tillgång som gör att personen kan förverkliga sin intellektuella och emotionella potential samt uppfylla sin roll i det sociala livet, skolan och i arbetslivet. Variationer i självupplevd psykisk hälsa har samband med de problem den enskilde har i sin livssituation. De sociala och ekonomiska förhållanden, möjligheter till delaktighet och inflytande i lokalsamhället, skolan eller på arbetsplatsen har betydelse för psykisk hälsa. Att må bra är grunden för att vardagen ska fungera, för att uppleva livskvalitet och balans i livet. Att må bra ökar motståndskraften mot sjukdomar.<sup>78</sup> De senaste årtiondena har flera rapporter visat en minskning av självupplevd psykisk hälsa. En uttalad ökning av symtom som oro, nedstämdhet, sömnbesvär, värk i kroppen har skett i hela befolkningen i alla åldrar förutom hos de äldsta i Sverige. Symtomen är också vanligare bland flickor och kvinnor än bland pojkar och män, men en ökning har skett hos båda könen i samma takt. Sex jämförbara studier i SOU 2006: 77 visar på att störst ökning av symtomen har skett i åldersgruppen 16-24 år.<sup>79</sup> Depression är den sjukdom som enligt WHO:s framtidsscenario 2020 bedöms hamna på andra plats när det gäller sjukdomsördan i västvärlden för både kvinnor och män.<sup>80</sup>

Tidig prevention inom arenor så som hem, skola och arbetsliv är utan tvekan de bästa satsningarna när det gäller att långsiktigt och effektivt främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Tillgänglighet och stöd inom vården är en viktig förebyggande åtgärd för att stötta patienter med psykisk ohälsa. En samverkan och ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri kan bidra till utveckling av omhändertagandet av personer som mår psykiskt dåligt. Patientnära verksamheter har en viktig uppgift att tidigt identifiera psykisk ohälsa. Enligt Nationella psykiatrisamordningen behöver utveckling ske inom följande områden för att minska psykisk ohälsa och stötta dem som mår psykiskt dåligt:

1. information, rådgivningsmaterial, egenvårdsprogram, stöd via Internet och självhjälpgrupper
2. gruppbehandling och manualbaserade korta behandlingsinsatser
3. psykiska sjukdomar av lindrigare art som lättare form av depression, ångestillstånd och sömnstörningar skall kunna tas omhand i primärvården genom psykologiska, pedagogiska, psykosociala och medicinska insatser. Specialistpsykiatrin skall finnas nära med utbildning, handledning och konsultationer
4. patienter med psykiska sjukdomar så som schizofreni, bipolära sjukdomar och allvarliga ångestillstånd skall utredas, behandlas och rehabiliteras inom specialistpsykiatrin och anpassas efter patientens sjukdomstillstånd, individuella behov och aktuell kunskap
5. för patienter med svåra psykiska tillstånd som behöver kvalificerade utredningar/vård och speciella arrangemang kan det vara aktuellt med högspecialiserade insatser som är samlade regionalt eller nationellt.<sup>81</sup>

---

78 Europeiska gemenskapernas kommission. (2005) Grönbok- förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen. Bryssel

79 Ungdomar, stress och psykisk ohälsa; analyser och förslag till åtgärder. (2006) Statens offentliga utredningar. SOU 2006:7.

80 [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

81 SOU 2006:100 Ambition och ansvar- Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande Nationell psykiatrisamordning, Stockholm.



## 6.5.1 Metoder av evidens

Rådgivning/samtal är den metod som ger bäst effekt för att bemöta psykisk ohälsa (Evidens 1). Vad gäller terapi framhålls ingen behandling mer än någon annan men de terapiformer som har mest omfattande stöd är beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa båda. Kognitiv beteendeterapi rekommenderas i forskningen för behandling av oro, ångest, lindrigare form av depression och somatiska symtom<sup>82</sup>. Ett antal studier har visat att fysisk aktivitet ökar välbefinnandet, självkänslan och självförtroendet hos friska personer och hos personer som är nedstämda.<sup>83 84 85</sup> Följande sammanställning utgår från SBU-rapporten ”Behandling av depressionssjukdomar - En systematisk litteraturoversikt ” om inget annat anges.

### **Rådgivning:**

Rådgivning i primärvården minskar psykosociala symtom (så som sömnsvårigheter, nedstämdhet, oro, ångslan, ångest, yrsel smärta, nacke, ryggbesvär, mag- tarmbesvär, depressioner) och förbättrar patientnöjdheten i vården i upp till 6 månader<sup>86</sup> (Evidens 1).

### **Gruppbehandling:**

För att stärka individens egenmakt och egenkontroll och ta vara på varje individs självreglerande förmåga kan nätverk, gruppbehandling eller manualbaserade korta behandlingsinsatser minska psykosociala symtom (Evidens 4).

### **Terapi:**

Behandling med kognitiv beteendeterapi är en effektiv metod för att behandla oro och ångest hos individer och grupper av individer både bland vuxna och bland barn och ungdomar<sup>87 88</sup> (Evidens 2). Beteendeterapi, kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi, interpersonell psykoterapi är effektiva för att behandla lindriga och måttliga egentliga depressioner (Evidens 1).

### **Andra metoder:**

Fysisk aktivitet har en stor potential att öka det psykiska välbefinnandet. Fysisk aktivitet påverkar livskvalitet, humör, självtillit, självkänsla och kognitiva funktioner, kroppsuppfattning, upplevd kondition och muskelstyrka (Evidens 3).<sup>89 90</sup>

I primärvårdsstudier har bättre behandlingsresultat uppnåtts när vården kunnat erbjuda patientundervisning, telefonstöd till patienter, elektroniska påminnelser om behandlingsprinciper samt haft god tillgång till psykiatriker och psykologer med utbildning i korttidspsykoterapi.<sup>91</sup>

---

82 SBU Rapport.(2004) Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt vol nr 166/3.

83 US Department of health and Human services.(2004) At least five a week. Evidence on impact of physical activity and relationship to health. A report from Chief Medical officer. London. Department of health.

84 Taylor AH, Fox KR. Effectiveness of primary care exercise referral interventions for changing physical self- perception over 9 months. Health Psychology 2005;24(1):11-21.

85 Fox KR. Self-esteem, self- perceptions and exercise. International Journal of Sport Psychology 2000;31:228-40.

86 Bower P, Rowland N, Mellor Clark J, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. Cochrane Database Syst Rev.2002; (1):CD001025.

87 James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD004690

88 Wattar, U. et al. (2005). Outcome of Cognitive-Behavioural Treatment for Health Anxiety (Hypochondriasis) in a Routine Clinical Setting. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33, 165-175.

89 Taylor AH, Fox KR. Effectiveness of primary care exercise referral interventions for changing physical self- perception over 9 months. Health Psychology 2005;24(1):11-21.

90 Fox KR. Self-esteem, self- perceptions and exercise. International Journal of Sport Psychology 2000;31:228-40.

91 SBU rapport(2004) Behandling av depressionssjukdomar-en systematisk litteraturoversikt. Vol 3

## 6.5.2 Ekonomiska aspekter

Rådgivning/samtal är mer kostnadseffektivt i jämförelse med traditionell vård vid behandling av patienter med risk för depression och visar på minskad incidens av depressiva besvär<sup>92</sup>. En beräkning av de samhällsekonomiska kostnaderna för samtliga sjukdomar i Sverige 1993, indelade enligt WHO:s sjukdomsklassifikation,<sup>93</sup> visar att sjukdomsgruppen psykiska störningar (såväl lindrig psykisk ohälsa som psykisk sjukdom) hade den näst högsta kostnaden, 42 miljarder kronor.<sup>94</sup> Huvuddelen av denna kostnad (cirka 66 procent) var indirekta kostnader. Depression är en av de vanligaste diagnoserna i primärvården. De samhällsekonomiska kostnaderna för depression i Sverige har beräknats till 10,4 miljarder kronor år 1997.<sup>95</sup> Sjukdomens höga prevalens, dess kroniska eller återkommande natur och den höga andelen ej diagnostiserade fall är en av orsakerna dessa samhällsekonomiska kostnader.

## 6.5.3 Konklusion

Rådgivning i primärvården minskar de psykosociala symtomen och förbättrar patientnöjdheten i vården i upp till 6 månader<sup>96</sup> (Evidens 1). För att främja psykisk hälsa och minska psykisk ohälsa är bemötande, omhändertagande, tillgänglighet och tydlig ansvarsfördelning viktiga förebyggande strategier. Kognitiv beteendeterapi är den metod som är mest studerad inom vetenskapen och framhålls som metod för behandling av lättare psykisk ohälsa så som oro, ångest och lindrig form av depression. ”Motiverande samtal” är en relativt ny metodik för samtal och rådgivning. I metoden integreras principer från humanistisk terapi med mer aktiv kognitiv beteendestrategi som fokuserar på individens benägenhet till förändring. Därför bedöms ”Motiverande samtal” också kunna användas i mötet med patienter med lindrigare form av psykisk ohälsa. Fysisk aktivitet bidrar till bättre psykiskt välbefinnande och har flera andra gynnsamma effekter på hälsan. Psykisk ohälsa, såväl lindrig psykisk ohälsa som psykisk sjukdom bidrar till stora samhällskostnader. Att förebygga psykisk ohälsa är ekonomiskt lönsamt. Det finns begränsat med hälsoekonomiska studier kring psykisk hälsa/ohälsa, mer beräkningar och studier behövs därför inom området.

## 6.6 Sammanfattande resultat av den vetenskapliga granskningen

En insats på miniminivå har identifierats för att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa, förebygga ogynnsamma levnadsvanor och psykisk ohälsa i patientmötet. Denna miniminivå innehåller tre delar, dessa är;

1. identifiering av levnadsvanor och psykiskt hälsotillstånd
2. samtal om levnadsvanan och/eller det psykiska hälsotillståndet i ett patientcentrerat förhållningssätt med fokus på patientens benägenhet till förändring
3. uppföljning av levnadsvanan och det psykiska hälsotillståndet

Dessa tre delar kopplade till varandra är den insats som har vetenskapligt stöd för att ge reell hälsovinst i vården och för enskilda individer. Insatserna är ekonomisk lönsamma och möjliga att implementera i de patientnära verksamheterna.

---

92 Smit F et.al (2006) Cost effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. British Journal of psychiatry. Vol 188(4) p:330-336.

93 National board of health and welfare. Klassifikation av sjukdomar 1987. Systematisk förteckning, ISBN 91-38-09347-2, Liber förlag

94 Henriksson F, Hjortsberg C, Rehnberg C, Ödegaard K. Läkemedel och sjukvårdskostnaderna- några utvecklingslinjer. IHE Working Paper 1997:6.

95 Norinder A, Nordling S, Häggström L. Depressionsbehandling och kostnadseffektivitet. Priset per tablett dålig indikator i ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Läkartidningen 2000;97:1693-1700.

96 Bower P, Rowland N, Mellor Clark J, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. Cochrane Database Syst Rev.2002; (1):CD001025.

## 6.7 Verktygen; frågeformulär för identifiering och rådgivning/samtal

I följande kapitel redogörs för ett frågeformulär som verktyg för att identifiera levnadsvanor och psykisk hälsotillstånd samt metod för samtal och vikten av uppföljning i det patientnära mötet.

### 6.7.1 Frågeformulär för att identifiera levnadsvanor samt allmänt hälsotillstånd och psykiskt hälsotillstånd.

Identifiering av levnadsvanor och psykiskt hälsotillstånd i det patientnära mötet får patienten att fundera över sin livsstil och sina vanor. I mötet med patienter i öppen och slutenvård föreslås att frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” används. I Landstinget Sörmland har Ekeby och Fröslunda vårdcentraler utvecklat, testat och utvärderat frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa”. ”Fem frågor om din hälsa” behandlar fysisk aktivitet, alkohol, rökning/snusning, allmänt hälsotillstånd och psykiskt hälsotillstånd. I formuläret ifylls också längd, vikt och midjemått, vilket möjliggör uträkning av BMI. Formuläret är en modifierad version av Fittja och Nacka vårdcentralers ”Hälsoprofil” i Stockholm. Resultatet av utvärderingen visar att när formuläret användes fick en betydligt större andel av patienter frågor om sina levnadsvanor. ”Fem frågor om din hälsa” är en metod som skapar ett naturligt samtal kring levnadsvanor och vars resultat kan ge behandlaren förklaring till en mängd olika somatiska symtom som egentligen orsakas av patientens levnadsvanor. Utvärderingen visar också på att både personal och patienter uppskattat arbetssättet.<sup>97</sup>

### 6.7.2 Samtal

Rådgivning i ett strukturerat samtal är den effektivaste metoden för att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa och är dessutom hälsoekonomiskt lönsamt. Vid identifiering av ogynnsam levnadsvana/vanor och/eller psykisk ohälsa bör samtal erbjudas för att stötta patienten och för att identifiera fortsatt stöd och behandling. I genomgången av vetenskapen framträder tydligt att livsstilsförändring kräver förändrat beteende hos patienten. I forskning om levnadsvanor framhålls den transteoretiska modellen kallad ”Stages of Change”. Modellen integrerar processer och principer från flera framträdande teorier inom psykoterapi och beteendeförändring, därav namnet transteoretisk. ”Stages of Change” är användbar för att identifiera patientens position i en förändringsprocess och har främst använts för att påverka fysisk aktivitet, kostbeteende, tobaksbruk, men kan användas på flera andra livsstilsrelaterade problem (se sid. 39 för närmare beskrivning och användning av modellen). ”Motiverande samtal” är en relativt ny metodik för rådgivning. Inom forskningen framhålls denna metod vid livsstilsförändring. I metoden integreras principer från humanistisk terapi med mer aktiv kognitiv beteendestrategi som fokuserar på individens benägenhet till förändring. Det motiverande samtalet utgår från ”Stages of Change”. Genom att i samtalet identifiera var i processen patienten befinner sig kan personalen välja adekvat insats och förhållningssätt i samtalet för att stötta patienten på bästa sätt. Forskning kring det motiverande samtalet har visat på goda effekter på flera livsstilsrelaterade problem.<sup>98</sup> Användning av metoden för rådgivning är till stor hjälp vid behandling av diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter, astma, bulimi och vid olika beteendeproblem som skadlig alkoholkonsumtion och användning av droger samt för att öka patientens fysiska aktivitet och för att ändra mat- eller tobaksvanor.

---

97 Personlig kontakt med Anna Elvenger Ekeby vårdcentral och Eva Frykstad Fröslunda vårdcentral.

98 Hettema J, Steele J & Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu.Rev.Clin.Psychol.* 2005(1):91-111.

Det mesta tyder på att när ”Motiverande samtal” har använts visar studier på resultat som;

- minskat BMI
- minskat blodkolesterol
- lägre blodtryck
- ökad fysisk aktivitet
- bättre kostvanor
- minskad alkoholkonsumtion<sup>99</sup>
- minskad drogkonsumtion
- ändrade tobaksvanor.<sup>100</sup>

Grunderna i ”Motiverande samtal” kan förvärfvas under två till tre dagars utbildning men även kortare utbildning i metoden förekommer. Effekterna av utbildning i metoden har utvärderats inom primärvården i Eskilstuna. All personal erbjöds utbildning i ”Motiverande samtal” under två halvdagar. En undersökning gjordes före och efter introduktionsutbildningarna och visar att de som deltagit i båda introduktionsutbildningarna har tagit upp livsstilsfrågor i större utsträckning med patienterna än jämförelsegruppen som inte genomgått utbildning. Detta visar att även små utbildningsinsatser ger effekt på arbetssättet.<sup>101</sup> Således är ”Motiverande samtal” lätt att implementera men studier visar också på att utan systematisk träning och användning av den motiverande samtalsmetodiken kan de förvärfvade kunskaperna försvinna efter några månader. I detta avseende är det viktigt att skapa förutsättningar för att möjliggöra användandet av metoden men också att det finns stöd och handledning för personalen.<sup>102</sup> Implementering av ”Motiverande samtal” efter utbildningen underlättas av om manualer framställs som gör att rådgivaren lätt påminns om de grundläggande elementen och inslagen i samtalet.

### 6.7.3 Uppföljning

Det är viktigt att följa upp samtalet om levnadsvanor och stötta patienten i sin livsstilsförändring. Uppföljning behövs också för utvärdering, kvalitetssäkring och för att utveckla verksamheten.

---

99 Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing: A Meta- analysis of controll clinical trials. Journal of consulting and clin. Psychology. 2003, vol 71, No. 5, 843-861.

100 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis.Br J Gen Prac 2005;55:305-12.

101 Fryckstad E, Elvenger A. (2004) Motiverande samtalsmetodik- en utvärdering av introduktionsutbildning i primärvården i Eskilstuna. Landstinget Sörmland. FOU centrum. Rapport 1:2004.

102 Miller W. Et al. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. J Consult Clin Psychol. 2004;72:1050-62.

## 7. RESULTAT – KARTLÄGGNING AV HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE I ANDRA LANDSTING

Följande kapitel omfattar den nationella kartläggningen av erfarenhetsbaserat arbete i andra landsting. Först presenteras resultat av arbete inom hälso- och sjukvården avseende övergripande policy/handlingsplaner, utbildning, metoder, framgångsfaktorer och hinder för implementering, ersättningsmodeller och till sist uppföljning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Därefter följer redovisning av arbete inom Folk tandvården i några landsting och av landets rättspsykiatriska kliniker. Slutligen redogörs för framgångsfaktorer för implementering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

### 7.1 Övergripande policy/handlingsplaner

Nedanstående tabell redovisar övergripande styrdokument för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet samt hur arbetet är styrt.

Landsting	Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet	Folkhälso politiskt program	Annat dokument	Arbetet styrs av ledningen	Karaktären av "fritt valt"	Drivande för det hf. och sjdf. arbetet i verksamheterna
Västerbotten		X	X		X	Verksamhetschef
Västernorrland	X			X		Styrgrupp
Dalarna			X	X		Utvecklingsenheten
Gävleborg			X		X	Processledaren
Värmland			X	X		Verksamhetschef
Örebro			X	X		Verksamhetschef
Västmanland			X		X	Utvecklingsråd
Uppsala		X	X	X		Verksamhetschef
Stockholm		X	X		X	Verksamhetschef
Västra Götaland			X	X		Verksamhetschef
Östergötland	X			X		Strateger
Halland	X			X		Verksamhetschef
Blekinge			X	X		Verksamhetschef
Region Skåne		X			X	Processledaren

Viljeinriktning för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är i de flesta landsting uttryckt i verksamhetsplaner/handlingsplaner etc. Tre landsting har en policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och i dessa landsting är arbetet styrt via uppdrag från ledningen.

Ansvar för att arbetet bedrivs vilar i åtta landsting på verksamhetschefen. I övriga landsting uppges olika ansvariga så som; strateger, utvecklingsenhet, processledare, styrgrupp alternativt utvecklare i varje division.

## 7.2 Utbildning

Nedanstående tabell redovisar vilka landsting som har bedrivit särskild utbildning i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt samt givit metodutbildning för personal och chefer.

Landsting	Utbildning hf och sjd arbete-personal	Utbildning hf och sjd arbete-chefer	Utbildning metoder-personal	Utbildning metoder-chefer
Västerbotten		X	X	X
Västernorrland			X	
Dalarna			X	X
Gävleborg			X	X
Värmland			X	X
Örebro			X	X
Västmanland				
Uppsala			X	X
Stockholm				
Västra Götaland	X	X	X	X
Östergötland	X	X	X	X
Halland	X	X	X	X
Blekinge			X	X
Region Skåne				

Tre landsting har generell utbildning i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete och metoder för sin personal. Chefer utbildas i första hand inom den reguljära chefsutbildningen. I majoriteten av landstingen prioriteras metodutbildning före särskild utbildning i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt.

## 7.3 Metoder

I nedanstående tabell redovisas de metoder och livsstilsområden som nämnts som mest förekommande i de tillfrågade landstingen.

Landsting	FaR	Motive-rande samtal	Tobaksav-vänjning	Mätning av hälsorelaterad livskvalitet SF-36/EQ-5D	Övervikt och fetma	Hälsofrämjande arbetsplats
Västerbotten	X	X	X	X		X
Västernorrland	X	X				
Dalarna	X	X	X			
Gävleborg	X	X	X			X
Värmland	X	X				X
Örebro	X	X				
Västmanland	X	X	X			
Uppsala	X	X	X	X		X
Stockholm	X				X	
Västra Götaland	X	X		X		
Östergötland	X	X	X		X	
Halland	X	X	X			X
Blekinge	X	X				
Region Skåne	X	X	X	X		

Fysisk aktivitet på recept (FaR) och ”Motiverande samtal” är de mest förekommande metoderna som används. Fyra landsting uppger sig ha strukturerat arbete kring hälsofrämjande arbetsplatser. Enstaka landsting använder metoder för skaderegistrering, våldsförebyggande arbete och kognitiv beteendeterapi

## **7.4 Framgångsfaktorer och hinder för implementering av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet**

Nedanstående tabell redovisar framgångsfaktorer och hinder för implementeringen.

<b>Landsting</b>	<b>Framgångsfaktorer</b>	<b>Hinder</b>
Västerbotten	bra upparbetat samarbete med verksamheterna	svårt att få genomslag i alla verksamheter
Västernorrland	tydlighet från ledningen, ihärdigt arbete, små förändringar under längre tid	omorganisationer, sparbetning ingen gemensam strategi
Dalarna	enkla metoder, förbättringskunskap via genombrottsmetoden	dålig evidens på metoder och arbetssätt
Gävleborg	engagemang från personal, nätverk bland personalen metoder som kan engagera, god evidens så som pre-operativt rökstopp	dålig förankring och dålig ekonomi
Värmland	tydliga beslut påvisa tydliga hälsoekonomiska samband och hälsovinster	tids- och kunskapsbrist i metoder och arbetssätt
Örebro	genomslag inom alla verksamheter pv-sv-psyk	tidsbrist
Västmanland	gemensam plan för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet	tidsbrist
Uppsala	målrelaterad ersättning, tydlig styrgrupp ”motorer” ute i verksamheterna, utbildning till läkare i kort samtalsmetodik (rådgivning)	-
Stockholm		att arbetet inte är obligatoriskt för alla verksamheter, ingen gemensam plan och inget samlat grepp
Västra Götaland	utveckla arbetet i små steg, utbilda chefer först	-
Östergötland	skapa förutsättningar för delaktighet samt att erbjuda utbildning, styrdokument	ingen ”status” för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet
Halland	prioriterat av ledningen, strukturerat arbete, utbildning	-
Blekinge	viljan hos personal att engagera sig	-
Region Skåne	intresse	-

De viktigaste framgångsfaktorerna som framkom vid intervjuerna var:

- tydlig ledning som prioriterar arbetet
- gemensam plan så som policy och styrdokument
- arbetet ska vara obligatoriskt för alla verksamheter
- utbildning av all personal

De hinder för arbetet som framkom vid intervjuerna var:

- dålig ekonomi
- tids- och kunskapsbrist om metoder och arbetssätt
- dålig evidens vad gäller metoder och arbetssätt
- hälsofrämjande och sjukdomsförebygganden arbetet har ingen legitimitet ”status”
- omorganisationer och besparingar

## 7.5 Ersättningsmodeller

Nedanstående tabell visar de ersättningsmodeller som finns inom de olika landstingen.

Landsting	Ersättningsmodeller
Västerbotten	hälsundersökningar ersätts med 500 kr per undersökning inom primärvården
Västernorrland	inget utvecklat system finns
Dalarna	inget utvecklat system finns
Gävleborg	inget utvecklat system finns
Värmland	ersättning ges för rökavvänjning
Örebro	differensierat system beroende på vad som behöver utvecklas, kan vara olika år från år
Västmanland	inget utvecklat system finns
Uppsala	mårelaterad ersättning för ett antal hälsofrämjande indikatorer med hjälp av verktygen SF 36 och EQ 5D som mäter hälsorelaterad livskvalitet
Stockholm	inget utvecklat system finns
Västra Götaland	avdrag vid ej utfört hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
Östergötland	inom primärvården ges ersättning för tobaksavvänjning och vid ordination av fysisk aktivitet
Halland	ersättning för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ingår i kapiteringen till primärvården
Blekinge	inget utvecklat system finns
Region Skåne	arbete pågår att ta fram ersättningssystem

Åtta av fjorton landsting använder sig av olika ersättningssystem som ”morot” för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Ersättningssystemen är dock inte speciellt utvecklade.

## 7.6 Uppföljning

I nedanstående tabell redovisas olika uppföljningsmodeller som används inom de olika landstingen

Landsting	Uppföljningsmodell
Västerbotten	uppföljning inom nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus”
Västernorrland	uppföljning inom nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus”
Dalarna	beskrivning av utfört arbete sker i bokslut
Gävleborg	beskrivning i årsrapport samt uppföljning inom nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus”
Värmland	vissa indikatorer följs upp i verksamhetsuppföljning
Örebro	beskrivning i verksamhetsuppföljningen
Västmanland	beskrivning av arbetet sker i årsredovisning
Uppsala	uppföljning sker i vårdöverenskommelse samt inom nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus”
Stockholm	ingen systematiskt uppföljning görs
Västra Götaland	beskrivning av arbetet sker i årsredovisning
Östergötland	beskrivning i verksamhetsuppföljning samt inom nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus”
Halland	uppföljning av livsstilssamtal och utbildning
Blekinge	beskrivning av arbetet sker i årsredovisning
Region Skåne	ingen systematisk uppföljning görs

I fem av landstingen sker en årlig uppföljning inom nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus” med bestämda indikatorer. Uppföljningen i nätverket omfattar olika målområden för löpande verksamhet och ledning.



På ledningsnivå sker uppföljning, med svarsalternativen; ja/nej, av:

- strategier
- mål
- systematiska insatser
- utbildning av medarbetare
- utvecklingsarbete om hälsoresultat hos personal och medarbetare
- styrgrupp för arbetet
- uppföljning av rökfritt sjukhus

För löpande verksamheten används följande indikatorer med svarsalternativen; ja, delvis, sporadiskt eller nej:

- tillämpning av preventiva program
- stödsystem för systematisk uppföljning av livsstilsfaktorer
- metoder för att stimulera och tillvarata patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa
- stöd till riskgrupper
- mätning av hälsorelaterad livskvalitet
- kunskapsförmedling
- samverkansformer för folkhälsoarbetet på lokal- och/eller regional nivå
- dokumenterad plan för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats
- friskvårdsaktiviteter för personalen

De landsting som inte är med i nätverket har olika uppföljningssystem av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Uppföljningen sker i dessa landsting främst genom beskrivningar av utfört arbete i årsredovisning/verksamhetsberättelser. Som exempel på detta beskrivs i Värmlands landstings årsredovisning målsättning kring den egenupplevda hälsan där uppföljning sker via "Liv och hälsa"- studien samt mål för minskad fetma hos barn. Landstinget Halland har utarbetat indikatorer för utveckling av hälsofrämjande inslag i hälso- och sjukvården; hälsoinriktning i ledning, styrning och uppföljning, hälsofrämjande arbetsplatser, samtal om livsstil och uppföljning i mötet med patienten, att stödja långvarigt sjuka att leva ett bra liv, att sprida kunskap om sambandet hälsa - livsstil - levnadsvillkor och att delta i det lokala folkhälsoarbetet.

## ***7.7 Redovisning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom folktandvården och rättspsykiatri i andra landsting***

För att få ytterligare information om det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i andra landsting gjordes en undersökning av Folktandvården i fem landsting (Dalarna, Gävleborg, Region Skåne, Norrbotten och Uppsala) och de sex rättspsykiatriska klinikerna i landet (Vadstena, Växjö, Sundsvall, Malmö, Säter och Huddinge) utifrån några utvalda frågor i det frågebatteri som användes vid telefonintervjuerna till hälso- och sjukvården.

## 7.7.1 Folktandvården

### Övergripande policy/handlingsplaner

Nedanstående tabell redovisar övergripande styrdokument för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet samt hur arbetet är styrt.

Folktandvården	Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet	Handlingsplan	Arbetet styrs av ledningen	Drivande för det hf. och sjdf. arbetet i verksamheterna
Dalarna	X		X	verksamhetschefer
Uppsala	X	X	X	verksamhetschefer
Gävleborg	X		X	verksamhetschefer
Region Skåne	X	X	X	verksamhetschefer
Norrbottn	X	X	X	verksamhetschefer

Samtliga tillfrågade inom Folktandvården har en policy för sitt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, några har utöver detta också en handlingsplan. Arbetet är styrt via uppdrag från ledningen och drivs av ansvariga verksamhetschefer.

### Utbildning, metoder och arbetssätt

I nedanstående tabell redovisas de olika landstingens utbildning i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt, vilka metoder som används i patientmötet och i det utåtriktade arbetet samt förekomst av samverkan.

Folktandvården	Utbildning	Metoder patientmötet	Metoder i utåtriktat arbete	Samverkan
Dalarna	X	traditionell tandvårdsprofylax		
Uppsala	X	hälsomotiverande samtal, tobaksprevention	värderingsövning och dramapedagogik för undervisning i skolorna	skolan, "Hälsoäventyret" (tillsammans med landstinget)
Gävleborg	X	motiverande samtalsmetodik	info till MVC och BVC, fluorsköljning i skolan, lektioner i skolan om tandhygien, screening av särskilda grupper, info till vårdpersonal	skolan, hälso- och sjukvården, apoteket
Region Skåne	X	frisktandvård, hälsosamtal och tobaksprevention		hälso- och sjukvården, kommunerna
Norrbottn		klinisk tandvårdsprofylax	sockerutställning i skolor, dockteater, informationsinsatser i samarbete med folkhälsorådet, fluorprofylax i riskområden, hälsomässor	skolan, kommunala folkhälsoråd, primärvården kallas till årliga möten, spridning av goda exempel på hälsofrämjande aktiviteter

Majoriteten av de tillfrågade landstingen har bedrivit utbildning för personalen i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt, genom både generell utbildning och/eller metodutbildning. Tre av de tillfrågade landstingen har utarbetade metoder både i patientmötet och i sin utåtriktade verksamhet. Landstinget Dalarna har främst givit metodutbildning i insatser riktade till personalen

som t ex friskvård, arbetsmiljöarbete, ergonomi och hälsoprofil. Arbetet riktat till patienter omfattar förutom traditionell tandvårdsprofylax i första hand hälsosamtal samt tobaksprevention. Det utåtriktade förebyggande arbetet bedrivs i de flesta landsting tillsammans med olika aktörer i lokalsamhället.

### **Framgångsfaktorer och hinder för implementering av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet samt ersättningsmodeller och uppföljning**

Nedanstående tabell redovisar framgångsfaktorer och hinder för implementeringen, ersättnings- och uppföljningsmodeller i de olika landstingen.

<b>Folktandvården</b>	<b>Framgångsfaktorer</b>	<b>Hinder</b>	<b>Ersättningsmodeller</b>	<b>Uppföljning</b>
Dalarna	efterfrågan		finns	hälsoprofil för personal följs upp från år till år
Uppsala	värderingsövningar och dramapedagogik samt utbildning i motiverande samtalsmetodik för personal som jobbar med patientkontakt	för få utbildade	finns	ingen systematisk uppföljning görs
Gävleborg	låta några ”gå före” och utgöra goda exempel		inget utvecklat system finns	ingen systematisk uppföljning görs
Region Skåne		krav på att införa ny metod/nya moment inom barn- och ungdomstandvården utan höjning av kapitationsersättningen	kapitationsersättning för barn och ungdomar, frisktandvård	årlig epidemiologisk uppföljning av tandhälsans utveckling i barn- och ungdomspopulationen, vetenskaplig studie för uppföljning av frisktandvården startade mars 2006
Norrbottnen		där kommunala folkhälsoråd saknas finns inte samma arena att påverka och samverka	en del av ersättningen för barntandvården är öronmärkt för hälsofrämjande arbete	ingen systematisk uppföljning görs

De ersättningsmodeller som används för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom Folktandvården är riktat särskilt mot arbete med barn och ungdomar. De årliga uppföljningar som görs gäller tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar. Jämförelser görs också mellan åren av hälsoprofiler för personal.

#### **7.7.2 Rättspsykiatri**

Flera av de rättspsykiatriska klinikerna har policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och detta är styrt från ledningen. Arbetet riktar sig främst till personalen i form av friskvård, rökslutargrupper och viktgrupper i samarbete med olika studieförbund. Inom rättspsykiatri förekommer ännu inte några hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser riktade till patienter.

## **7.8 Sammanfattande resultat av nationella kartläggningarna**

De framgångsfaktorer för arbetet som har framkommit i kartläggningen kan sammanfattas i följande punkter; framgångsfaktorer för implementering, för praktiskt arbete och för långsiktigt arbete.

### **Framgångsfaktorer för implementeringen:**

- styrande inriktningsdokument så som gemensam policy
- engagemang av politiker och tjänstemannaledning som ger arbetet dess legitimitet
- ansvaret för arbetet ska ligga på verksamhetschefer
- strategi där det tydligt framgår mandat och ansvarsfördelning
- tydligt mandat som möjliggör arbetet
- inventering för att synliggöra vad som görs inom organisationen idag som underlag för vidare arbete samt för utvärdering
- utbildning i hälsofrämjande arbetssätt till chefer och övrig personal
- medlemskap i nätverket "Hälsofrämjande sjukhus"

### **Framgångsfaktorer för praktiskt arbete:**

- bilda grupper med representanter från alla professioner för att stärka lärandet, utbyte av idéer och erfarenheter för att stärka nyttan i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet
- förankring i alla led som berörs av arbetet
- datoriserat stöd för dokumentationen
- avsatt tid för arbetet
- utbildning i metoder till chefer och övrig personal

### **Framgångsfaktorer för långsiktigt arbete:**

- ingå i det ordinarie arbetet och inte vara byggt på "eldsjälar"
- arbetet bör bedrivas med små steg dvs. börja i liten skala med konkreta insatser i det praktiska arbetet
- arbetet bör bedrivas med ett processinriktat arbetssätt
- arbetet kräver kontinuitet och ihärdighet

Kartläggningen visar på att alla landsting har någon form av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården men att arbetet ser mycket olika ut vad gäller: styrande dokument, arbetssätt, utbildning, metoder, ersättningsmodeller och uppföljning. Utifrån de framgångsfaktorer som identifierats för arbetet kan det konstateras att vissa landsting bara har påbörjat arbetet medan andra har hittat fungerande former. Dokumentationen av de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna är bristfällig, i vissa landsting helt obefintlig.

De sjukhus/landsting som är med i nätverket "Hälsofrämjande sjukhus" uppger sig vara hjälpta av nätverkets arbete med årliga träffar där det ges möjlighet till erfarenhetsutbyte via temagrupper och för att få stöd och idéer till genomförande. Nätverket har också en årligen återkommande

strukturerad uppföljning och i vissa landsting var detta den enda uppföljning som gjordes av de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna.

Inom Folkvandvården bedriver de tillfrågade landstingen ett utvecklat och strukturerat arbete. I alla de tillfrågade lanstingen finns policy och rutiner för de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna vad gäller några av livsstilsfaktorerna. Folkvandvården har etablerat samverkan med lokala samhällsaktörer. Den rättspsykiatriska regionvården i landet har ännu så länge endast insatser riktade till personalen.

## 8. SLUTSATSER

I genomgången av vetenskapen framträder en miniminivå för att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa samt att förebygga ogynnsamma levnadsvanor och psykisk ohälsa i patientmötet, dessa är; identifiering, rådgivning/samtal och uppföljning. Dessa tre insatser kopplat till varandra är den metod som har vetenskapligt stöd för att ge en reell hälsovinst i vården och till individer. Insatserna är ekonomisk lönsamma och möjliga för de patientnära verksamheterna att implementera.

För identifiering av levnadsvanor och psykisk hälsa föreslås att frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” används. ”Motiverande samtal” är den metodik som rekommenderas för rådgivning vid livsstilsförändring. Strukturerat samtal är hälsoekonomiskt lönsamt och bidrar också till större patientnöjdhet i vården.<sup>103</sup> ”Motiverande samtal” bygger på kognitiv beteendeterapi där individens benägenhet till förändring står i fokus. Kognitiv beteendeterapi är också den metod som framhålls i vetenskapen för behandling av oro, ångest, lättare form av depression, stress och nedstämdhet. Därmed torde ”Motiverande samtal” vara en verksam metod även för denna patientgrupp i en första kontakt för att identifiera eventuellt fortsatt behov av stöd och/eller behandling. Andra förebyggande strategier för att främja psykisk hälsa är bemötande, omhändertagande, tillgänglighet och tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivare. Den teoretiska modell som föreslås som utgångspunkt i samtal om livsstilsförändring är ”Stages of Change”. Uppföljning är viktig dels för att stötta patienter till ett förändrat beteende men även för att bibehålla ett hälsosamt beteende. Uppföljning behövs också för utvärdering och utveckling av verksamhet.

Viktiga faktorer och förutsättningar för att möjliggöra ett framgångsrikt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är att ledningen engagerar sig, visar vägen, ger arbetet dess legitimitet och att mandat och ansvarsfördelning klargjorts. För att det praktiska arbetet skall kunna bedrivas krävs utbildning av all personal i såväl hälsofrämjande arbetssätt, hälsans bestämningsfaktorer som metoder. Arbetet ska integreras i den ordinarie patientnära verksamheten och tydliga dokumenterade rutiner ska utarbetas. Nätverk behöver bildas för att möjliggöra utbyte av idéer och erfarenheter, ge stöd till personalen samt bidra till utveckling av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. System för uppföljning och ersättningsmodeller behöver utformas. För dokumentation av arbetet krävs datoriserat stöd som möjliggöra uppföljning och utveckling av verksamheten.

---

103 Bower P, Rowland N. (2006) Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. Cochrane database of systematic reviews 2006, issue 3 art. No CD001025. DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub2.

## 9. RIKTLINJER

*Resultatet av den vetenskapliga granskningen och den nationella kartläggningen ligger till grund för riktlinjer för livsstilförändring inom landstingets patientnära verksamheter.*

Landstinget Sörmland ska arbeta utifrån en helhetssyn på människors hälsa och utveckla ett förhållningssätt som stärker individens egna resurser och livskvalitet, det vill säga den egenupplevda hälsan. Alla verksamheter med patient/individkontakt kan arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och stötta människor till en mer hälsofrämjande livsstil.

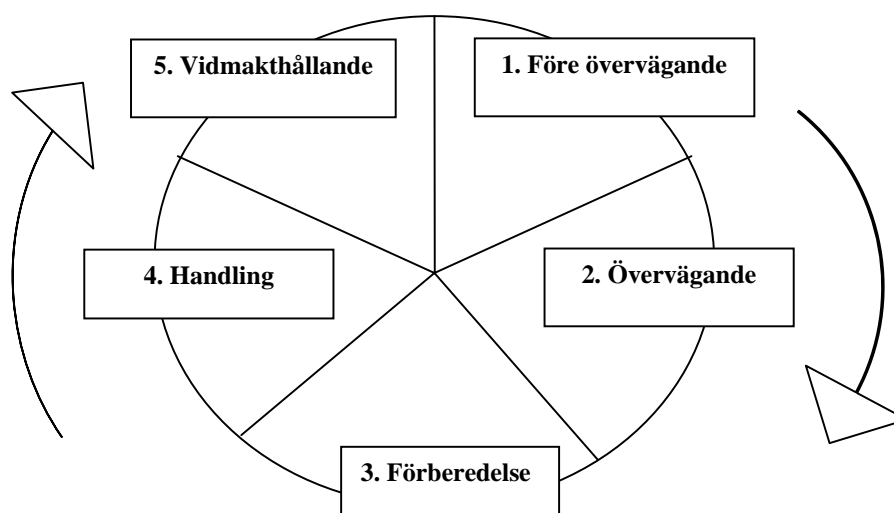
Följande kapitel omfattar riktlinjer för ett enhetligt och strukturerat arbetssätt, verktyg, metoder och screeningsinstrument, en modell för hur livsstilförändring kan ske i ordinarie arbetet i mötet med patienter. Modellen är en miniminivå för hur arbetet med livsstilförändring kan bedrivas för att vara verkningsfullt.

### 9.1 Stages of Change

För att ge vägledning för personal och individer att förstå processen vid livsstilsförändring finns modellen ”Stages of Change” som tar avstamp från det stadium där individen befinner sig i förändringsarbetet. Modellen är framgångsrik för att hjälpa människor att se och förstå vad en förändringsprocess innebär. Förändringsprocessen utgörs av ett cykliskt förlopp med eventuellt flera ”återfall” som är en naturlig del i processen. Misslyckanden leder inte till att all ansträngning varit förgäves, utan tillgodoses vid nästa/nya försök i förändringen.

Modellen ger trygghet för personalen i det praktiska arbetet, då den ger ökad kunskap om var i förändringsstegen patienten befinner sig och när insatser är verkningsfulla.

”Stages of Change, motivationscirkeln” omfattar fem förändringssteg;



Figur modifierad efter Proshaska JO, Diclemente (J Consult Clin Psychol. 1983; 51:390-5)

## 9.2 Motiverande samtal

Grunden i hälsofrämjande arbete är att patienten görs delaktig i de beslut som berör den egna hälsan. Patientens medverkan är en av grundbultarna i det motiverande samtalet. Motiverande samtalsmetoden utgår från en acceptans att människor har varierande grad av förutsättningar och vilja till förändring. Metoden är inte fördömande eller nedbrytande. Istället är målet att göra individen mer medveten om problem som kan uppstå, vilka konsekvenser och risker som beteendet för med sig samt att möta patienten där den är. Strategin är att skapa nya tankebanor runt beteendet och förstärka patientens känsla för sin egen förmåga, vilja och beredskap att genomföra den önskvärda förändringen, vilket ökar sannolikheten att patienten lyckas. Det motiverande samtalet tar sin utgångspunkt från ”Stages of Change”-modellen.

**1. Motiverande samtal, kort rådgivning:** är en insats på cirka 5 minuter, avsikten är att starta en förändringsprocess och erbjuda information och samtal om hälsorisker och bedöma patientens beredskap till förändring. I samtalet kan en skala (se nedan) användas vilken identifierar var i förändringsstegen individen befinner sig. Skalan är en utveckling av motivationscirkeln. Med hjälp av skalan kan eventuella hinder också identifieras. Efter att patienten kryssat i eller pekat ut var han/ hon befinner sig på skalan kan personal i det motiverande samtalet fråga patienten exempelvis;

-Varför satte du krysset just där?

-När vet du att du är beredd att göra en förändring?

-Vad skulle du kunna göra för att kunna förflytta dig mer åt höger på skalan (mot beredd)?



Är patienten inte beredd bör åtgärden avgränsas till informationen och uppföljning göras vid nästa besök i vården. Syftet med informationen är att väcka intresse hos patienten och få igång en process som kan leda till att individen går in i ett stadium av osäkerhet vilket innebär att han/hon börjar överväga om de egna vanorna har betydelse och har ett samband men det upplevda hälsotillståndet.

104

**2. Motiverande samtal, förändringsinriktad rådgivning:** ett lite längre samtal 15-30 min. som ger större möjlighet att öka patientens motivation och beredskap till förändring, exempelvis att tillsammans med patienten sätta mål för den önskvärda förändringen. I detta samtal är det möjligt att använda en skala (se nedan) som patienten fyller i och som mäter patientens tilltro till sin egen förmåga att göra en förändring, identifiera eventuella hinder men även stöd i omgivningen. Att identifiera eventuella hinder och stöd i omgivningen tillsammans med patienten ökar patientens tilltro till den egna förmågan och chansen att patienten lyckas med förändringen ökar. Tilltron till den egna förmågan har också starkast samband med att förändringen blir bestående. Personal kan exempelvis efter att patienten kryssat i skalan eller pekat ut var hon befinner sig på skalan ställa frågor som;

- Varför sattes krysset just där?

- Vad skulle du kunna göra för att för att kunna förflytta dig mer åt höger på skalan (mot stor tilltro)?

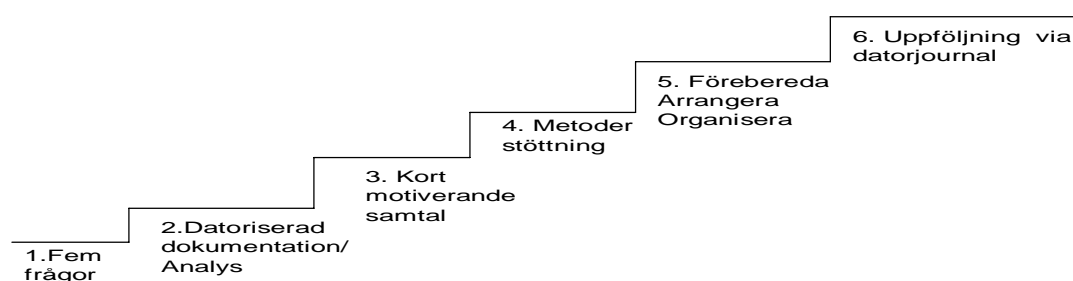
- Vad skulle du kunna göra för att få en större tilltro till dig själv och din förmåga?



104 Zimmerman G. Olsen C. Bosworth M.( 2000) A "stages of change" approach to helping patients change behaviour. Am Fam Physician 2000;61:1409-16.

### 9.3 Modell för livsstilsförändring i patientmötet

Livsstilsförändring innebär en beteendeförändring för individen. Behovet ur ett patientperspektiv är att bibehålla god hälsa men även att få råd och stöd och vid behov hitta en hälsofrämjande livsstil som stärker den egenupplevda hälsan. För att personalen ska kunna stötta goda levnadsvanor och/eller hjälpa individer och grupper att förbättra/förändra sin livsstil behövs kunskap om beteendeförändring. Behovet ur ett personalperspektiv är att få verktyg för att kunna identifiera vilka behov av livsstilsförändringar som föreligger. Vidare behövs kännedom om verksamma metoder för att kunna ge råd och stöd vid beteendeförändring samt för att stärka den egenupplevda hälsan hos patienten. Med utgångspunkt från detta har nedanstående modell utvecklats efter inspiration av Whitlock EP et al. (se bilaga 2) som presenteras utifrån följande steg;



Modell utvecklad av Heidi Leppäniemi, Monica Pärus och Birgitta Steneberg Landstinget Sörmland, 2007.  
Fritt tolkad utefter Whitlock EP et. Al. Operationaliserad till Landstinget Sörmlands patientnära verksamheter

#### Steg 1. Identifiera livsstilsfaktorer, allmänt hälsotillstånd och psykiskt hälsotillstånd genom frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa”

Att tillfråga alla individer över 18 år om sina levnadsvanor och psykiska hälsotillstånd är en generell och effektiv insats och förebyggande strategi. Att bli tillfrågad har visat sig ha effekt genom att det får individen att börja tänka på sin livsstil. I mötet mellan patient och profession i öppen- och sluten vård ska frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” användas. Frågeformuläret bidrar till att skapa ett enhetligt arbetssätt och indikerar för patienten att landstinget tycker dessa frågor är viktiga att arbeta med. Genom att tillfråga alla patienter minskar risken för att individer känner sig utpekade. Besvarandet av formuläret bör vara frivilligt men något som rekommenderas av landstinget. Frågeformuläret behandlar fysisk aktivitet, alkohol, rökning/snusning samt allmänt hälsotillstånd och psykiskt hälsotillstånd. Anteckning görs också om längd, vikt och midjemått vilket möjliggör uträkning av BMI (se frågeformuläret bilaga 1).



*Frågeformuläret har således två syften;*

- för patienten: få råd och stöd att bibehålla eller hitta en hälsofrämjande livsstil.
- för personal: ett verktyg för att identifiera levnadsvanor och upplevt hälsotillstånd och få underlag för fortsatta insatser och samtal.

## **Steg 2. Datoriserad dokumentation och analys**

Dokumentation i BMS-journalen samt analys av svaren i ”Fem frågor om din hälsa” avgör vad åtgärden kan/bör bli.

*Åtgärderna efter analys kan se olika ut:*

Inget anmärkningsvärt i formuläret;

- positiv förstärkning av vald livsstil vid ordinarie samtal

Om anmärkningsvärt i formuläret;

- kort ”Motiverande samtal”

## **Steg 3. Kort motiverande samtal**

”Motiverande samtal”- kort rådgivning: är en insats på cirka 5 minuter, avsikten är att starta en förändringsprocess och erbjuda information och samtal om hälsorisker och bedöma patientens beredskap till förändring. I samtalet kan den skala som redogjorts för tidigare (se sid 40) användas för att identifiera var i förändringsstegen individen befinner sig. Var patienten befinner sig i förändringsprocessen avgör vidare stöd och insatser.

*Åtgärderna efter ett kort motiverande samtal kan se olika ut:*

- patienten ej beredd att förändra; stöttning och information samt uppföljning vid nästa besök
- patienten överväger (är osäker) och vill ha stöd; återbesök för längre motiverande samtal (15-30 min), förberedelser enligt steg fyra.
- patienten är beredd till handling; stöd enligt steg fyra .

Vid nästa besök bör uppföljning via BMS-journalen ske i syfte att stödja individen i sin livsstilförändring. Stöd behövs för att få hjälp att överväga en förändring, men även för den som är beredd och vill göra förändringen på egen hand.

#### Steg 4. Metoder och fördjupade screeningsverktyg för olika livsstilsfaktorer

En mer utförlig information och beskrivning av hur metoder och screeningsverktyg ska användas finns i Fördjupningsdelen (se sidan 48).

Livsstilsfaktorer	Metoder och screeningsverktyg
Fysisk aktivitet	Motiverande samtal, fysisk aktivitet på recept (FaR)
Kost	Motiverande samtal, BMI och midjemått, kostrådgivning - individuellt eller i grupp, viktgrupp
Tobak	Motiverande samtal, rökslutarhjälp/rökavvänjning - individuellt eller i grupp, nikotinersättningsmedel
Alkohol	Motiverande samtal, screeningsverktyget AUDIT som underlag för ett längre motiverande samtal
Psykisk hälsa	Motiverande samtal, screeningsverktyget HAD som underlag för ett längre motiverande samtal hos beteendevetare, kurator eller psykolog

#### Steg 5. Arrangera och organisera

I syfte att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa, stödja och/eller vidmakthålla livsstilsförändring, utveckla och kvalitetssäkra insatser, bör uppföljningskontakt arrangeras och stödstrukturer organiseras/skapas.

Stödstrukturerna organiseras/skapas utifrån; verksamhetens förutsättningar internt och externt, utifrån lokala förutsättningar och i samverkan med lokala aktörer exempelvis; idrottsföreningar, kommunala aktörer, ideella organisationer eller apoteket.

#### Steg 6. Uppföljning via datorjournal

Anteckningar i BMS-journalen möjliggör uppföljning och stöttning av livsstilsförändring, kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten.

### 9.4 Flödesschema för livsstilsförändring i Landstinget Sörmland

Flödesschemat nedan visar modellen ”Stages of Change” och de fem steg som indikerar var i förändringsprocessen patienten befinner sig. Schemat visar också för personalen när information, rådgivning och samtal bör ske för att ge bäst effekt vid främjande av en varaktig beteendeförändring. I flödesschemat visas också de steg som sker i patientmötet, från frågeformulär till åtgärder och metoder samt fördjupade screeningsverktyg för olika livsstilsfaktorer. Kopplat till detta synliggörs också fortsatta steg som personalen bör vidta utifrån var i förändringsprocessen patienten befinner sig (i schemat benämnt ”Utfall – beteendeförändring”).

Flödesschemat kan se olika ut för varje enskild verksamhet beroende på verksamhets karaktär. Det är viktigt att varje patientnära verksamhet i Landstinget Sörmland identifierar vad de kan bidra med för att stötta den enskilde individens livsstilsförändring.

## Teori

**”Stages of Change” -  
Fem förändringssteg**

Precontemplation  
*Före övervägande*

Contemplation  
*Övervägande*

Preparation  
*Förberedelse*

Action  
*Handling*

Maintenance  
*Vidmakthållande*

## Flödet i landstinget

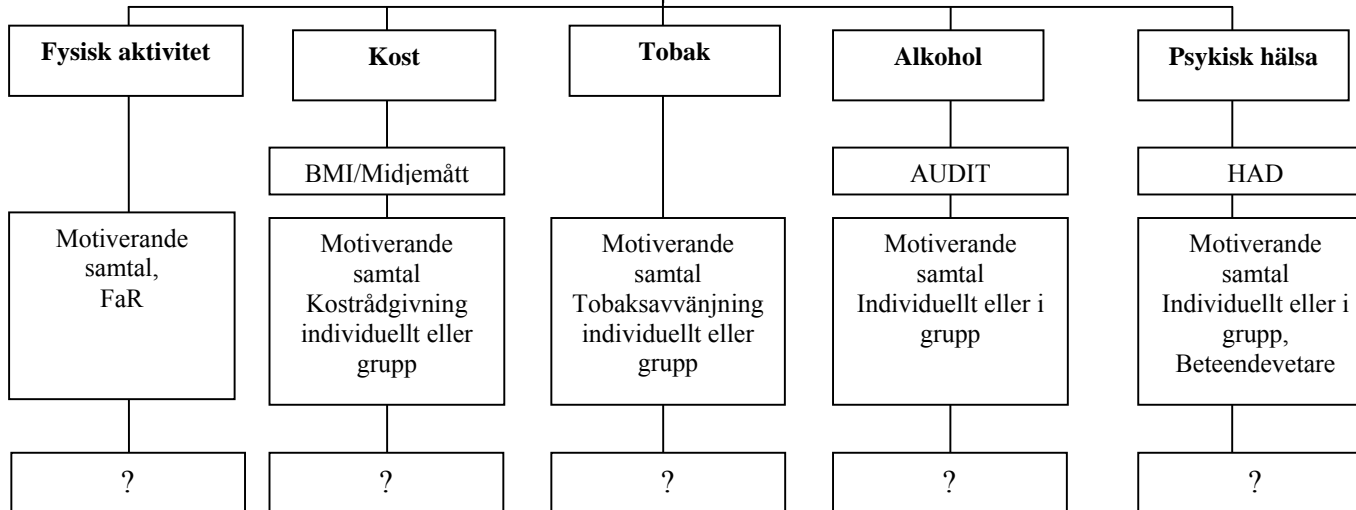
**Patientmötet - frågeformulär,  
metoder och screeningsverktyg**

Frågeformuläret ”Fem frågor om din  
hälsa” ges till samtliga patienter vid  
planerat besök

Patienten svarar på frågorna

Frågeformulär lämnas till vård-  
givaren som tolkar resultatet  
och noterar i BMS

**Kort motiverande samtal**  
utifrån svaren i formuläret



## Utfall

**Beteendeförändring**

- Patienten har bra vanor, stöttning och förstärkning.
- Patienten är ej redo att förändra, stöttning och information samt uppföljning nästa besök.
- Patienten överväger och vill ha stöd, förberedelser enligt schemat.
- Patienten medveten och kommit till handling, stöd enligt schemat.

# 10. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR DET HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETET I LANDSTINGET SÖRMLAND

## 10.1 Från ord till handling

Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet redovisar hur ansvaret för att uppnå målet för att främja individens egenupplevda hälsa ser ut.

Politikerna ansvarar för att;

- styra resurser till det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet
- föra en tydlig hälsoinriktad politik
- efterfråga resultat av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet

Tjänstemannaledning och förvaltningschefer/divisionschefer ansvarar för att:

- ge legitimitet till och stötta sin personal att utföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- efterfråga och följa upp resultat på divisions- och förvaltningsnivå
- synliggöra de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna

Verksamhetsansvariga chefer ansvarar för att;

- bryta ner det övergripande målet till den egna verksamheten
- identifiera och motivera lämpliga insatser och arbetssätt
- följa upp och redovisa hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser gjorda under året

Personalen ansvarar för att;

- medverka i arbetet och utföra/utveckla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

## 10.2 Förutsättningar för implementering

Implementering av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i landstingets patientnära verksamheter förutsätter;

- att verksamheterna identifierar hur de kan stötta individers livsstilsförändring utifrån respektive verksamhetsuppdrag
- mandat och tid för arbetet
- utbildning av all personal i såväl hälsofrämjande arbetssätt, hälsans bestämningsfaktorer som rekommenderade metoder samt screeningsinstrument
- förankring i alla led som berörs av arbetet

### **10.3 Förutsättningar för praktiskt arbete**

För att det praktiska arbetet skall kunna bedrivas behöver de patientnära verksamheterna;

- dokumenterade rutiner för arbetet utifrån flödesschemat
- möjlighet till dokumentation i BMS-journalen för uppföljning, kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten
- etablera samverkan internt och/eller externt utifrån verksamhetens förutsättningar, lokala förutsättningar och i samverkan med lokala aktörer för att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa, stödja och/eller vidmakthålla livsstilsförändring samt för att utveckla och kvalitetssäkra insatser
- utarbeta manualer som ger stöd i arbetet
- utarbeta gemensamma råd för varje livsstilsfaktor, för att patienter skall mötas av samma information och stöd i alla led i vården
- informationsbroschyrer som ger grundläggande kunskap kring varje livsstilsfaktor
- nätverk som stöd i arbetet, för utbyte av erfarenheter och utveckling i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet
- samverka och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan vårdgivare i bemötandet av personer med psykisk ohälsa

### **10.4 Förutsättningar för uppföljning och utveckling**

Förutsättning för en bra uppföljning är att mål och delmål har formulerats och är möjliga att mäta och att ett uppföljningssystem upprättas. Uppföljningssystem ger förutsättningar att på kort och lång sikt kunna utvärdera insatser och utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. För att möjliggöra uppföljning av arbetet krävs datoriserat stöd för dokumentationen. Dokumentationen ger möjlighet att:

- följa individens/grupperns levnadsvanor
- utvärdera, kvalitetssäkra och utveckla den egna verksamheten
- göra jämförelser över tid samt jämförelser mellan verksamheter

Det krävs vidare forskningsansatser för att bekräfta och vidareutveckla metoder som främjar goda levnadsvanor. Det finns också behov av mer hälsoekonomiska beräkningar. I Landstinget Sörmland finns FoU- Centrum som kan bidra med kompetens kring forskning, utvärdering och utveckling av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder och arbetssätt.

## **10.5 Nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus”**

För stöd i implementering, uppföljning och utveckling av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland rekommenderas medlemskap i nätverket ”Hälsofrämjande sjukhus”.

Världshälsoorganisationen – WHO:s Health Promoting Hospitals and Health Services är idag ett världsomspännande nätverk med över 625 sjukhus i 25 länder. Det svenska nätverket omfattar i dagsläget 29 medlemsorganisationer med 37 medlemssjukhus. Nätverket har från början riktat sig främst till sjukhus men idag finns flera landsting som anslutit sig med all sin hälso- och sjukvårdsverksamhet samt tandvård och fler landsting följer efter. Nätverket är en idéburen ideell verksamhet där kriterier för medlemskap är att;

- ett dokumenterat beslut är taget av landstingsledningen att verka i riktning mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- varje medlem ska presentera tre pågående utvecklingsarbeten (delprojekt) inom patient-, medarbetar- och befolkningsperspektivet
- aktiv uppföljning sker av arbetet

Nätverket träffas årligen vilket möjliggör erfarenhetsutbyte och utveckling av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet både nationellt och internationellt.

För att stödja medlemsorganisationernas styrning mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård arbetar nätverket intensivt med indikatorer för att;

- utveckla sjukdomsförebyggande insatser
- utveckla hälsofrämjande insatser
- bidra genom aktiv kunskapsförmedling
- aktivt medverka i befolkningsinriktat hälsoarbete
- främja en positiv hälsoutveckling hos de egna medarbetarna samt
- använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

## FÖRDJUPNINGSEDEL

### Fördjupning i ”Motiverande samtal” - faser och förhållningssätt

Utifrån var patienten befinner sig i förändringsprocessen kan personalen inta olika förhållningssätt och använda sig av olika tekniker för att stödja en förändring. I samtalet är det viktigt att utgå från patientens förutsättningar.

#### **Fasen: Före övervägande (inte beredd)**

Om patienten i samtalet upptäcks vara omedveten om sin ohälsosamma vana/vanor och inte ser det som ett problemområde eller inte är villig/intresserad av att diskutera en förändring av vanan bör samtalet begränsas till information. Syftet med informationen är att väcka patientens intresse och få igång en process som kan leda till att patienten går in i ett stadium av osäkerhet vilket innebär att patienten börjar överväga om de egna vanorna har betydelse och har ett samband med den upplevda hälsan. I före övervägandestadiet är det verkningslöst att föreslå eller rekommendera patienten att göra någon beteendeförändring. Sådan rådgivning är dokumenterat ineffektiv och i värsta fall leder det till större motstånd. I före övervägandefasen är målet att få patienten att fundera över en förändring. Personalen bör följa upp vanan vid nästa besök. Genom att följa upp patientens levnadsvanor vid varje kontakt stärks och stöttas patienten att gå vidare i motivationscirkeln. De patienter som är i före övervägandefasen bearbetas på så vis till att så småningom överväga förändring (bli osäkra).

I samtalet kan en skala användas (se figur nedan) som är en utveckling av motivationscirkeln för att identifiera var i förändringsstegen individen befinner sig. Med hjälp av skalan kan eventuella hinder också identifieras.



Efter att patienten kryssat i eller pekat ut var han/hon befinner sig på skalan kan praktikern i det motiverande samtalet fråga patienten exempelvis;

-Varför sattes krysset just där?

-När vet du att du är beredd att göra en förändring?

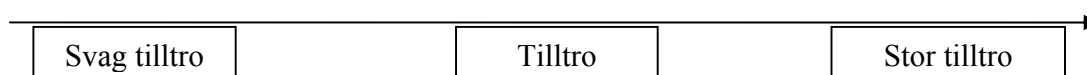
-Vad skulle du kunna göra för att kunna förflytta dig mer åt höger på skalan (mot beredd)?

#### **Fasen: Övervägande (osäker)**

I detta stadium, råder en ambivalens hos patienten mellan vad som är bra och vad som är dåligt med nuvarande vana/vanor. När patienten upplever en osäkerhet över, det vill säga överväger, om vanan/vanorna är orsak till hur patienten mår, är det personalens uppgift att i ett längre motiverande samtal (15-30 min) med patienten diskutera för- och nackdelar med vanan/vanorna. I och med detta kan många patienter öka sin medvetenhet och klargöra inför sig själva vilka alternativ som finns och väga för och emot. Patienten stöttas på detta sätt till förberedelse och till slut till handling.

### **Faserna: Förberedelse/ Handling (beredd):**

I denna fas står det klart att patienten har bestämt sig för att ändra sina vanor men har ännu inte kommit igång. Personalens uppgift blir då att underlätta och förbereda handling. Här kan personalen i samtalet (15-30 min) ge information om exempelvis de möjligheter till stöd som finns att tillgå inom hälso- och sjukvården eller i lokalsamhället. I detta skede är det möjligt att använda en skala (se figur nedan) som patienten fyller i och som mäter patientens tilltro till sin egen förmåga att göra en förändring, identifiera eventuella hinder och stöd i den sociala omgivningen. Genom detta ökas patientens tilltro till sin egen förmåga. Tilltron till den egna förmågan har starkast samband med att förändringen blir bestående.



Praktikern kan exempelvis efter att patienten kryssat i skalan eller pekat ut var hon befinner sig på skalan ställa frågor som;

- *Varför sattes krysset just där?*
- *Vad skulle du kunna göra för att för att kunna flytta dig mer åt höger på skalan (mot stor tilltro)?*
- *Vad skulle du kunna göra för att få en större tilltro till dig själv och din förmåga?*

### **Fasen: Vidmakthållande**

Här är det personalens uppgift att stötta patienten genom att göra uppföljning av vanor/vanorna och prata om levnadsvanornas betydelse för hälsan. En uppföljningskontakt bör därför arrangeras där stödstrukturer skapas utifrån verksamhetens förutsättningar internt och externt och i samverkan med lokala aktörer främja gynnsamma levnadsvanor och psykisk hälsa, stötta och/eller hjälpa till att vidmakthålla livsstilsförändringen.<sup>105</sup>

## **ATT FRÄMJA LEVNADSVANOR OCH PSYKISK HÄLSOTILLSTÅND I PATIENTMÖTET**

Att samtala om levnadsvanornas och det psykiska hälsotillståndets betydelse för hälsan med alla patienter i varje patientmöte är en främjande och förebyggande insats. Frågeformuläret ”Fem frågor om din hälsa” rekommenderas som det verktyg som ska användas för att identifiera levnadsvanor och psykiskt hälsotillstånd och utgöra underlag för samtal. I följande kapitel finns fördjupad kunskap om levnadsvanornas påverkan på hälsan samt metoder och validerade screeningsinstrument som kan användas vid anmärkningsvärt i någon/några av frågorna i ”Fem frågor om din hälsa”.

---

<sup>105</sup> Zimmerman G. Olsen C. Bosworth M.( 2000) A “stages of change” approach to helping patients change behaviour. Am Fam Physician 2000;61:1409-16.



## Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ökar välbefinnandet. När vi motionerar blir vi gladare eftersom kroppens produktion av ”lyckohormonet” endorfin ökar. Fysisk aktivitet har många gynnsamma effekter på hälsan. Den vetenskapliga rekommendationen för fysisk aktivitet innebär att alla individer, helst varje dag, bör vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter.<sup>106</sup> Intensiteten på aktiviteten bör vara måttlig, såsom en rask promenad, trädgårdsarbete, hushållsarbete etc. Valet av just 30 minuter daglig fysisk aktivitet som motsvarar 150 kcal. per dag eller cirka 1000 kcal per vecka baserar sig på studier i vilka risken för förtidig död reducerades redan vid förbrukning av 70 kcal per dag, risken minskade ytterligare om förbrukningen uppgick till cirka 150 kcal per dag.<sup>107</sup> De nya rönen säger att intensiteten i själva aktiviteten inte är avgörande för att nå hälsoeffekter utan den viktigaste faktorn är den totala energiförbrukningen. Vid måttlig intensitet måste varaktigheten vara längre jämfört med högre intensitet för att uppnå motsvarande hälsoeffekter<sup>108</sup>

Med fysisk aktivitet menas i denna sammanställning aktivitet som ger en ökad energiomsättning, muskelaktivitet så som promenader, friluftsliv, motion och träning men även den vardagliga aktiviteten som hushållsarbete, trädgårdsarbete eller belastning i arbetet.

### Samband mellan fysisk aktivitet och hälsa

Studier visar på att fysisk aktivitet ökar både psykiskt och fysiskt välbefinnande och minskar risken att utveckla olika sjukdomstillstånd. Det finns starka samband mellan fysisk aktivitet och hälsa, nedan presenteras de mest kända sambanden:

Fysisk aktivitet bidrar till bättre	Fysisk aktivitet minskar
kondition och syreupptagningsförmåga sömn kroppskänedom välbefinnande livskvalitet kroppens funktionalitet mm <sup>109 110</sup> .	hjärt- och kärlsjukdomar högt blodtryck övervikt och fetma risken för fallolyckor tjocktarmscancer risken för depressioner, oro/ängslan kroniska ryggsmärtor i långdryggen benskörhet

106 Pate RR, Pratt M, Balir SN, et al. Physical activity and public health: A recommendation

from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402-7.

107 Pate RR, Pratt M, Balir SN, et al. Physical activity and public health: A recommendation

from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402-7.

108 Jansson E. Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet. Fyssh.

109 EBM guidelines. Physical activity in the prevention, treatment, and rehabilitation of diseases. 2004-06-29.

110 Kahn E B et al .The effectiveness of interventions to increase physical activity. Am J Med 2002;22 (4S):73-107.

## Vid anmärkningsvärt i "Fem frågor om din hälsa"

Ordination av rätt motionsform är avgörande för att fysisk aktivitet skall ge avsedd effekt.

### Metod för att påverka fysisk aktivitet, FYSS och FaR

**FYSS** – Fysisk aktivitet Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling - är en manual och ett hjälpmedel till den som ordinerar fysisk aktivitet. I FYSS finns kunskap om betydelsen av fysisk aktivitet för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. Den belyser de sjukdomsgrupper där tillräcklig mängd vetenskapliga belägg finns för att fysisk aktivitet är lämplig som behandlingsform.

**FaR** - Fysisk aktivitet på Recept - är ett komplement till/eller ersättning för läkemedel. Metoden bygger på att patienten förskrivs recept på en lämplig aktivitet som görs i egen regi inom hälso- och sjukvården eller hos en lokal friskvårdsaktör som exempelvis inom det lokala föreningslivet.

FYSS och FaR är ett nationellt samarbetsprojekt mellan Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) och Folkhälsoinstitutet (FHI). FaR används spritt inom hälso- och sjukvården idag. FaR är inte utvärderad men det finns kunskapsunderlag som sammanställt de erfarenheter som är gjorda vid användandet av FaR. Att skriva ut FaR är ett relativt nytt arbetssätt och någon given modell att arbeta efter finns ännu inte. Arbetet med FaR tar ofta utgångspunkt från lokala förutsättningar och samverkan mellan förskrivare och friskvårdsorganisationer, vilket gör att varje modell i sig blir unik. I FYSS finns det stöd som behövs för personalen som ordinerar fysisk aktivitet på recept. FaR ges efter motiverande samtal till individer som är beredda till handling.

### För att använda FaR förutsätts att:

1. FHI har gett rätten att skriva ut FaR. (Syftet med detta är att rätt information fås om hur FaR ska användas). Enbart yrkesgrupper inom vård och behandling som har utbildning/tjänst som legitimerad personal får skriva ut recept enligt FYSS
2. den som skriver ut recept ska ha god kompetens och tillräcklig kunskap om den aktuella patientens hälsostatus
3. FaR ges i samråd med patienten utifrån dess förutsättningar att utöva fysisk aktivitet
4. det finns kunskap om olika aktiviteters för- och nackdelar hos den som ordinerar fysisk aktivitet
5. arbetsformen är förankrad innan arbetets början hos personal och anställda
6. FaR sätts i ett sammanhang och integreras i den ordinarie verksamheten
7. en tydlig kommunikerbar struktur är utarbetad i form av ett flödesschema som underlättar arbetet
8. kontaktpersoner med telefonnummer, adresser, arbetsmaterial, broschyrer och prislistor är framtagna innan arbetet med FaR-förskrivning börjar
9. ett nätverk och samverkan är utarbetad med närområdet. <sup>111</sup>

---

<sup>111</sup> [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_786.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page___786.aspx)

## Kost

En riktigt sammansatt kost har stor betydelse för vårt välbefinnande och vår hälsa både på kort- och lång sikt. De rekommendationer som finns idag är att vuxna bör få i sig 2 000 kalorier per dag och att näringstillförsel/energi bör fördelas på tre huvudmål och två mellanmål.

För att få en näringsrik måltid räcker det inte bara med att äta rätt, utan att också hitta en bra balans mellan olika livsmedel. Idag äter många för lite fibrer och kolhydrater (från fullkornsprodukter) och för mycket fett och socker. Konsumtion av livsmedel som innehåller mycket fett och/eller socker bör utgöra mindre än 15 procent av det totala energiintaget.<sup>112</sup>

### Samband mellan kost och hälsa

Övervikt medför inte nödvändigtvis några hälsoproblem men vid fetma, åtminstone före 65 års ålder, föreligger en klart ökad risk för olika sjukdomar och en förtidig död. Risken ökar med stigande grad av fetma och speciellt vid bukfetma.<sup>113</sup> Här nedan redogörs för de vanligaste sambanden mellan kostvanor och hälsa.

Samband mellan bra kostvanor och hälsa	Samband mellan dåliga kostvanor och vanligast förekommande sjukdomar och ohälsa	Samband mellan fetma och sjukdom	Samband mellan låg kroppsvikt och sjukdomssymtom
jämnare blodsockernivåer, jämnare kolesterolvärden och blodtryck bättre ork och vitalitet starkare immunförsvarssystem starkare skelett, tänder, hud och naglar utrensande effekt av gifter stimulerar mag- och tarmkanalen	hjärt- och kärlsjukdomar typ-2 diabetes högt eller lågt blodtryck gallsten ledbesvär försämrad tandhälsa	hjärt- och kärlsjukdomar typ-2 diabetes högt blodtryck hjärtinfarkt gallsten sömnapné rygg-, höft-, knä- och ledbesvär vissa cancersjukdomar infertilitet psykisk ohälsa	dåliga blodvärden så som järnbrist låg vilopuls låg kroppstemperatur huvudvärk låg prestationsförmåga trötthet magont psykisk ohälsa

### Vid anmärkningsvärt i "Fem frågor om din hälsa"

Vid anmärkningsvärt avseende BMI och midjemått bör kostråd och råd om rätt mängd av fysisk aktivitet ges.

### Metod för att påverka kostvanor

Den metod som föreslås för att främja kostvanor utgår från principen att bra kostvanor ger jämnare energitillförsel. Genom balans mellan intag av energi och förbrukning av energi främjas hälsan och övervikt kan undvikas. Tre måltider om dagen; frukost, lunch och middag samt två till tre mellanmål ger jämn energitillförsel till kroppen och bättre ork. Det är dock viktigt att dessa

113 Livsmedelsverkets hemsida [www.slv.se](http://www.slv.se) 2007-03-19

måltider är rätt sammansatta. En rekommenderad modell, som på ett enkelt sätt illustrerar bra portioner och innehåll till lunch och middag, är ”Tallriksmodellen”. Nedan redogörs för hur en tallrik bör se ut för en individ med ett fysisk krävande arbete och som för övrigt har ett fysiskt aktivt liv. Ju mer stilla sittande individen är i vardagen desto större bör sektor två på tallriken vara.



Sektor 1 fylls med potatis, pasta, ris eller liknande

Sektor 2 fylls i med rotfrukter och grönsaker

Sektor 3 fylls i med kött, fisk, ägg eller ett vegetariskt alternativ<sup>114</sup>

För att ha något att utgå ifrån vid mötet med patienter och vid samtal om kostvanor kan BMI-måttet (Bodymass Index) användas för att definiera mängden kroppsfett. BMI räknas ut genom att ta kroppsvikten i kg dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat. BMI-testet är lämpligt att användas för vuxna från 18 år uppåt. BMI tar inte hänsyn till hur stor del av kroppsmassan som är muskler och hur stor del som är fett eller hur fett är fördelat i kroppen vilket är en svaghet i metoden. Som komplement bör därför också midjeomfånget mätas. Vedertagna rekommendationer för midjemått och BMI samt åtgärder redovisas nedan. Observera att rekommendationerna gäller vuxna och att personliga mått framräknade med hjälp av matematiska formler endast ska ses som riktlinjer och användas med sunt förnuft.

### Midjemått

Rekommendation	Män	Kvinnor
Gå ner i vikt	>102 cm	>88 cm
Undvik viktuppgång	94-102 cm	80-88 cm
Behåll aktuell vikt	<94 cm	<80 cm

### BMI för äldre och vuxna individer

För äldre personer 65 – 80 år är normalt BMI-värde mellan 22-27 och för personer över 80 år är normalt BMI-värde 24-29. Undernäring hos äldre personer kan leda till muskelsvaghet och risken för fallskador ökar. Ofrivillig viktminskning bör utredas i ett tidigt skede. En viktförlust på mer än 5 % det senaste halvåret eller mer än 10 % under det senaste året är en riskfaktor för undernäring hos äldre.<sup>115</sup>

<sup>114</sup> Livsmedelsverkets hemsida [www.slv.se](http://www.slv.se) 2007-09-25 om kostråd.

<sup>115</sup> SoS-rapport 2000:11 Näringsproblem i vård och omsorg.

<b>Gränsvärden för BMI vuxna<sup>116</sup></b>	<b>Rekommendation</b>
Undervikt 17,5	för vuxna och äldre bör en närmare undersökning av patienten göras för att klargöra vad undervikten beror på. För unga och vuxna med fysiska besvär, bör eventuell test för DMS- IV kriterier för anorexia nervosa göras. Vid upptäckt av ätstörning behövs tvärprofessionell kompetens för att stötta patienten på bästa sätt.
Undervikt < 18,4	hänvisning till normala kostvanor, frukost, lunch och middag samt två till tre mellanmål per dag enligt tallriksmodellen
Normalvikt 18,5-24,9	fortsatt ordination att äta hälsosamt samt fysisk aktivitet för att behålla normalvikt
Övervikt 25-29,9	individens väger för mycket i förhållande till sin längd. Ordination om att äta hälsosamt och regelbundet, rekommendation om fysisk aktivitet minst 30 minuter per dag och integrerad rörelse i vardagsaktiviteter
Fetma ≥ 30	tvärprofessionell kompetens behövs för att stötta patienten på bästa sätt. Profession med beteendevetenskaplig kompetens, kontakt med dietist för individuell kostrådgivning eller viktgrupp för stöd och information om bra mat och rörelse.

#### **UNDERVIKT (BMI under 18,5)**

För vuxna och äldre är BMI under 17.5 allvarlig undervikt, om det dessutom föreligger fysiska besvär så som trötthet, låg prestationsförmåga, låga blodvärden och låg kroppstemperatur bör vidare utredning göras direkt. Unga och vuxna individer bör eventuellt testas för DMS- IV kriterier för anorexia nervosa. Vid upptäckt av ätstörning behövs multiprofessionellt stöd och hjälp, beteendevetenskaplig kompetens och kontakt med dietist. Hälsoriskerna vid måttlig undervikt är låga, men en liten viktökning kan innebära att individen känner sig piggare och får bättre prestationsförmåga. Ordination av normala kostvanor med frukost, lunch och middag samt två till tre mellanmål.

#### **NORMALVIKT (BMI 18,5 – 24,9)**

Fortsatt ordination om att äta hälsosamt, tre måltider om dagen samt två till tre mellanmål och dessutom fysisk aktivitet för att behålla normalvikt.

#### **ÖVERVIKT (BMI 25 – 29,9)**

Individen väger för mycket i förhållande till sin längd. För att gå ner i vikt ges ordination om att äta hälsosamt och regelbundet samt 30 minuters fysisk aktivitet dagligen. Om individen inte vill gå ner i vikt, är rekommendation om en bromsning av viktökningen av stor betydelse för hälsan.

#### **ÖVERVIKT MELLAN BMI 25-27**

Innebär generellt sett en måttlig ökning av risk för ohälsa. Från BMI 27 ökar riskerna betydligt för bland annat högt blodtryck, förhöjda blodfetter och diabetes typ-2. Värk i leder och rygg kan förekomma. Om individen inte upplever sig må bra på grund av övervikt eller av andra orsaker bör en individuell bedömning göras för eventuell vidare behandling.

#### **FETMA (BMI 30.0 och uppåt)**

Individen bör gå ner i vikt för att inte riskera att drabbas av olika sjukdomar, till exempel högt blodtryck, förhöjda blodfetter och diabetes typ-2. Hur stora hälsoriskerna är beror på graden av fetma och hur individen mår i övrigt. Individuell rådgivning bör ske av profession med

<sup>116</sup> [http://www.fhi.se/upload/ar2007/MI\\_samtal/Kost.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2007/MI_samtal/Kost.pdf) Kost och fysisk aktivitet en kunskapsöversikt.

beteendevetenskaplig kompetens, kontakt med dietist för individuell kostrådgivning eller viktgrupp för stöd och information om lämplig motion.

## **Tobak**

Cigarettök innehåller 4 000 kemiska ämnen, varav fler än 50 är kända som cancerframkallande. Rökningen har i stort sett effekter på alla kroppens organsystem. Hälsovinsterna är stora om de som brukar tobak upphör med bruket.<sup>117</sup> De flesta som använder tobak vill sluta med sitt tobaksbruk.<sup>118</sup> Uppskattningsvis vill 25-40 procent av rökarna sluta varje år. De flesta försök misslyckas. Bara 2-3 procent är rökfria ett år senare. Kort rådgivning inom hälso- och sjukvården fördubblar chansen att ett rökstopp försök lyckas. Intensiv avvänjning kan mångdubbla resultatet och upp till 30 procent kan då bli rökfria.<sup>119</sup>

### **Samband mellan tobaksbruk och hälsa**

Ett 40-tal sjukdomar, var av många är dödliga, har direkt samband med rökning. Nikotin är en drog som snabbt ger fysiologiskt och psykologiskt beroende. I ICD 10 klassificeras både nikotinberoende och nikotinabstinens som substansbetingad psykisk störning. Redan efter några år har den som slutat röka avsevärt minskat sin risk att drabbas exempelvis av hjärtinfarkt eller slaganfall medan risken att utveckla cancer avtar långsammare. De långsiktiga effekterna på hälsan av snus är hittills otillräckligt utforskade. Det finns motstridiga resultat om snusets effekter på hjärt- och kärlsystemet liksom risken för snusare att få diabetes. Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens, men en sådan jämförelse blir skev då få andra produkter är så hälsovådliga som rökning. Snus innehåller 2 000 ämnen av vilka en del är cancerframkallande. Det finns därför skäl att vara försiktig i inställningen till snusning.

<b>De vanligaste sjukdomar som är direkt kopplade till rökning</b>	<b>Andra effekter</b>	<b>De vanligaste sjukdomar som är direkt kopplade till passiv rökning</b>
hjärt- och kärlsjukdomar kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) magsår lungcancer flera andra typer av cancer så som tjocktarmscancer, magcancer	impotens barnlöshet för tidig födsel spädbarnsdödlighet försämrad tandhälsa	hjärt- och kärlsjukdomar inflammationer tex. luftrörskatarr låg födelsevikt astma

117 US dept. of health and human Services. (1990)The health consequences of smoking. A report by the Surgeon General.  
[http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm)

118 Statens folkhälsoinstitut (2004) Tobak och avvänjning. Stockholm. Rapport R 2004:29.

119 Statens folkhälsoinstitut. Tobaksavvänjning i hälso och sjukvården- En kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal 2007. Stens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen.

De vanligaste sjukdomarna som har samband med bruk av snus	Andra effekter
förhöjt blodtryck cancer i bukspottkörtel och mun försämrad munhälsa	havandeskapsförgiftning låg födelsevikt för tidig födsel plötslig spädbarnsdöd

## Vid anmärkningsvärt i ”Fem frågor om din hälsa”

### Metod att påverka tobaksbruk

Att bli tillfrågad om sina tobaksvanor följt av en personligt anpassad rådgivning, kort motiverande samtal, i det ordinarie patientmötet kopplat till uppföljning vid återbesök är en effektiv metod för att få individer att bli medvetna och komma till handling att sluta röka/snusa. Mer insatser från sjukvårdspersonalen i form av längre professionell rådgivning så som ”Motiverande samtal” (15-30 min) eller fler besök kan ge ytterligare ökning av antalet rök- och snusfria personer. Rådgivningen/samtalet kan genomföras i grupp eller individuellt.<sup>120</sup> Interventioner där teoretiska modellen ”Stages of Change” har används som utgångspunkt i samtalet är effektiva. Nikotinersättningsmedel under de första månaderna vid ett tobaksstopp förebygger återfall, om individen är motiverad, det vill säga kommit till handling.<sup>121 122</sup>

### Alkohol och Narkotika

För många är alkohol en del av vårt levnadssätt och vår kultur. Vi har en lång tradition av helgberusning i Sverige och alkohol förknippas ofta med fester och högtider. Det är svårt att ge allmänna råd om vad som är en riskfri alkoholkonsumtion. Det är många olika faktorer som spelar in - allt från genetiska förutsättningar till livssituation. Det är endast i ett fåtal fall en mindre mängd alkohol kan vara bättre än ingen alkohol alls. Hälsoeffekter kan endast nås vid mycket låg alkoholkonsumtion, ett knappt standardglas, vilket motsvarar 15 cl vin eller 33 cl starköl eller 4 cl sprit om dagen för män, 70 år och äldre och mindre än ett halvt standardglas för kvinnor i samma ålder. Alkoholen har då skyddande effekt mot sjukdomar i hjärtats kranskärl, sjukdomar i hjärnans kärl och typ-2 diabetes (åldersdiabetes). Konsumtion över detta leder till ökad risk för ohälsa.<sup>123</sup> Unga människor har ingen nytta av alkohol, men efter medelåldern visar forskning tilltagande nytta, mer för män än för kvinnor.

120 Hopkins DP et al. (2001) Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of guidelines. Am J Prev. Med 2001;20(2s) 67-87.

121 Steptoe A et al. (2001) The impact of behavioural counselling on Stages of Change in Fat Intake, Physical Activity and Cigarette smoking in Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 2001;91:265-269.

122 SBU. Metoder för rökavvänjning. SBU rapport 138. 2007-02-12

123 Corrao G. Et al. (2004) A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventing medicine, 2004.38(5):p.613-619.

Med måttlig konsumtion av alkohol menas att den regelbundna konsumtionen är låg och berusningsdrickande inte förekommer. Ur medicinsk synpunkt bör män inte dricka mer än 2 standardglas per dag och kvinnor inte mer än 1–1½ standardglas per dag, eller 14 respektive 9 standardglas per vecka. Riskfylld alkoholkonsumtion innebär för kvinnor, två flaskor vin eller 6-9 burkar starköl eller 50 cl starksprit per vecka och för män, tre flaskor vin eller 9-12 burkar starköl eller 75cl starksprit per vecka. Med berusningsdrickande avses mer än tre standardglas vid ett och samma tillfälle för kvinnor och mer än fyra standardglas för män. Det är främst berusningsdrickandet som har betydelse för utvecklingen av negativa effekter för hälsan.

### Samband mellan alkohol, narkotika och hälsa

När en viss konsumtionsnivå överstigs är alkohol- och narkotikabruk en stor sjukdomsimitator. Om rätt problem inte behandlas och kommer i fokus kan detta leda till omotiverad läkemedelsförskrivning och att situationen förvärras. Ofta är de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ett etablerat beroende genomgripande för individen och de närstående. Studier av konsumtionsvanorna i en befolkning har visat ett samband mellan en ökad alkoholkonsumtion och en ökning av självmorden i länder där starkspritskonsumtion är vanlig och där konsumtionen ofta är koncentrerad till veckohelger som till exempel i Sverige.<sup>124</sup> Alkoholberoende är näst efter depression den vanligaste diagnosen vid självmord.

### Alkohol

Här nedan redogörs för de vanligaste alkoholrelaterade hälsoproblemen.

Hälsoproblem vid skadlig alkoholkonsumtion	Missbruk av alkohol leder ofta till allvarliga sjukdomar som drabbar	Andra effekter vid riskbruk och beroende
sömnstörningar, ångest, oro, nedstämdhet övervikt hypertoni dyspepsi- besvär från övre magmunnen så som sura uppstötningar hjärtarytmier förmaksflimmer även andra arytmier hjärtinsufficiens varia – gikt, alkohol är bakomliggande orsak till 50 % av fallen cancer i matstruppen, munhålan, svalget försämrad tandhälsa	hjärnan nervsystemet levern muskler hjärta och kärl impotens bukspottskörtelinflammation	skador självmord våld/mord rattfylleri social utsatthet övriga kriminella handlingar <sup>125</sup> <sup>126</sup>

124 Ramstedt R. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001; Supp 11; 96: S59–S75.

125 Heilig M. Sjögren J. Alkohol- riskbruk, missbruk och beroende. *Läkemedelsboken* 2005/2006. Apoteket AB

126 Andreasson S. Allebeck P. Alkohol och hälsa- En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. 2005:11



## Narkotika

De vanligast förekommande drogerna i Sverige är amfetamin och kokain, två väldigt lika centralstimulerande droger. Nedan redogörs för hälsoeffekterna avseende amfetamin och kokain

Mindre doser	Större doser	Mycket höga doser
sämre aptit ökad andnings- och hjärtverksamhet förhöjt blodtryck utvidgning av pupillerna	sämre aptit muntorrhet feber svettningar huvudvärk otydlig syn och yrsel högre hjärtverksamhet snabbare andning högre kroppstemperatur svettning och blekhet vitaminbrist undernäring balansrubbingar försämrad tandhälsa	dålig aptit vitaminbrist undernäring rodnad blekhet mycket snabb och oregelbunden hjärtverksamhet darrningar bristande koordination kollaps död

Psykiska effekter efter kort tids användning av amfetamin eller kokain	Psykiska effekter efter längre tids bruk av amfetamin eller kokain	Andre effekter vid bruk av narkotika
känslor av ökad livlighet och energi minskad trötthet samt en känsla av välbefinnande, dessa känslor ersätts dock efter några dagars eller veckors missbruk av utbrändhet och abstinens.	utbrändhet abstinens rastlöshet extrem retlighet sömlöshet misstänksamhet hallucinationer vanföreställningar psykoser <sup>127</sup>	våld kriminalitet skador social utsatthet

Missbruk av alkohol och narkotika definieras utefter fyra kriterier vilka skall vara uppfyllda under ett års tid för att ett missbruk ska anses föreligga:

1. upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter i arbetslivet, skolan eller i hemmet
2. upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet
3. upprepade kontakter med rättsväsendet som en följd av missbruket
4. fortsatt användning trots återkommande problem<sup>128</sup>

Beroende är en konsekvens av en längre tids drickande av riskfyllda mängder alkohol eller bruk av narkotika. Beroende definieras utefter sju kriterier så kallad DSM-system (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders) tre av dessa skall vara uppfyllda under tre års tid för att ett beroende av alkohol eller narkotika kan anses föreligga:

127 www.can.se 2007-07-02

128 SBU (2001)Behandling av alkohol och alkoholproblem- En evidensbaserad kunskapsmanställning. Stockholm.

1. behov av allt större dos för att uppnå berusningseffekt
2. abstinensbesvär när bruket upphör
3. intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs
4. varaktig önskan eller misslyckade försök att minska intaget
5. betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika
6. viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas
7. fortsatt användning trots kroppsliga och psykiska skador

### Vid anmärkningsvärt i ”Fem frågor om din hälsa”

Vid anmärkningsvärt i ”Fem frågor om din hälsa” kan screeningsverktyget AUDIT användas för att ytterligare kartlägga alkoholbruket och för att få underlag för det motiverande samtalet och/eller för vidare stödinsatser. Vid upptäckt av alkoholmissbruk, vid samtal med patienten, är det rimligt att ställa frågan om annan droganvändning förekommer i avsikt att i sådana fall erbjuda adekvat hjälp.

### Metod för att påverka alkoholriskbruk

Forskning visar att den metod som ger bäst effekt för minskat alkoholbruk är att uppmärksamma bruket, ge stöd vid ett motiverande samtal och följa upp bruket. I det motiverande samtalet kan praktikern utan påtryckningar stötta patienten att göra klart för sig motiven för sitt drickande, för- och nackdelar med beteendet och underlätta beslut om att minska eller upphöra med sitt riskdrickande.<sup>129 130</sup> För att kartlägga patientens alkoholvanor förslås screeningsverktyget AUDIT. Verktöget har tagits fram inom WHO och är utprovat i flera länder. Det har översatts och kvalitetssäkrats till svenska förhållanden på Karolinska Institutet i Stockholm. Verktöget har visat god känslighet och träffsäkerhet för att upptäcka skadligt drickande och tidiga alkoholproblem.

### Frågeformuläret AUDIT

AUDIT består av tio frågor där varje fråga kan ge maximalt 4 poäng. Frågorna kan delas in i tre delskalor:

Fråga 1-3 Alkoholkonsumtion

Fråga 4-6 Beroendesymptom

Fråga 7-10 Skadlig konsumtion



### Poängberäkning och gränsvärde

Poängberäkningen går till så att på fråga 1-8 tilldelas svaren (från vänster till höger) 0, 1, 2, 3 respektive 4 poäng. På frågorna 9-10 tilldelas svaren (från vänster till höger) 0, 2 och 4 poäng. För riskbruk av alkohol gäller gränsvärdet 8 poäng eller högre ( $\geq 8$ ) för män och 6 poäng eller högre ( $\geq 6$ ) för kvinnor. Alternativt kan samma gränsvärde, 8 poäng eller högre ( $\geq 8$ ), användas både för män och för kvinnor.<sup>131</sup>

129 Andréasson S, Allebeck P. (2005) Alkohol och hälsa: en kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Statens folkhälsinstitut. Rapport nr 2005:11.






130 SBU- rapport Alkohol och narkotikaproblem - Effektiv hjälp finns i vården.

131 Riskbruksprojektet se sidan: [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_8936.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page___8936.aspx)

# AUDIT

## Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? <input type="text"/> år		Man <input type="checkbox"/>		Kvinna <input type="checkbox"/>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?		1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>			
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller <i>mer</i> vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvets- förebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>						
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>						

Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

## **Psykisk hälsa**

För den enskilde är psykisk hälsa en tillgång som gör att han/hon kan förverkliga sin intellektuella och emotionella potential samt uppfylla sin roll i det sociala livet, skolan och i arbetslivet. Att må bra ökar motståndskraften mot sjukdomar och är grunden för att vardagen ska fungera och för att uppleva livskvalitet och balans i livet. En positiv självbild och ett gott självförtroende bidrar till vår utveckling.<sup>132</sup> Variationer i självupplevd psykisk hälsa har samband med de problem som den enskilde har i sin livssituation. Sociala och ekonomiska förhållanden, möjligheter till delaktighet och inflytande i skolan eller på arbetsplatsen, har betydelse för psykisk hälsa. Psykisk hälsa påverkar också våra levnadsvanor.

Här nedan redogörs för de vanligast förekommande symtomen vid psykisk ohälsa.

<b>Vanligast förekommande symtom vid psykisk ohälsa så som oro, ångest och depressioner</b>
---

huvudvärk stress besvär i mage och tarm nedstämdhet sömnbesvär, insomningssvårigheter muskelspänningar eller muskelvärk rastlöshet otålighet koncentrationssvårigheter irritabilitet
---

### **Vid anmärkningsvärt i "Fem frågor om din hälsa"**

Vid anmärkningsvärt i "Fem frågor om din hälsa" kan screeningsverktyget HAD (Hospital and Depression Scale) användas för att ytterligare kartlägga det psykiska hälsotillståndet och för att få underlag för det motiverande samtalet och vidare stödinsatser.

### **Metod för att påverka psykisk ohälsa, screeningsverktyget HAD**

Bemötande, omhändertagande, tillgänglighet och tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivare men även etablerad samverkan mellan vårdgivare är viktiga förebyggande strategier för att stötta personer med psykisk ohälsa. Vid anmärkningsvärt i "Fem frågor om din hälsa" rekommenderas att screeningsverktyget HAD används. HAD är ett väl validerat självskattningsinstrument<sup>133</sup> som visar på patientens sinnesstämning. Det tar ca 5 minuter att fylla i formuläret och poängen summeras med hjälp av en rättningsmall. Måttet kan fungera som underlag i samtal och vid bedömning av eventuella vidare stödinsatser så som ett längre motiverande samtal, självhjälpgrupp, samtal hos beteendevetare, kurator eller psykolog. Om resultatet av svaren överstiger tio depressions- respektive ångestpoäng talar detta för ett kliniskt signifikant tillstånd som motiverar fördjupad diagnostik och eventuell behandling.

132 Europeiska gemenskapernas kommission. (2005) Grönbok- förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen. Bryssel

133 Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelman D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. JPsychosom Res 2002;52:69-77

## Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Frågor som relaterar till ångest är markerade med Å och depression med D. Poängen för varje svar finns i högerkolumnen. Markera svaren på respektive fråga och summera på slutet av sidan. Ringa in de svar som du tycker passar bäst.

### Å Jag känner mig spänd och nervös:

Mestadels	3
Ofta	2
Av och till	1
Inte alls	0

### D Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:

Definitivt lika mycket	0
Inte lika mycket	1
Endast delvis	2
Nästa inte alls	3

### Å Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända:

Mycket klart och obehagligt	3
Inte så starkt nu	2
Betydligt svagare nu	1
Inte alls	0

### D Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:

Lika ofta som tidigare	0
Inte lika ofta nu	1
Betydligt mer sällan nu	2
Aldrig	3

### Å Jag bekymrar mig över saker:

Mestadels	3
Ganska ofta	2
Av och till	1
Någon enstaka gång	0

### D Jag känner mig på gott humör:

Aldrig	3
Sällan	2
Ibland	1
Mestadels	0

### Å Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:

Absolut	0
Vanligtvis	1
Sällan	2
Aldrig	3

### D Allting känns trögt:

Nästan alltid	3
Ofta	2
Ibland	1
Aldrig	0

### Å Jag känner mig orolig, som om jag hade fjärilar i magen:

Aldrig	0
Ibland	1
Ganska ofta	2
Väldigt ofta	3

### D Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:

Fullständigt	3
Till stor del	2
Delvis	1
Inte alls	0

### Å Jag känner mig rastlös:

Väldigt ofta	3
Ganska ofta	2
Sällan	1
Inte alls	0

### D Jag ser med glädje fram emot saker och ting:

Lika mycket som tidigare	0
Mindre än tidigare	1
Mycket mindre än tidigare	2
Knappast alls	3

### Å Jag får plötsliga panikkänslor:

Väldigt ofta	3
Ganska ofta	2
Sällan	1
Aldrig	0

### D Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:

Ofta	0
Ibland	1
Sällan	2
Mycket sällan	3

Totalt Å = \_\_\_\_\_


Totalt D = \_\_\_\_\_

### Ångest

0-6 Ingen besvärande ångest  
7-10 Mild till måttlig ångest  
>10 Förekomst av eventuell ångeststörning

### Depression

0-6 Ej deprimerad  
7-10 Nedstämdhet  
>10 Risk för depressionstillstånd som kan kräva läkarbehandling



Lämna formuläret  
till den personal  
som du träffar.

Ifylles av personalen:

Patientens BMI .....

- Ingen åtgärd
- Rådgivande samtal
- Hänvisning
- Rådgivande samtal och hänvisning
- Patienten avstår från vidare rådgivning

Framtagen för primärvården i Eskilstuna, Anna Elvenger, Eva Frykstad.  
Efter original från Fittja Vårdcentral. Får kopieras.  
Formgivning: 2007-05-16, Kajsa Elfström, kajsa\_textdesign@hotmail.com

# Hur mår du?

## Fem frågor om din hälsa



Namn .....

Personnummer .....

Dagens datum .....

Fyll i dina mått:

Längd ..... cm    Vikt ..... kg    Midjemått ..... cm

Kryssa i lämpligt alternativ.

### 1 Fysisk aktivitet

Hur många dagar i veckan är du fysiskt aktiv i sammanlagt minst 30 minuter? (t.ex. promenad i rask takt)

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 dag   | <input type="radio"/> 5 dagar   |
| <input type="radio"/> 2 dagar | <input type="radio"/> 6 dagar   |
| <input type="radio"/> 3 dagar | <input type="radio"/> 7 dagar   |
| <input type="radio"/> 4 dagar | <input type="radio"/> Ingen dag |

### 2 Alkohol

Hur många "glas" dricker du en typisk vecka då du dricker alkohol?

- |                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 0     | <input type="radio"/> 7 - 10       |
| <input type="radio"/> 1 - 2 | <input type="radio"/> 11 - 14      |
| <input type="radio"/> 3 - 6 | <input type="radio"/> 14 eller mer |

Ett glas  
motsvarar  
dessa mängder:



45 cl  
folköl



33 cl  
starköl



15 cl  
vin



8 cl  
starkvin



4 cl  
sprit

### 3 Rökning / snusning

Vad har du för tobaksvanor?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Jag har aldrig vanerökt   | <input type="radio"/> Jag har aldrig vanesnusat  |
| <input type="radio"/> Jag slutade röka år ..... | <input type="radio"/> Jag slutade snusa år ..... |
| <input type="radio"/> Jag röker ibland          | <input type="radio"/> Jag snusar ibland          |
| <input type="radio"/> Jag röker dagligen        | <input type="radio"/> Jag snusar dagligen        |

### 4 Allmänna hälsotillstånd

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

### 5 Psykiska hälsotillstånd

Hur bedömer du ditt psykiska hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

Om du får problem med  
att fylla i formuläret,  
fråga den personal du  
träffar om hjälp.

## 5A

<b>Assess</b>	<b>Fråga och bedöm patientens beteende och hälsorisker</b>
<b>Advice</b>	<b>Ge information och råd utifrån patientens behov och motivation till förändring</b>
<b>Agree</b>	<b>Arbeta i en anda av partnerskap genom att använda patientcentrerade tekniker</b>
<b>Assist</b>	<b>Använd olika tekniker för att öka patientens motivation</b>
<b>Arrange</b>	<b>Arrangera uppföljningskontakt för patienten</b>

Figur enligt Whitlock et al (2002)



## KÄLLFÖRTECKNING

- Janlert U. (2000) Folkhälsovetenskapligt lexikon. Natur och kultur. Stockholm
- Policy för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget Sörmland (2006)
- Sackett D J et al. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. BMJ 1996;3  
13:1410
- Sahlin J. (2000) Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, Stockholm; Norstedts juridik s.92.
- Statens folkhälsoinstitut R:2004:33. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso och sjukvård  
sammanfattning av utredningsförslag, proposition och riksdagsbeslut, indikatorförslag och  
exempel på tillämpning.
- SOU 2000:91 Hälsa på lika villkor- Nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande från  
Nationella folkhälsokommittén. sid 66
- Vision för Landstinget Sörmland. 2001
- www.sbu.se 2007-04-03

## FYSISK AKTIVITET

- Burke B, Arkowitz H. Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis  
of controlled trials. J Consult Clin Psychol. 2003; 71:843-61
- Bolin K. Lindgren B. (2006) Fysisk inaktivitet -produktionsbortfall och sjukvårdskostnader.  
FRISAM; Stockholm
- EBM guidelines. Physical activity in the prevention, treatment, and rehabilitation of diseases.  
2004-06-29.
- Estabrooks P A, Glasgow R E, Dzewaltowski D A. Physical activity promotion through primary  
care American Medical association. Jama, June 11, 2003 vol 289 no. 22.
- Fox KR. Self-esteem, self- perceptions and exercise. International Journal of Sport Psychology  
2000; 31:228-40.
- Gardner MM, Robertson MC. Campbell AJ. Exercise in preventing falls and fall related injuries  
in older people: a review of randomised controlled trials. British Journal of Sports Medicine  
2000, 34(1), 7-17 DARE-12000000447 1
- Hagberg L. (2007) Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care. Umeå  
University Medical Dissertations New Series No 1085 ISSN 0346-6612 ISBN 978
- Hagberg LA, Lindblom L. Örebro County Council, department of public health, Örebro. Sweden
- Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane  
Database of systematic Reviews 2005. Issue 1. Art. No.:CD003180.DOI.
- Jansson E. Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet. Fyss.
- Kahn E B et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. Am J Med  
2002;22 (4S):73-107.

Pate RR, Pratt M, Balir SN, et al. Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273:402-7.

Rubak S, Sandbaek A. Lauritzen T. Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Prac* 2005; 55:305-12.

SBU Rapport (2006) Metoder för att främja fysisk aktivitet - en systematisk litteraturöversikt. Stockholm

Taylor AH. Fox KR. Effectiveness of primary care exercise referral interventions for changing physical self-perception over 9 months. *Health Psychology* 2005; 24(1):11-21.

[http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_786.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page____786.aspx)

## **KOST**

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A Meta-analysis of control clinical trials. *Journal of consulting and clin. Psychology*. 2003, vol 71, No. 5, 843-861.

Berkman ND et al. (2006) Management of eating disorders. Rockville MD; Agency for healthcare Research and Quality. Systematic Review.

Förebyggande åtgärder mot fetma, SBU rapport 173

Garner DM. Blanch MT. G.Simons (Ed) (2002) Cognitive behavioral treatment for eating disorders. *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practicing clinician*. London: Psychology press.

Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000562. DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub2.

Lewandowski L M. Gebing T A. Anthony J L. Obrien W H. Meta analysis of cognitive-behavioural treatment studies for bulimia. *Clin Psychol. Reviews* 1997;17:703-718  
DARE11998003171 1

Livsmedelsverket och Statens Folkhälsoinstitut.(2005)Underlag till handlingsplan för goda matvanor och fysisk aktivitet.

Livsmedelsverkets hemsida [www.slv.se](http://www.slv.se) 2007-03-19

Livsmedelsverkets hemsida [www.slv.se](http://www.slv.se) 2007-09-25 om kostråd.

Michael P et al. Counselling to promote a Healthy Diet in Adults: A summary of evidence for the U.S preventive Service Task Force. *Am. J. Prev. Med.* 2003; 24 (1)

Nationella folkhälsokommittén (1999) Levnadsvanor. Rapport från arbetsgruppen till nationella folkhälsokommittén. Stockholm.

Rubak S, Sandbaek A. Lauritzen T. Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Prac* 2005;55:305-12.

Resnicow K, Davis R, Rollnick S, Motivational interviewing for paediatric obesity: conceptual issues and evidence view. *Journal of the American dietetic association*

SBU 2002 nr 160. Fetma- problem och åtgärder- en systematisk litteraturöversikt. Göteborg, 2002.

SoS-rapport 2000:11 Näringsproblem i vård och omsorg.

Stephoe A. et al. (2001) The impact of behavioural counselling on Stages of Change in Fat Intake, Physical Activity and Cigarette smoking in Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 2001; 91:265-269.

Swanberg I. (2004) Prevention av ätstörningar- Kunskapsläget idag. Folkhälsoinstitutet, Stockholm. Rapport 2004:40

[http://www.fhi.se/upload/ar2007/MI\\_samtal/Kost.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2007/MI_samtal/Kost.pdf) Kost och fysisk aktivitet en kunskapsöversikt.

## **TOBAK**

Bolin K, Lindgren B (2004) Rökning- produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2004:3

Folkhälsorapport 2005, SoS. Stockholm. ISBN 91-7201-940-9

Hopkins DP. et al. Evidence reviews and recommendations on interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke: a summary of guidelines. Am J Prev. Med 2001;20(2s) 67-87.

Lancaster T. Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

Ling Tang J, Law N, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? BMJ 1994; 308:21-26

Metoder för rökavvänjning SBU rapport 138

Möller AM. Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of systematic Reviews 2005; issue 3. Art No CD002294: DOI: 10.1002/14651858. CD002294

Möller AM. Villebro N. Pedersen T Tonnessen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: A randomised clinical trial. Lancet 2002; Jan 12; 359(9301):114-7.

Nancy A. Rigotti MD. Treatment of Tobacco use and dependence. N Engl. J Med, 2002 Vol. 346, No 7.

Propositionen 2002/03:35 Mål för folkhälsan Nationella mål för folkhälsan Målområde 11 Minskat bruk av tobak. Statens folkhälsoinstitut

Silagy C. Lancaster T. Stead L. Mant D. Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3.

Statens folkhälsoinstitut (2005) Folkhälsopolitisk rapport. Rapport 2005:5. Stockholm

Statens folkhälsoinstitut (2004) Tobak och avvänjning. Rapport 2004:29 Stockholm..

Statens folkhälsoinstitut.(2007) Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. En kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal 2007. Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen. Rapport 2007:16.

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Reviews. 2005 ;(2):CD001007

Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.

Steptoe A. et al. The impact of behavioural counselling on Stages of Change in Fat Intake, Physical Activity and Cigarette smoking in Adults at Increased Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 2001; 91:265-269.

US dept. of health and human. The health consequences of smoking. (1990). A report by the Surgeon General [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm)

## **ALKOHOL OCH NARKOTIKA**

Andreasson S, Allebeck P. Alkohol och hälsa- En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. 2005:11

Baker, A., Boggs T. G., & Lewin, T. J. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. Addiction 2001 vol 96, 1279-1287

Baker, A. et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. Addiction 2002, **97**, 1329-1337.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001) Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behaviour Therapy, and Family Interventions for Patients With Co morbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. American Journal of Psychiatry 158: 10.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A Meta-analysis of controlled clinical trials. Journal of consulting and clin. Psychology. 2003, vol 71, No. 5, 843-861.

CAN. Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2005. Stockholm: CAN 2005. Rapport nr 91.

Corrao G. Et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventing medicine, 2004.38(5):p.613-619.

Dunn C, Deroo L, Rivata F. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. Addiction.2001; 96:1725-1742.

Guttormsson U, Helling S, Olsson B. Vad händer på narkotikaområdet? Narkotikamissbruk och marginalisering – tendenser inför millennieskiftet. MAX-projektet, delrapport 1. Stockholm: CAN 1999. Rapport nr 55.

Heilig M, Sjögren J. Alkohol- riskbruk, missbruk och beroende. Läkartidningen 2005/2006. Apoteket AB

Holder H, et al. Alcoholism treatment and medical care costs from project match. Addiction. 2000,95:999-1013.

Johnsson A (2000) Hur mycket kostar supen? Sober förlag. ISBN: 9172964065/91-7296-406-5

Regeringens proposition 2005/06:30 alkohol- och narkotikahandlingsplaner sid. 63-64; 88-90.

Ramstedt R. (2004) Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001; suppl11, 96: S59-S75

Ray TG et al. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical Care*. Vol 45, no:2 feb: 2007.

SBU- rapport Alkohol och narkotikaproblem - Effektiv hjälp finns i vården.

SBU Behandling av alkohol och narkotikaproblem- en evidensbaserad kunskapssammanställning. Vol. 1 nr 156/1. Stockholm.

www.can.se 2007-07-02

Riskbruksprojektet: [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_8936.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page___8936.aspx)

## **PSYKISK HÄLSA**

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelman D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosomatic. Res* 2002; 52:69-77

Bower P, Rowland N, Mellor Clark J, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*.2002; (1):CD001025.

Europeiska gemenskapernas kommission(2005) Grönbok- förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska Unionen. Bryssel

Fox KR. Self-esteem, self- perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology* 2000; 31:228-40.

Henriksson F, Hjortsberg C, Rehnberg C, Ödegaard K. Läkemedel och sjukvårdskostnaderna- några utvecklingslinjer. IHE Working Paper 1997:6.

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

James A. Soler A. Weatherall R. Cognitive behavioural for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(4):CD004690

National board of health and welfare. Klassifikation av sjukdomar 1987. Systematisk förteckning, ISBN 91-38-09347-2, Liber förlag

Norinder A, Nordling S, Häggström L. Depressionsbehandling och kostnadseffektivitet. Priset per tablett dålig indikator i ett samhällsekonomiskt perspektiv. *Läkartidningen* 2000;97:1693-1700.

SBU Rapport (2004) Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt vol.3

Smit F et.al (2006) Cost effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *British Journal of psychiatry*. Vol 188(4) p; 330-336.

SOU 2006:100 Ambition och ansvar- Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande Nationell psykiatrisamordningen. Stockholm

Taylor AH. Fox KR. Effectiveness of primary care exercise referral interventions for changing physical self- perception over 9 months. *Health Psychology* 2005;24(1):11-21.

Ungdomar, stress och psykisk ohälsa; analyser och förslag till åtgärder (2006) Statens offentliga utredningar. SOU 2006:7.

US Department of health and Human services. (2004) At least five a week. Evidence on impact of physical activity and relationship to health. A report from Chief Medical officer. London. Department of health.

Wattar, U. Sorensen, P. Buemann, I. Birket-Smith, M. Salkovskis, P. Albertsen, M. & Strange, S. (2005). Outcome of Cognitive-Behavioural Treatment for Health Anxiety

### **MOTIVERANDE SAMTAL**

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing: A Meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clin. Psychology*. 2003, vol 71, No. 5, 843-861.

Fryckstad E, Elvenger A. (2004) Motiverande samtalsmetodik- en utvärdering av introduktionsutbildning i primärvården i Eskilstuna. Landstinget Sörmland. FOU centrum. Rapport 1:2004.

Hettema J, Steele J & Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu.Rev.Clin.Psychol*. 2005(1):91-111.

Miller W. Et al. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:1050-62.

Personlig kontakt med Anna Elvenger Ekeby vårdcentral och Eva Fryckstad Fröslunda vårdcentral.

Rubak S, Sandbaek A. Lauritzen T. Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Prac* 2005;55:305-12.

### **RIKTLINJER**

Zimmerman G. Olsen C. Bosworth M. (2000) A “stages of change” approach to helping patients change behaviour. *Am Fam Physician* 2000;61:1409-16.

Whitlock EP et al. (2002) Evaluating primary care Behavioural Counselling Interventions. An evidence based Approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284.



Rapporten finns att ladda ner på  
[www.landstinget.sormland.se/folkhalsa](http://www.landstinget.sormland.se/folkhalsa)



LANDSTINGET  
SÖRMLAND