

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014

Sjukdomsförebyggande metoder

Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-7555-255-2
Artikelnummer	2015-1-1
Omslagfoto	istockphoto
Sättning	Edita Bobergs AB
Tryck	Edita Bobergs AB, Västerås, januari 2015



MILJÖMÄRKKT Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen resultaten av utvärderingen av landstingens sjukdomsförebyggande arbete. Utgångspunkten för utvärderingen har varit de centrala rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.

Socialstyrelsen presenterar resultaten i utvärderingen i två rapporter, denna och *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Sjukdomsförebyggande metoder 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar*, vilken innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Denna rapport sammanfattar det viktigaste ur ovanstående rapport och innehåller även Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer.

Denna rapport vänder sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården. Den kan även vara till nytta för patientföreningar, vårdprofessioner och medier. Utvärderingen kommer också att användas som underlag när Socialstyrelsen uppdaterar de nationella riktlinjerna.

Merparten av arbetet med rapporten har utförts av en arbetsgrupp bestående av Riitta Sorsa (projektledare), Maria Branting och Vera Gustafsson. Övriga som har bidragit till rapporten är Mikael Havasi, Carolin Holm och Robert Linder. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson och tillförordnad avdelningschef Mona Heurgren.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Socialstyrelsens rekommendationer	7
Ny utvärdering inom några år	8
Inledning	9
Beskrivning av uppdraget	9
Levnadsvanor i fokus	9
Samtalsmetoder är grunden för riktlinjerna	10
Syfte och avgränsningar	10
Intressenter	11
Samverkan och kommunikation	11
Rapportens disposition	11
Rekommendationer och bedömningar	13
Rekommendationer	13
Metod	22
Förutsättningar för uppföljning	22
Använda datakällor	23
Beskrivning av samtalsmetoder	25
Goda förutsättningar för införande	28
Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar	31
1. Fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor	31
2. Samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas	37
3. Stöd till levnadsvaneförändring i stället för läkemedel	41
4. Det behövs satsningar på specifika patientgrupper	43
5. Personer med psykisk sjukdom behöver uppmärksammas	46
6. Personalens möjligheter till kompetensutveckling behöver öka	50
7. Bättre kunskap om och rutiner för att minska riskbruk av alkohol	53
8. Bättre dokumentation	57
Socialstyrelsens bidrag till införandet av riktlinjerna	63
Referenser	65
Bilaga 1. Projektorganisation	66

Sammanfattning

Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. De allra flesta som har en ohälsosam levnadsvana vill förändra denna, och många vill ha stöd för att åstadkomma en förändring. Majoriteten av befolkningen är därför positiv till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor när de tar kontakt med vården, och de flesta vill att vårdpersonalen ger stöd till förändringar i levnadsvanor i stället för att ge läkemedelsbehandling.

Arbetet med att förebygga sjukdomar har ett starkt stöd även bland chefer och vårdpersonal. De flesta som arbetar inom hälso- och sjukvården tycker att det är viktigt att vården arbetar med levnadsvanor, och de skulle också vilja arbeta mer med området än vad de gör idag.

Många landsting har arbetat med att införa de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, som Socialstyrelsen publicerade 2011. Men det finns skillnader mellan landstingen när det gäller hur långt de har kommit med införandet av riktlinjerna. Några landsting har precis börjat medan andra har kommit längre.

Utifrån vad som dokumenterats är det i dag endast en liten andel av patienterna som får åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor. För att fler personer ska få insatser krävs det att hälso- och sjukvården utvecklar det interna arbetssättet, ökar medarbetarnas kompetens och ger dem bättre förutsättningar att arbeta med rådgivning kring levnadsvanor.

Detta är några av huvudresultaten i utvärderingen av landstingens arbete med sjukdomsförebyggande metoder.

Socialstyrelsens rekommendationer

I utvärderingen lyfter Socialstyrelsen fram följande förbättringsområden:

- fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor
- samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas

- stöd till sjukdomsförebyggande åtgärder i stället för läkemedel
- det behövs satsningar på specifika patientgrupper
- personer med psykisk sjukdom behöver uppmärksammas
- personalens möjligheter till kompetensutveckling behöver öka
- bättre kunskap om och rutiner för att minska riskbruk av alkohol
- bättre dokumentation

Ny utvärdering inom några år

Utvärderingen visar att många landsting har vidtagit en rad åtgärder för att stärka det sjukdomsförebyggande arbetet. En viss tröghet i landstingens styrprocesser gör dock att det tar tid innan åtgärderna får fullt genomslag i hälso- och sjukvården, i synnerhet då landstingens alla verksamheter omfattas av riktlinjerna. Detta innebär också att effekten av den nationella satsningen på att stödja införandet av de nationella riktlinjerna inte kommer att bli tydlig förrän om ett par år.

Många landsting har först nyligen börjat dokumentera de åtgärder som ges till patienter för att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Att bygga upp nya dokumentationsrutiner tar tid, vilket gör att många landsting inte har kunnat lämna de uppgifter som efterfrågats i utvärderingen. Men landstingen bedömer att de kommer att kunna göra det inom några år, vilket innebär att uppföljningsmöjligheterna sannolikt kommer att förbättras i framtiden.

Myndigheten kommer att följa upp landstingens arbete med sjukdomsförebyggande metoder på nytt. Då kommer särskilt de förbättringsområden som uppmärksammas i denna utvärdering att följas upp.

Inledning

Beskrivning av uppdraget

Socialstyrelsen bidrar till kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg, bland annat genom att ta fram nationella riktlinjer och indikatorer samt göra öppna jämförelser och utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper.

Den här rapporten ingår i en serie av utvärderingar som utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har tidigare publicerat utvärderingar inom hjärtsjukvård, strokevård, diabetesvård, cancervård, tandvård, psykiatrisk vård, vård och omsorg vid demenssjukdom samt vård vid rörelseorganens sjukdomar. Framöver kommer myndigheten även att upprepa tidigare genomförda utvärderingar.

Utgångspunkt för denna utvärdering är de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder från år 2011. Utvärderingen har gjorts inom ramen för regeringens uppdrag att stödja införandet av de nationella riktlinjerna. I det uppdraget ingår även att utveckla metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning [1].

Levnadsvanor i fokus

Sjukdomsförebyggande arbete är en del av hälso- och sjukvårdens uppgifter. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skada. De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011 innehåller rekommendationer om metoder för att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Syftet är att förebygga levnadsvanerelaterade sjukdomar som till exempel cancer, hjärtsjukdomar, diabetes och psykisk ohälsa. De levnadsvanor som riktlinjerna omfattar är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Det är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige idag.

Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranskärslsjukdom och stroke samt 30 procent av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2–diabetes. Den som inte röker, äter hälsosamt, är fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor.

Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och förekommer oftare hos till exempel personer med låg utbildning och samvarierar med ett antal andra socioekonomiska faktorer. Det innebär att ojämlikheter i befolkningens hälsa kan minska om fler personer får hjälp och stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor.

Samtalsmetoder är grunden för riktlinjerna

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården ska använda någon form av rådgivning eller samtal för att hjälpa patienten att förändra sin ohälsosamma levnadsvana. Åtgärderna har delats upp i tre nivåer – *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal* (åtgärderna beskrivs mer utförligt på s. 25). Indelningen grundas på flera aspekter, som åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning.

De tre åtgärdsnivåerna är gemensamma för alla fyra levnadsvanorna, men kan skilja sig åt när det gäller omfattning samt vilka verktyg och hjälpmedel som ingår.

Syfte och avgränsningar

Rapporten är en utvärdering av landstingens och regionernas strukturer, processer och resultat för arbete med sjukdomsförebyggande metoder. Syftet med rapporten är att jämföra och utvärdera svensk hälso- och sjukvård utifrån frågan om arbete med sjukdomsförebyggande metoder bedrivs i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Utvärderingen omfattar huvudsakligen den del av hälso- och sjukvården som bedrivs inom landsting och regioner, och endast till en begränsad del den kommunala hälso- och sjukvården. Utvärderingen

har avgränsats till att endast behandla personer som är 18 år och äldre, vilka framöver kallas för vuxna.

Intressenter

Denna rapport riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård. Den kan även vara till nytta för andra intressenter, som patient- och brukarföreningar, vårdprofessioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara ett bidrag till den offentliga debatten om arbetet med sjukdomsförebyggande metoder, dess innehåll och resultat.

Samverkan och kommunikation

Ett stort antal personer har medverkat i och på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Arbetet har bedrivits av en projektgrupp inom Socialstyrelsen. Utvärderingens upplägg och genomförande har presenterats för landstingens kontaktpersoner för implementering av sjukdomsförebyggande metoder samt för en tjänstemannagrupp inom den nationella samordningen för kunskapsstyrning (NSK). Delar av innehållet i rapporten har också presenterats för referensgruppen för implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. I referensgruppen deltar personer som företräder landstingen och regioner, Nätverket för hälsofrämjande sjukvård, Sveriges Kommuner och Landsting, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Svenska barnmorskeförbundet, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund, Psykologförbundet, Föreningen Svensk företagshälsovård, Studenthälsan, Vårdföretagarna, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Statens livsmedelsverk.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. Kapitlet innehåller Socialstyrelsens rekommendationer, som bygger på resultaten från utvärderingen.

Därefter följer kapitlet *Metod*, som innehåller en beskrivning av förutsättningarna för uppföljningen samt hur underlaget till rapporten samlats in genom enkäter. Metodavsnittet avslutas med en utförligare beskrivning av de samtalsmetoder som rekommenderas i riktlinjerna.

I kapitlet *Goda förutsättningar för införande* redovisas kortfattat befolkningens, patienternas, vårdpersonalens och chefernas syn på arbetet med levnadsvanor.

Övriga resultat, som ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer, presenteras i kapitlet *Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar*.

Rekommendationer och bedömningar

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen rekommendationer till hälso- och sjukvården. Rekommendationerna gäller de områden där utvärderingen visat att det finns brister eller regionala skillnader, och där vi bedömer att resultaten kan bli bättre.

Tanken är att rekommendationerna och bedömningarna ska kunna stödja huvudmännen och verksamheterna i deras kvalitets- och förbättringsarbete.

Rekommendationer

Fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor

Utvärderingen om sjukdomsförebyggande metoder visar att landstingen har övergripande styrdokument för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Samtliga landsting har övergripande mål för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, som är förankrade i en politisk styrelse eller nämnd. I nästan alla landsting ingår arbete med levnadsvanor i både primärvårdens och specialistvårdens uppdragsbeskrivningar. I de flesta landsting finns det också vårdprogram eller andra riktlinjer för arbetet.

När chefer inom hälso- och sjukvården har fått frågan om det finns rutiner för arbetet med levnadsvanor anger de allra flesta att det gör det. Däremot är det en stor andel av vårdpersonalen – mer än hälften – som upplever att det saknas tydliga rutiner för arbetet. Detta tyder på att ledningarna inte har lyckats föra ut och förankra de rutiner som finns.

Huvuddelen av landstingen har försökt styra resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet genom att betala särskilda ersättningar för arbete med levnadsvanor. Mer än hälften av landstingen har gjort riktade satsningar. Många landsting betalar också prestationsbaserade ersättningar för genomförda åtgärder, särskilt inom primärvården.

Trots dessa satsningar visar resultaten att de flesta inom vårdpersonalen anser att de arbetar med levnadsvanor i liten eller mycket liten utsträckning. Den viktigaste orsaken som de anger är tidsbrist – till

exempel anger hela 90 procent av läkarna och 79 procent av sjuksköterskorna tidsbrist som ett hinder för att inte arbeta mer med sjukdomsförebyggande metoder. Många upplever också att rådgivning inte är en prioriterad fråga på arbetsplatsen.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att många landsting har gjort insatser på central nivå för att stimulera tillämpningen av riktlinjerna. Myndigheten ser dock att det behövs ytterligare insatser för att riktlinjerna ska få fullt genomslag ute i verksamheten. Detta gäller särskilt de landsting som inte har arbetat systematiskt med införandet. Här kan landsting som kommit längre i införandeprocessen fungera som inspirerande exempel.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- fortsätta arbetet med att införa riktlinjerna. Särskilda insatser behövs i landsting som inte arbetat systematiskt med införandet
- utveckla vårdprogram och arbetssätt samt säkerställa att de är kända och används i verksamheterna
- se till att vårdpersonalen får tillräckliga förutsättningar, både i form av kunskap och resurser, för att arbeta med rådgivning om levnadsvanor.

Samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas

Det är vanligt att landstingen har tagit fram styrdokument som handlar om hur olika aktörer inom landstinget ska arbeta med ohälsosamma levnadsvanor, och hur samverkan mellan olika verksamheter ska se ut. Däremot är det ovanligt att de nationella riktlinjerna har lett till styrdokument som berör samverkan med aktörer utanför landstingen, som till exempel kommunerna.

Enkäten till den kommunala hälso- och sjukvården visar att ungefär hälften av verksamheterna samverkar med primärvården när det gäller rådgivning om levnadsvanor. Endast var femte kommunal verksamhet har motsvarande samverkan med specialistvården.

Enkätsvaren tyder vidare på att de nationella riktlinjerna inte har införts inom kommunerna. Det saknas både ämneskompetens och rutiner för att arbeta med ohälsosamma levnadsvanor, framförallt när det gäller alkohol och tobak. Många företrädare för den kommunala

hälso- och sjukvården anser dock att det främsta ansvaret för det sjukdomsförebyggande arbetet bör ligga hos landstinget, eftersom kommunen ofta möter patienten relativt sent i sjukdomsprocessen.

Socialstyrelsen menar att det skulle vara en fördel om arbetet med ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning skedde i samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och den kommunala hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- samverka med andra aktörer i samband med införandet av riktlinjerna.

Stöd till levnadsvaneförändring i stället för läkemedel

Det finns flera tillstånd och sjukdomar där hälsosamma levnadsvanor kan förhindra sjukdom och där förändrade levnadsvanor kan ge samma typ av förbättring som läkemedelsbehandling hade gett. Det handlar bland annat om högt blodtryck, diabetes typ-2, benskörhet, övervikt och fetma.

I ungefär en tredjedel av landstingen ingår rådgivning om levnadsvanor i enlighet med de nationella riktlinjerna i landstingens rekommendationer om läkemedelsval. Vanligast är att fysisk aktivitet rekommenderas som ett alternativ till läkemedel, ofta i form av att läkaren skriver ut det på recept (FaR).

En majoritet av befolkningen, nio av tio är positiv till att vårdpersonalen ger stöd till förändringar i deras levnadsvanor framför att få ett läkemedel utskrivet.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- i större utsträckning erbjuda stöd till levnadsvaneförändring som ett alternativ till läkemedel.

Det behövs satsningar på specifika patientgrupper

I de nationella riktlinjerna ges högre prioritet till sjukdomsförebyggande åtgärder som riktar sig till grupper med livsstilsrelaterade sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Högre prioritet ges även till tillstånd eller situationer där den ohälsosamma levnadsvanan är förknippad med en särskild risk, som inför en operation eller i samband med graviditet.

Resultaten från utvärderingen visar dock att landstingen framförallt har gjort generella satsningar, och inte satsningar som berör specifika patientgrupper. Det är endast ett fåtal landsting som anger att de har gjort riktade satsningar. Socialstyrelsen bedömer att det är positivt att landstingen har haft ett brett angreppssätt, men i det fortsatta utvecklingsarbetet är det angeläget att också särskilt uppmärksamma högriskgrupper.

Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor varierar mellan olika befolkningsgrupper. Personer med en socioekonomiskt utsatt situation har till exempel ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning än andra. Det är dock få landsting som har tagit fram en strategi för att beakta jämlik hälsa när de inför riktlinjerna, och som kan ge konkreta exempel på hur de har arbetat för att minska skillnaderna. Socialstyrelsen menar att även detta är ett viktigt utvecklingsområde.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- i större utsträckning uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor hos högriskgrupper
- säkerställa att patienter i högriskgrupper får stöd och hjälp för att förändra ohälsosamma levnadsvanor
- utveckla arbetssätt för att uppmärksamma grupper som har ett stort behov av sjukdomsförebyggande insatser, men som inte själva söker sig till hälso- och sjukvården för att få stöd.

Personer med psykisk sjukdom behöver uppmärksammas

En grupp som särskilt lyfts fram i de nationella riktlinjerna är personer med psykisk sjukdom. Personer med psykisk sjukdom har ohälsos-

samma levnadsvanor i större utsträckning än befolkningen i stort. Till exempel är risken att utveckla missbruk dubbelt så stor, och studier visar att var tredje man och var femte kvinna som söker psykiatrisk öppenvård har en riskkonsumtion av alkohol. Även tobaksbruk är vanligare bland personer med psykisk sjukdom. Rapporter från bland annat Socialstyrelsen visar att personer med psykisk sjukdom har en ökad dödlighet på grund av livsstilsrelaterade sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar [2,3].

Resultaten av utvärderingen visar att det är i drygt hälften av landstingen som psykiatrin har vidtagit särskilda åtgärder för att stärka arbetet med levnadsvanor för personer med psykisk sjukdom. Det är endast tre landsting som anger att de har vidtagit motsvarande åtgärder inom primärvården. Ett fåtal landsting kan redovisa uppgifter om andelen patienter inom den psykiatriska vården som använder tobak eller har en riskkonsumtion av alkohol. Detsamma gäller åtgärder som de har vidtagit.

Bristen på registrerade åtgärder är bekymmersam. Det är särskilt angeläget att verksamheter som arbetar med personer med psykisk ohälsa uppmärksammar om de har ohälsosamma levnadsvanor. Det kan naturligtvis vara så att verksamheterna vidtar åtgärder som de inte dokumenterar i landstingens dokumentationssystem. En utvärdering som Socialstyrelsen har genomfört tyder dock på att det finns faktiska brister i hur de psykiatriska verksamheterna arbetar med levnadsvanorna [2]. I utvärderingen frågade Socialstyrelsen verksamheterna om i vilken omfattning de ger personer med psykisk sjukdom stöd att förändra sina levnadsvanor. Endast 5 procent av verksamheterna bedömer att de tillgodoser patienternas behov av sjukdomsförebyggande insatser i tillräcklig omfattning. De allra flesta – 80 procent – anser att patienternas behov tillgodoses i för liten omfattning, och 15 procent att de inte tillgodoses alls. Resultaten i samma utvärdering visar att personer med psykisk ohälsa inte får adekvat vård i samma utsträckning som den övriga befolkningen för sina kroppsliga sjukdomar, som ofta är livsstilsrelaterade.

Eftersom ohälsosamma levnadsvanor är mycket vanligt hos personer med psykisk ohälsa, och hälsoläget hos dessa personer inte har förbättrats under de senaste åren, anser Socialstyrelsen att fler landsting bör arbeta mer aktivt med gruppen.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- i större utsträckning uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor och öka samverkan runt patienter med psykisk ohälsa. Det gäller både primärvården och den specialiserade vården
- säkerställa att verksamheter som arbetar med personer med psykisk ohälsa erbjuder stöd och hjälp för att förändra ohälsosamma levnadsvanor
- säkerställa att verksamheter som arbetar med personer med psykisk ohälsa dokumenterar det sjukdomsförebyggande arbetet.

Personalens möjligheter till kompetensutveckling behöver öka

De nationella riktlinjerna har lett till att flertalet landsting har gjort särskilda utbildningssatsningar kring levnadsvanor. I stort sett alla landsting anger också att de kontinuerligt erbjuder möjligheten till kompetensutveckling, främst när det gäller tobak och samtalsmetodik. När det gäller fysisk aktivitet och matvanor är det ungefär två tredjedelar som kontinuerligt erbjuder kompetensutveckling. Möjligheterna till kompetensutveckling är lägst när det gäller alkohol.

Trots att det alltså har skett satsningar är det en relativt stor andel av personalen som upplever att de inte har tillräcklig kompetens att arbeta med levnadsvanor. Mer än varannan vårdpersonal skulle vilja utveckla sin kompetens – både när det gäller ämneskompetens och samtalsmetodik. Majoriteten bedömer dock att de inte har tillräckliga möjligheter till kompetensutveckling. Bristen på kompetens uppges vara en bidragande orsak till att personalen inte arbetar med levnadsvanor i särskilt stor utsträckning, trots att flertalet – både chefer och vårdpersonal – anger att de skulle vilja göra det.

Socialstyrelsen bedömer därför att det finns behov av att öka utbildningsinsatserna på området och möjligheterna för personalen att ta del av dessa. Resultaten visar också att kompetensen om olika levnadsvanor varierar. Myndigheten bedömer att landstingen behöver utveckla utbudet av kompetenshöjande insatser, det gäller framförallt inom områden där sådana saknas. Det kan också behövas riktade ut-

bildningsinsatser till personalgrupper som i stor utsträckning arbetar med personer med livsstilsrelaterade sjukdomar, som till exempel diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- se över och vid behov utöka möjligheterna till återkommande kompetensutveckling för personalen, särskilt inom områden där det i dag finns ett begränsat utbud av insatser
- göra riktade kompetensutvecklingsinsatser till personal som arbetar med högriskgrupper.

Bättre kunskap om och rutiner för att minska riskbruk av alkohol

Resultaten från utvärderingen tyder på att landstingen arbetar mer aktivt med vissa levnadsvanor än med andra. Enligt den nationella folkhälsoenkäten är 17 procent i den vuxna befolkningen riskkonsumenter av alkohol, men mindre än en procent av primärvårdens patienter har uppmärksammats som riskkonsumenter. Mindre än en halv procent har fått en åtgärd för att minska sin alkoholkonsumtion enligt landstingens dokumentation.

Enkätundersökningen riktad till vårdpersonal visar också att alkohol är den levnadsvana där personalen bedömer att de har lägst ämneskompetens, och det område som de arbetar minst med. Möjligheterna till kompetensutveckling upplevs också vara minst när det gäller alkohol.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal har tillräcklig kunskap och känner sig trygg med att ställa frågor om alkoholkonsumtion. Socialstyrelsen bedömer därför att landstingen både behöver utveckla arbetssätt och höja personalens kompetens att arbeta med riskbruk av alkohol.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- utveckla kompetenshöjande insatser med inriktning mot riskbruk av alkohol.
- utveckla arbetsformer som stödjer vårdpersonalen att i större utsträckning arbeta med rådgivning om riskbruk av alkohol.

Bättre dokumentation

I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården ska använda någon form av rådgivning eller samtal för att hjälpa patienten att förändra sin ohälsosamma levnadsvana. I dagsläget är det inte möjligt att inhämta uppgifter om vilka åtgärder som görs via nationella register, utan i denna utvärdering har Socialstyrelsen i stället samlat in uppgifter direkt från landstingen.

I enkäten till landstingsledningarna anger samtliga landsting att det är möjligt att dokumentera de åtgärder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna – åtminstone inom vissa verksamheter. Resultaten från statistikinsamlingen visar dock att många landsting inte har tillgång till uppgifter – varken om antalet patienter med ohälsosam levnadsvana eller om antalet åtgärder som landstinget genomför. Många landsting har börjat införa de nationella riktlinjerna inom primärvården, och det är också inom primärvården som tillgången till uppgifter är störst. Här har drygt hälften av landstingen lämnat uppgifter.

Resultaten visar dock att många landsting relativt nyligen har börjat dokumentera ohälsosamma levnadsvanor inom primärvården. Detta gör att utvärderingen inte är heltäckande. Det är endast en liten andel av primärvårdens patienter som dokumenterats ha en ohälsosam levnadsvana, jämfört med förväntad andel i befolkningen. När det gäller åtgärder är det i dagsläget endast en mycket liten andel av patienterna, 1-2 procent, som får en åtgärd dokumenterad i journalen. En studie från Umeå universitet visar att verksamheterna inte dokumenterar alla åtgärder. Studien visar att majoriteten av primärvårdens personal bedömer att de arbetar med att främja goda levnadsvanor i större utsträckning än vad de dokumenterar i journalen [4].

Inom specialistvården saknar ännu fler landsting uppgifter, både när det gäller ohälsosamma levnadsvanor och vidtagna åtgärder.

Socialstyrelsen bedömer att många landsting skulle behöva utveckla dokumentationen både av ohälsosamma levnadsvanor och av åtgärder för att förändra dessa. Om åtgärderna inte dokumenteras vet inte andra delar av hälso- och sjukvården vilka sjukdomsförebyggande åtgärder som har vidtagits. Detta kan leda till att personen inte får tillräckligt med stöd, men också till att frågor om levnadsvanor tas upp oftare än nödvändigt.

Genom att följa upp det sjukdomsförebyggande arbetet får landstingen också kunskap som går att använda i förbättringsarbete på lokal och regional nivå. I uppföljningar kan man till exempel få svar på vad det kan få för betydelse om vårdcentraler och kliniker organiserar arbetet på olika sätt. En lokal uppföljning gör också att det går att se hur insatserna når kvinnor respektive män, patientgrupper med särskilt stora behov och hur insatserna medverkar till att minska ojämlikhet i hälsa.

På nationell nivå är det viktigt att följa arbetet med sjukdomsförebyggande metoder ur ett jämlikhetsperspektiv för att se om skillnaderna är stora mellan landstingen. Patienterna ska kunna förvänta sig att de kan få stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor oavsett i vilket landsting de bor.

Sannolikt kommer dock möjligheterna till uppföljning att förbättras i framtiden. Många landsting bedömer nämligen att de kommer att kunna ta fram de efterfrågade uppgifterna inom de närmaste åren.

Vissa landsting har kommit längre än andra i att dokumentera levnadsvanor. Socialstyrelsen menar att landsting som ännu inte har börjat dokumentera levnadsvanor bör ta tillvara erfarenheterna från de landsting som kommit längre i arbetet.

Hälso- och sjukvården kan förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att

- i större utsträckning följa upp arbetet, och därigenom bidra till verksamhetsutveckling. Detta förutsätter att vårdpersonalen dokumenterar det sjukdomsförebyggande arbetet, till exempel i patientjournalen.

Metod

Förutsättningar för uppföljning

Att utvärdera hälso- och sjukvårdens arbete med sjukdomsförebyggande metoder är svårt, eftersom det saknas uppgifter i hälsodataregister, kvalitetsregister eller andra nationella datakällor. Det pågår dock ett utvecklingsarbete inom landstingen, som gör att det inom några år kommer att finnas bättre förutsättningar att följa upp arbetet med sjukdomsförebyggande metoder.

Indikatorer i riktlinjerna

Socialstyrelsens utvärderingar inom riktlinjeområden utgår från de kvalitetsindikatorer som utvecklas i samband med att de nationella riktlinjerna tas fram. I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ingår 9 indikatorer. Som datakälla för indikatorerna anges i samtliga fall patientregistret. I dagsläget är det dock inte möjligt att använda patientregistret som datakälla för att följa upp indikatorerna. Detta beror på att insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare och uppgifter om primärvården inte får samlas in enligt gällande lagstiftning. En förutsättning för att kunna följa upp landstingens sjukdomsförebyggande åtgärder är att även dessa uppgifter rapporteras till patientregistret.

Utveckling av datakällor

Utöver det utvecklingsarbete som sker inom landstingen har det också tagits initiativ på nationell nivå, som sannolikt kommer att förbättra möjligheterna till uppföljning.

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ingår bland annat att utveckla metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning [1]. Det pågår också ett utvecklingsarbete kring patientregistret, där möjligheten att dokumentera åtgärder från andra yrkeskategorier prövas [5]. Det finns också förslag på att utveckla patientregistret till att även omfatta primärvårdens insatser [6].

De nationella kvalitetsregistren har dessutom påbörjat ett arbete som innebär att de försöker ensa de begrepp som används för att beskriva det sjukdomsförebyggande området.

Hur hanteras bristen på uppföljningsbara indikatorer i utvärderingen?

Bristen på registerdata gör att utvärderingen huvudsakligen är baserad på uppgifter från olika enkätundersökningar. En del av dessa har genomförts enbart i syfte att samla in uppgifter till denna utvärdering, men Socialstyrelsen har också hämtat information från enkätundersökningar som myndigheten eller andra aktörer har genomfört oberoende av utvärderingen.

Använda datakällor

I utvärderingen har uppgifter hämtats från en mängd olika datakällor; enkätundersökningar, Socialstyrelsens individbaserade register och nationella kvalitetsregister.

Sex enkätundersökningar har genomförts för att samla in uppgifter till utvärderingen:

- Enkät till befolkningen (2012 och 2014)
- Enkät till vårdprofessioner (2012 och 2014)
- Enkät till chefer inom hälso- och sjukvården (2012 och 2014)
- Enkät till samtliga landsting/regioner – strukturer för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor (2013)
- Enkät till samtliga landsting/regioner – åtgärder för att minska ohälsosamma levnadsvanor (2014)
- Enkät till ett urval av kommuner – MAS och MAR (2014)

Uppgifter har även hämtats från andra enkätundersökningar:

- Nationell folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor (Folkhälso-myndigheten)
- Vårdbarometern (SKL)
- Nationell patientenkät (SKL)

Enkätdata har kompletterats med uppgifter från nationella register:

- Graviditetsregistret (nationellt kvalitetsregister)
- Patientregistret (PAR, Socialstyrelsen)
- Medicinska födelseregistret (MFR, Socialstyrelsen)

En utförligare metodbeskrivning finns i rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Sjukdomsförebyggande metoder 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar*.

Beskrivning av samtalsmetoder

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården ska använda någon form av rådgivning eller samtal för att hjälpa patienten att förändra sin ohälsosamma levnadsvana. Åtgärderna har delats upp i tre nivåer – *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Indelningen beror på flera aspekter, som åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning. De tre åtgärdsnivåerna är gemensamma för alla fyra levnadsvanorna, men kan skilja sig åt när det gäller omfattning samt vilka verktyg och hjälpmedel som ingår. Samtliga nivåer förutsätter att:

- personalen har kunskap om den eller de levnadsvanor åtgärden gäller
- hälso- och sjukvården redan har konstaterat att personen har ohälsosamma levnadsvanor.

Utöver de övergripande åtgärdsnivåerna förekommer också olika tillägg och alternativ, som till exempel telefonrådgivning, webb- och datorbaserad rådgivning, nikotinläkemedel och skriftlig ordination av fysisk aktivitet.

Enkla råd

Åtgärden *enkla råd* innebär att hälso- och sjukvårdspersonal förmedlar information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor. Åtgärder på denna nivå kräver i normalfallet mindre än 5 minuter och normalt sett sker ingen särskild uppföljning. Råden kan kompletteras med skriftlig information, till exempel om rökningens skadeverkningar, risker med för hög alkoholkonsumtion, vinster med fysisk aktivitet och tips om bra livsmedelsval.

Rådgivande samtal

Åtgärden *rådgivande samtal* är tidsmässigt mer omfattande än enkla råd och tar vanligen 10–15 minuter, men ibland upp till 30 minuter. Åtgärder på denna nivå innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för

en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Det rådgivande samtalet kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel som kan hjälpa personen att förändra levnadsvanan. Exempel på vad sådana verktyg kan vara:

- skriftlig information om levnadsvanan
- en förteckning över idrottsföreningar, träningsanläggningar och motionsspår
- en receptbok
- en mat- och motionsdagbok

Åtgärderna kan också kompletteras med särskild uppföljning, i form av återbesök, telefonsamtal, brev eller e-post vid ett eller flera tillfällen.

Kvalificerat rådgivande samtal

Åtgärden kvalificerat rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Åtgärder på denna nivå är ofta tidsmässigt mer omfattande än rådgivande samtal. Åtgärderna är vanligen teoribaserade eller strukturerade, det vill säga bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför de fungerar och innehåller vissa fördefinierade komponenter. Åtgärderna kan ges individuellt eller i grupp och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel, samt förstärkas med särskild uppföljning. Denna åtgärdsnivå förutsätter att personalen som utför åtgärden, utöver att ha kunskaper i ämnet, också är utbildad i den metod som används.

Ett hälsofrämjande förhållningssätt stödjer patienten

När hälso- och sjukvårdspersonal inleder ett samtal om levnadsvanor är det viktigt att vara lyhörd för patientens inställning till ett sådant samtal. Annars finns det en risk att patienten upplever samtalet som integritetskränkande och att det därför inte hjälper patienten.

Rådgivande samtal kan vara mer eller mindre hälsofrämjande. Med hälsofrämjande samtal menas att de stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den. Ett hälsofrämjande samtal stärker patientens egenmakt (empowerment) och gör att patienten får en central roll i sin egen hälsoutveckling.

Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i ett sådant samtal är framför allt att ge patienten kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling. Det innebär att samtalet utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan, och som tar hänsyn till patientens motivation till förändring.

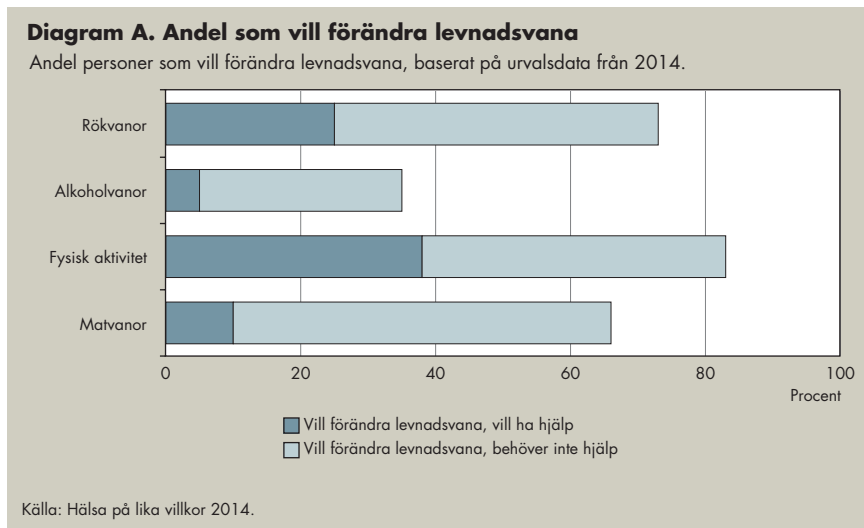
Tillämpas inte ett hälsofrämjande förhållningssätt finns en risk att hälso- och sjukvården i sitt arbete med att förebygga sjukdomar i stället skapar ohälsa, obehag och skuldbeläggning. Ställer vårdpersonalen för stora krav på patienten uppnås i regel inte heller någon beteendeförändring, och patienten kan reagera med försämrad självförtroende, och därmed riskera en försämrad hälsa. När vårdpersonalen använder ett hälsofrämjande förhållningssätt känner sig patienten i stället respekterad och lyssnad på, och stärkt i tron på sin egen förmåga.

Goda förutsättningar för införande

Det är vanligt med ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor 2014* är omkring 11 procent av den vuxna befolkningen dagligrökare, 17 procent har riskfyllda alkoholvanor, närmare 15 procent har en stillasittande fritid och en fjärdedel äter för lite frukt och grönsaker.

Befolkningen positiv till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor

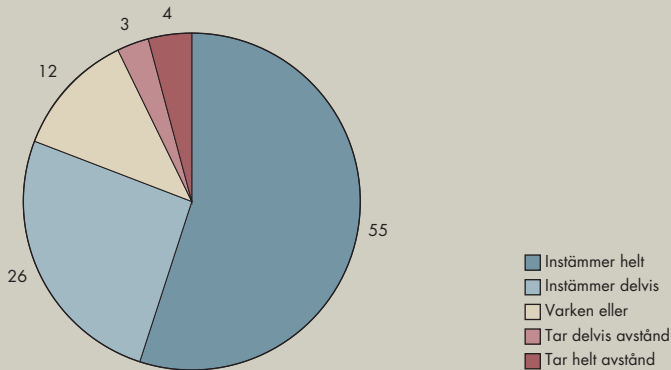
Underlag från olika enkätundersökningar riktade till befolkningen visar att det finns ett starkt stöd för att hälso- och sjukvården ska arbeta med levnadsvanor. De allra flesta som har en ohälsosam levnadsvana vill förändra denna, och många vill ha stöd för att åstadkomma en förändring (diagram A).



Fyra av fem personer är positiva till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor vid kontakt med vården (diagram B).

Diagram B. Positivt att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor

Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig. 18 år och äldre. År 2013.

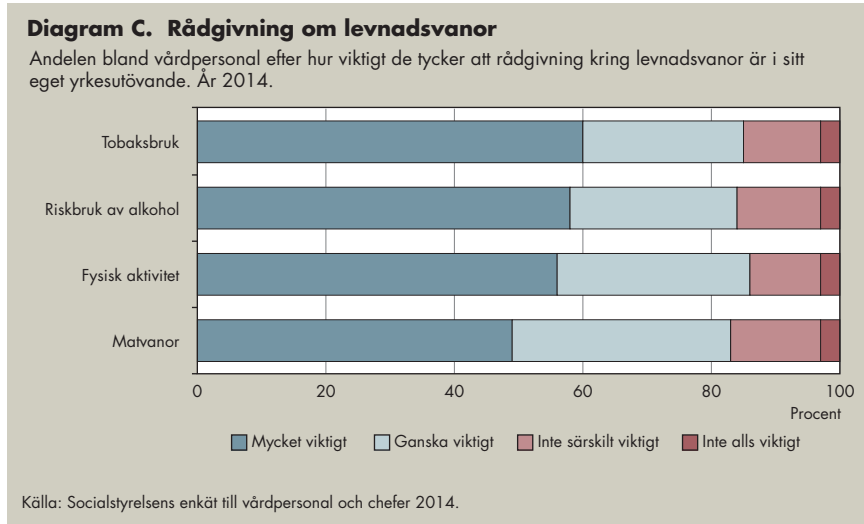


Källa: Vårdbarometern 2013.

Det stora flertalet – nio av tio – av de som har diskuterat levnadsvanor är nöjda med samtalet de haft. En lika stor andel av befolkningen är positiv till att vårdpersonalen ger stöd till levnadsvaneförändringar i stället för att få ett läkemedel utskrivet.

Även vårdpersonalen vill arbeta med levnadsvanor

Resultaten visar också att det sjukdomsförebyggande arbetet har starkt stöd bland både chefer och vårdpersonal. De allra flesta som arbetar inom hälso- och sjukvården tycker att det är viktigt att vården arbetar med levnadsvanor, och de flesta skulle vilja arbeta mer med området än vad de gör idag (diagram C).



Sammanfattningsvis visar resultaten att arbetet med levnadsvanor har ett starkt stöd – både hos befolkningen, vårdpersonalen och cheferna inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att förutsättningarna för att implementera de nationella riktlinjerna är goda.

Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar

I det här kapitlet redovisas ett urval av resultaten som ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer och bedömningar. Följande rekommendationer ingår i kapitlet:

1. Fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor
2. Samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas
3. Stöd till levnadsvaneförändring i stället för läkemedel
4. Det behövs satsningar på specifika patientgrupper
5. Personer med psykisk sjukdom behöver uppmärksammas
6. Personalens möjligheter till kompetensutveckling behöver öka
7. Bättre kunskap om och rutiner för att minska riskbruk av alkohol
8. Bättre dokumentation.

I rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Sjukdomsförebyggande metoder 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar* redovisas allt underlag som legat till grund för rekommendationerna, samt resultat inom ytterligare områden.

1. Fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor

För att det sjukdomsförebyggande arbetet ska bli en naturlig del av hälso- och sjukvården behöver det finnas tydliga uppdrag och väl fungerande rutiner för detta, som är kända av personalen och som tillämpas i praktiken. Resultaten från utvärderingen tyder dock på att så inte alltid är fallet.

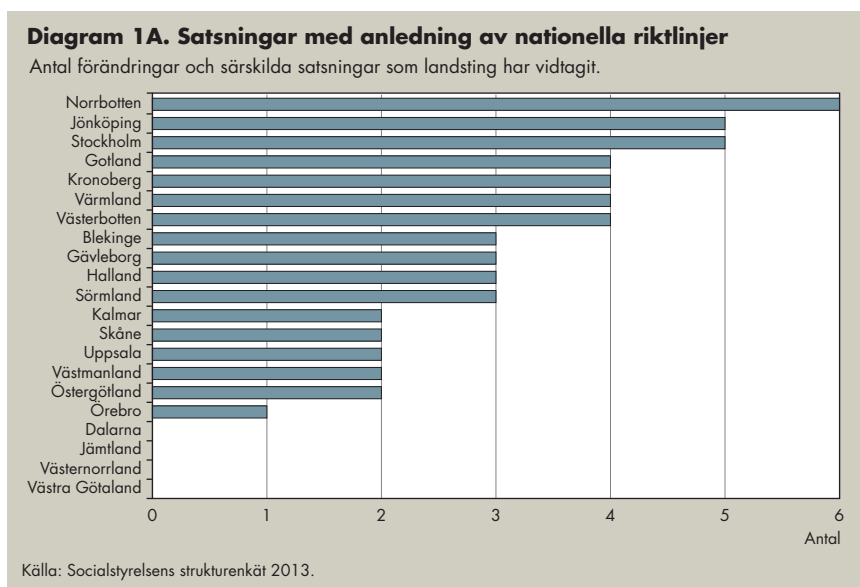
Många har satsat – men inte alla

Många landsting har arbetat med att införa de nationella riktlinjerna. I stort sett alla landsting har behandlat riktlinjerna i en politisk nämnd eller styrelse. I vissa landsting har riktlinjerna också lett till organisatoriska förändringar, som etablering av särskilda mottagningar för levnadsvanor. Det är också vanligt att det har skett kommunikationsinsatser riktade till vårdpersonalen.

I enkäten till landstingen ställdes vidare frågan om landstingen har gjort några ekonomiska satsningar med anledning av riktlinjerna. Här avsågs satsningar i form av förändrade principer för ekonomisk ersättning och ersättningsnivåer, satsningar på specifika patientgrupper, verksamheter och yrkesgrupper samt särskilda utbildningssatsningar.

Resultaten visar att flest satsningar har skett i Norrbotten. Även landstingen i Jönköping och Stockholm har gjort många satsningar med anledning av riktlinjerna (diagram 1A).

Landstingen i Dalarna, Jämtland, Västernorrland och Västra Götaland anger att de inte har gjort satsningar inom någon av de ovan nämnda områdena.



Styrdokument finns – på en övergripande nivå

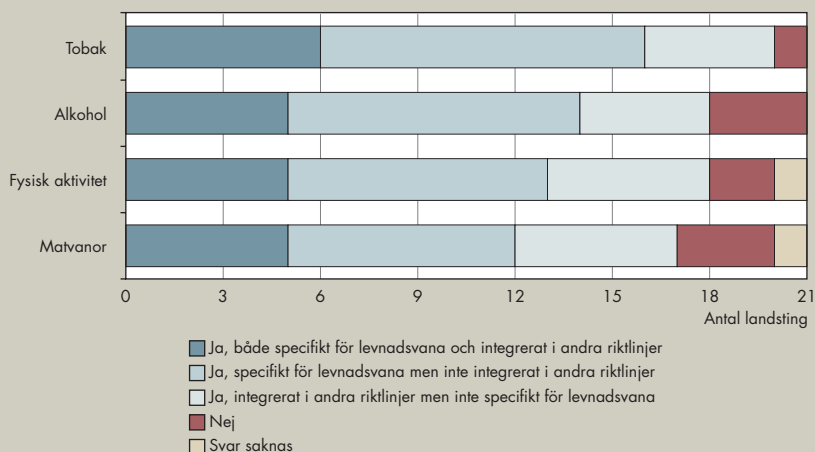
Resultaten visar också att landstingen har styrdokument för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Överallt finns det övergripande mål för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, som är förankrade i en politisk styrelse eller nämnd. I många landsting ingår arbete med levnadsvanor i verksamheternas uppdragsbeskrivningar och planer för uppföljning.

Utvärderingen visar att det är vanligt med lokala riktlinjer eller vårdprogram. I alla landsting utom Halland finns det riktlinjer eller vårdprogram för arbetet med tobak, och i de flesta även för fysisk

aktivitet – undantagen är Halland och Gotland. Det är vanligast att riktlinjen gäller en specifik levnadsvana, men det förekommer också att riktlinjerna är integrerade i sjukdomsspecifika vårdprogram (diagram 1B).

Diagram 1B. Riktlinjer inom landstingen

Har landstinget tagit fram riktlinjer/vårdprogram eller motsvarande?

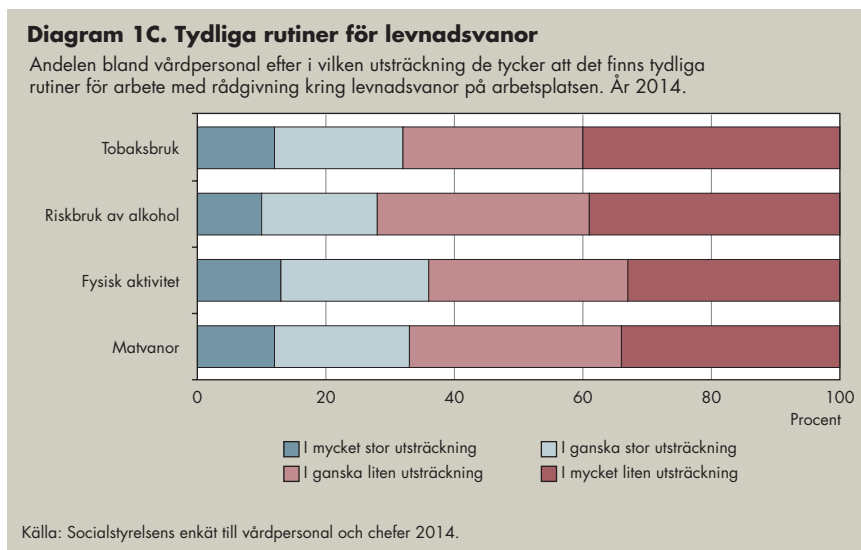


Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

De flesta landsting bedömer att mindre än hälften av verksamheterna inom primärvården och psykiatrin har tagit fram rutiner för arbetet med de olika levnadsvanorna. De flesta landsting bedömer att det är ännu ovanligare att det finns sådana rutiner inom den specialiserade somatiska vården.

Vårdpersonalen upplever att det saknas rutiner

I utvärderingen frågade Socialstyrelsen dem som arbetar i vården om det finns rutiner för det sjukdomsförebyggande arbetet inom deras verksamheter. Endast en tredjedel av de svarande anser att så är fallet (diagram 1C).



Bristen på rutiner för att arbeta med levnadsvanor gäller hela hälso- och sjukvården, men upplevs vara störst inom den specialiserade vården.

Personalens och chefernas syn på rutiner går i många fall isär. Enligt cirka 80 procent av cheferna inom primärvården finns det tydliga rutiner för alla levnadsvanorna. I övriga delar av hälso- och sjukvården är motsvarande andel 50-60 procent.

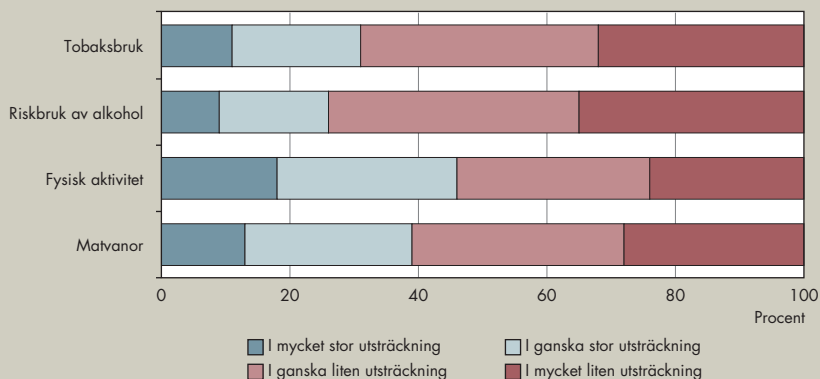
En annan fråga i enkäten handlade om huruvida de som inte själva utövar rådgivning vet var de kan remittera eller hänvisa patienten. Fyra av fem känner till var de ska remittera. Kunskapen om remitteringsvägarna är bäst inom primärvården, utom vad gäller riskbruk av alkohol där kunskapen är högst inom psykiatrin.

Bristen på rutiner bidrar till att personalen inte arbetar med levnadsvanor

Enligt vårdpersonalen sker arbete med levnadsvanor i begränsad omfattning. Detta visar enkätundersökningen som Socialstyrelsen genomförde hösten 2014. Mindre än hälften av vårdpersonalen anger att de arbetar med levnadsvanor i stor utsträckning. Personalen bedömer att de arbetar mer med rådgivning kring fysisk aktivitet och matvanor än med rådgivning kring tobaksbruk och riskbruk av alkohol (diagram 1D).

Diagram 1D. Arbetar med levnadsvanor

Andelen bland vårdpersonal efter i vilken utsträckning de arbetar med rådgivning kring levnadsvanor i sitt nuvarande arbete. År 2014.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

Vilka levnadsvanor som man ger rådgivning om varierar mellan olika verksamheter. De som arbetar inom primärvården ger råd om tobaksbruk i nästan dubbelt så stor utsträckning som de som arbetar inom andra verksamheter. Råd om riskbruk av alkohol är avsevärt vanligare inom psykiatrin än inom den specialiserade somatiska vården. Inom primärvården ger man oftare råd om fysisk aktivitet än inom andra verksamheter.

Hälften av cheferna svarar att de patienter i deras verksamhet som är i behov av rådgivning får ta del av denna i stor utsträckning. Detta gäller alla levnadsvanor utom vad gäller riskbruk av alkohol, där andelen är något lägre.

Bedömning av resultaten

Utvärderingen visar att landstingen har övergripande styrdokument för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. I de flesta landsting finns det också vårdprogram eller andra riktlinjer för arbetet.

När chefer inom hälso- och sjukvården tillfrågas om det finns rutiner för arbetet med levnadsvanor anger de allra flesta att det gör det. Däremot är det en stor andel av vårdpersonalen – mer än hälften – som upplever att det saknas tydliga rutiner för arbetet. Detta tyder på att ledningarna inte har lyckats föra ut och förankra de rutiner som finns.

Huvuddelen av landstingen har försökt styra resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet genom särskilda ersättningar. Mer än hälften av landstingen har gjort riktade satsningar och i många landsting ges också prestationsbaserade ersättningar för genomförda åtgärder, särskilt inom primärvården.

Trots dessa satsningar visar resultaten att de flesta inom vårdpersonalen anser att de arbetar med levnadsvanor i liten eller mycket liten utsträckning. Många upplever också att rådgivning inte är en prioriterad fråga på arbetsplatsen.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att många landsting har gjort insatser på central nivå för att stimulera införandet av riktlinjerna, men att det behövs ytterligare insatser för att riktlinjerna ska få fullt genomslag ute i verksamheten. Det är därför angeläget att landstingen aktivt arbetar med att införa de rutiner som finns, och att utarbeta rutiner när sådana saknas. Detta gäller särskilt de landsting som inte har arbetat aktivt med införandet. Här kan landsting som kommit längre i införandeprocessen fungera som inspirerande exempel.

2. Samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas

Landstingens hälso- och sjukvård har en central roll i det sjukdomsförebyggande arbetet, men vad andra sektorer i samhället gör spelar också stor roll. Om hälso- och sjukvården arbetar tillsammans med andra delar av samhället, som till exempel kommunerna och arbetslivet, förbättras förutsättningarna för att nå ett positivt resultat.

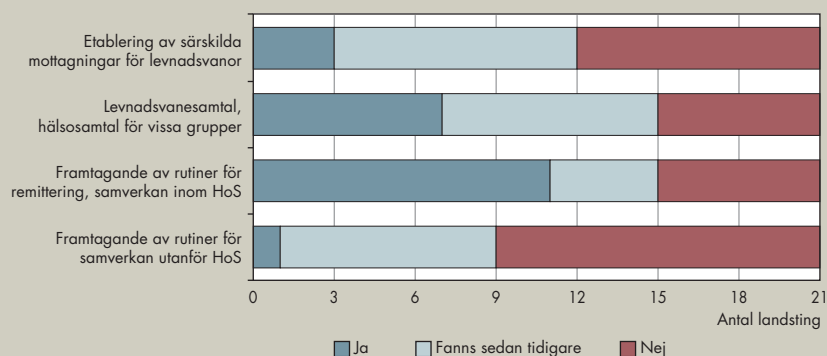
Landstingen saknar samverkansrutiner med kommunerna

Det är vanligt att landstingen har tagit fram styrdokument som handlar om hur olika aktörer inom landstinget ska arbeta med ohälsosamma levnadsvanor, och hur samverkan mellan olika verksamheter ska se ut. Enkäten till landstingsledningarna visar bland annat att den vanligaste förändringen som landstingen har genomfört med anledning av de nationella riktlinjerna är att man har tagit fram rutiner för remittering och samverkan inom hälso- och sjukvården när det gäller levnadsvanor. Drygt två tredjedelar av landstingen har rutiner för remittering och levnadsvanesamtal.

Endast ett landsting anger att det har tagits fram rutiner för samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvården med anledning av riktlinjerna, även om närmare hälften av landstingen har sådana rutiner sedan tidigare (diagram 2A).

Diagram 2A. Organisoriska förändringar

Har de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder lett till:



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

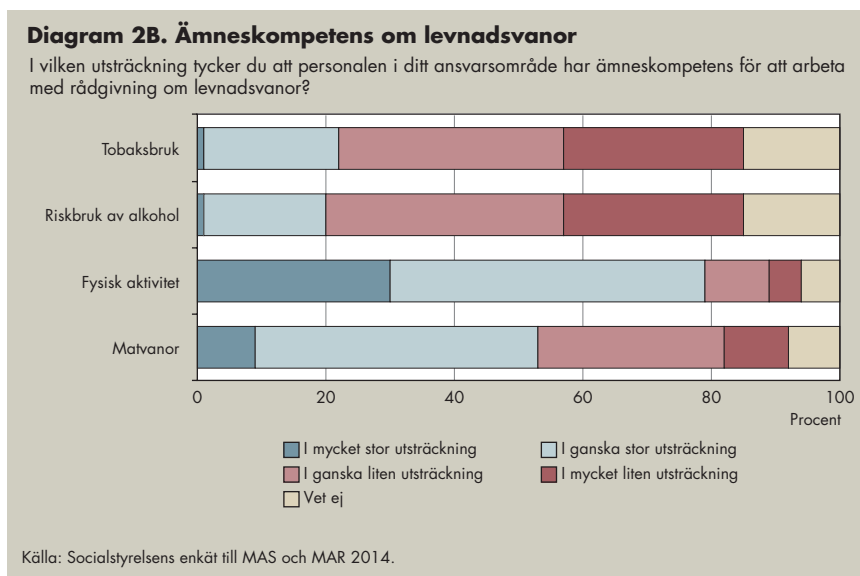
Kommunerna upplever också brister i samverkan

Enkäten till den kommunala hälso- och sjukvården bekräftar att det finns behov av att utveckla samverkan mellan landsting och kommun. Endast drygt hälften av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) och de medicinskt ansvariga för rehabiliteringen (MAR) anger att de samverkar med primärvården vad gäller rådgivning kring levnadsvanor. Endast var femte anger att motsvarande samverkan sker med den specialiserade vården.

Riktlinjerna har inte införts inom kommunerna

Enkätresultaten tyder vidare på att de nationella riktlinjerna inte har införts inom kommunerna. Det saknas både ämneskompetens och rutiner för att arbeta med ohälsosamma levnadsvanor.

MAS och MAR bedömer att personalen inte alltid har tillräckligt med kompetens för att arbeta med rådgivning om levnadsvanor. Ämneskompetensen bedöms vara högre för fysisk aktivitet och matvanor än för tobaksbruk och riskbruk av alkohol (diagram 2B).

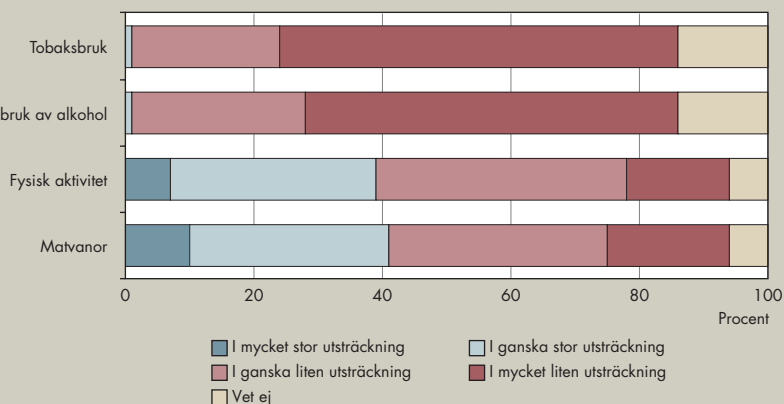


På frågan om samtalsmetodik svarar flertalet att personalen i stor utsträckning har kompetens i detta, vilket beror på att många kommuner har satsat på utbildningar.

Vad gäller rutiner för att arbeta med rådgivande samtal uppfattar MAS och MAR att det är betydligt vanligare att det finns rutiner för fysisk aktivitet och matvanor än för tobaksbruk och riskbruk av alkohol, där rutiner i stort sett saknas helt (diagram 2C).

Diagram 2C. Tydliga rutiner för arbete med levnadsvanor

Finns det tydliga rutiner för att arbeta med rådgivning kring följande levnadsvanor inom ditt ansvarsområde?



Källa: Socialstyrelsens enkät till MAS och MAR 2014.

Resultaten från både enkätundersökningen och intervjuer med ett urval MAS och MAR tyder på att det finns ett begränsat stöd för att arbeta med de nationella riktlinjerna inom den kommunala verksamheten. Det beror dels på att kommunerna upplever att resursläget är pressat, dels på att många bedömer att resurser för sjukdomsförebyggande arbete kan spenderas bättre inom andra verksamheter, exempelvis inom primärvården. Den kommunala hälso- och sjukvården möter ofta patienten i ett relativt sent skede, då möjligheterna att motivera till livsstilsförändringar är begränsade. Därför menar många av de tillfrågade att det är landstinget som bör ta ett huvudansvar för det sjukdomsförebyggande arbetet; framförallt när det gäller äldre personer.

Bedömning av resultaten

Enkätsvaren tyder på att de nationella riktlinjerna inte har införts inom kommunerna. Det saknas både ämneskompetens och rutiner för att arbeta med ohälsosamma levnadsvanor, framförallt när det gäller

alkohol och tobak. Det är också ovanligt att den kommunala hälso- och sjukvården samverkar med landstingens verksamheter – framförallt specialistvården.

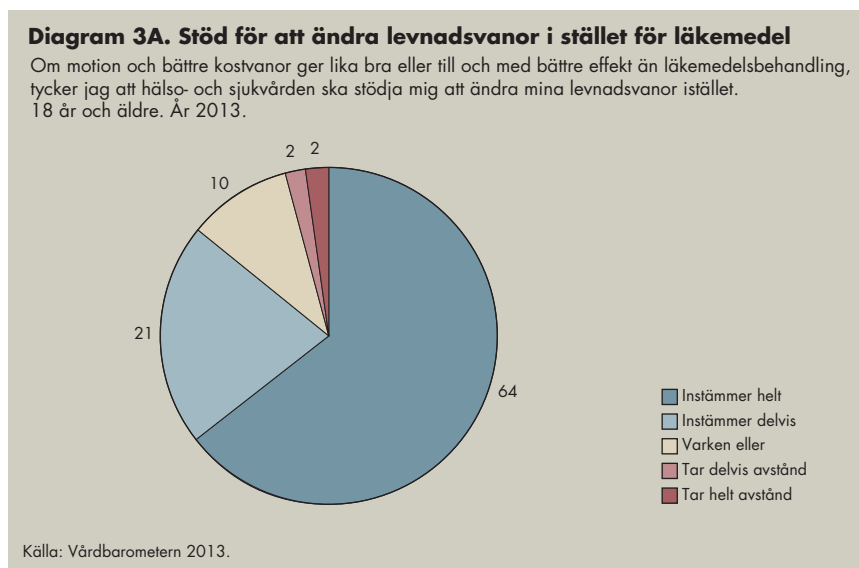
Socialstyrelsen menar att det skulle vara en fördel om arbetet med ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning skedde i samverkan mellan landsting och kommun.

3. Stöd till levnadsvaneförändring i stället för läkemedel

Det finns flera tillstånd och sjukdomar där hälsosamma levnadsvanor kan förhindra sjukdom och där förändrade levnadsvanor kan ge en förbättring som är likvärdig den vid läkemedelsbehandling. Det gäller till exempel högt blodtryck, diabetes typ-2, benskörhet, övervikt och fetma.

Befolkningen positiv till råd i stället för läkemedel

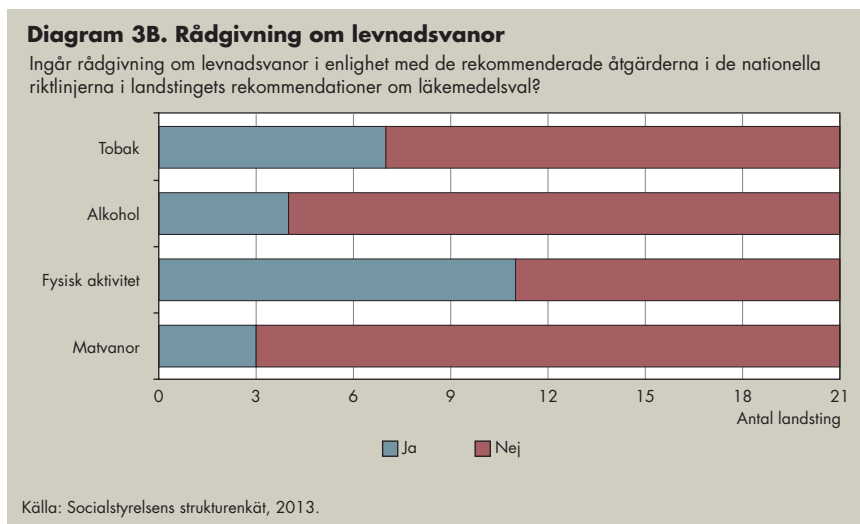
Resultat från Vårdbarometern visar att en majoritet av befolkningen är positiv till att vårdpersonalen ger stöd till levnadsvaneförändringar istället för läkemedelsbehandling (diagram 3A).



Hur man skattar sitt hälsotillstånd kan påverka inställningen i denna fråga; de som mår mycket bra eller bra är mest positiva medan de som mår dåligt är mest negativa. Men även bland dem som inte har så bra hälsotillstånd anser drygt 60 procent att vården ska stödja ändrade levnadsvanor, som ett alternativ till läkemedelbehandling.

Ovanligt med rådgivning om levnadsvanor i läkemedelsrekommendationer

Det är dock ovanligt att rådgivning om levnadsvanor föreslås som ett alternativ till läkemedelsbehandling i landstingens läkemedelsrekommendationer. I hälften av landstingen ingår inte rådgivning om levnadsvanor i landstingens rekommendationer om läkemedelsval. Det är vanligast att rådgivning om fysisk aktivitet ingår (diagram 3B).



I tre landsting – Kronoberg, Halland och Västernorrland – ingår rådgivning om samtliga fyra levnadsvanor i landstingets rekommendationer om läkemedelsval. I hälften av landstingen ingår inte någon av levnadsvanorna i rekommendationerna.

Bedömning av resultaten

I ungefär en tredjedel av landstingen ingår rådgivning om levnadsvanor i rekommendationerna om läkemedelsval. Vanligast är att fysisk aktivitet, ofta i form av FaR (fysisk aktivitet på recept), rekommenderas som ett alternativ till läkemedel. Socialstyrelsen bedömer att fler landsting borde erbjuda sjukdomsförebyggande åtgärder som ett alternativ till läkemedel; särskilt eftersom det finns ett starkt stöd för detta i befolkningen.

4. Det behövs satsningar på specifika patientgrupper

Hälsosamma matvanor, regelbunden fysisk aktivitet, normal kroppsvikt och rökfrihet kan förebygga eller fördröja ett stort antal sjukdomar. Även den som redan har drabbats av sjukdom kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. Till exempel kan en patient som efter en akut kranskärtsjukdom slutar röka, börjar äta hälsosamt och motionera regelbundet, redan efter sex månader minska risken för nya hjärt-kärlhändelser med 74 procent.

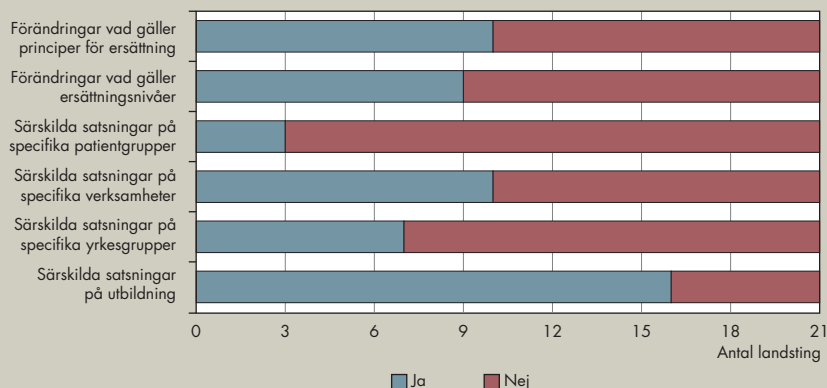
I de nationella riktlinjerna ges högre prioritet till sjukdomsförebyggande åtgärder som riktar sig till grupper med livsstilsrelaterade sjukdomar, som till exempel hjärt-kärlsjukdomar samt diabetes. Detsamma gäller tillstånd eller situationer där den ohälsosamma levnadsvanan är förknippad med en särskild risk, som inför en operation eller i samband med graviditet.

Få landsting har satsat på högriskgrupper

Resultaten från utvärderingen visar att landstingen framförallt har gjort generella satsningar, och inte satsningar som berör specifika patientgrupper. Det är endast ett fåtal landsting som anger att de har gjort denna typ av riktade satsningar (diagram 4A).

Diagram 4A. Satsningar med anledning av nationella riktlinjer

Har de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder lett till:

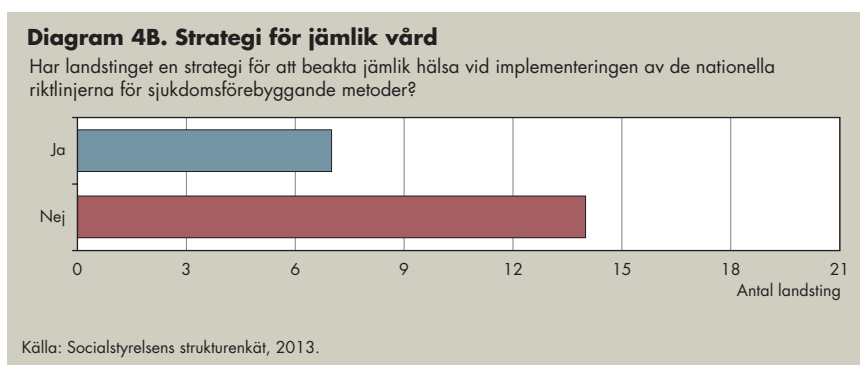


Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Särskilda insatser för andra utsatta grupper saknas

Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelad i befolkningen. Till exempel är det fyra gånger fler lågutbildade än högutbildade kvinnor som röker. Att ha fler ohälsosamma levnadsvanor samtidigt är vanligare om en person har ekonomiska problem, är utan sysselsättning eller är född utanför Sverige. Om en person får hjälp och stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor kan ojämlikheterna i befolkningens hälsa minska. En förutsättning är att hälso- och sjukvården lyckas nå de socialt utsatta grupperna.

En tredjedel av landstingen har en strategi för att beakta jämlik hälsa vid införandet av riktlinjerna (diagram 4B).



Få landstingen har gett konkreta exempel på strategier för att beakta jämlik vård. Området tas dock upp i många olika typer av dokument, till exempel policydokument, likabehandlingsprogram, folkhälsostrategi och behovskartläggningar.

Bedömning av resultaten

Resultaten från utvärderingen visar att landstingen framförallt har gjort generella satsningar, och inte satsningar som berör specifika patientgrupper. Socialstyrelsen bedömer att det är positivt att landstingen har haft ett brett angreppssätt, men i det fortsatta utvecklingsarbetet är det angeläget att särskilt uppmärksamma högriskgrupper.

Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor varierar vidare mellan olika befolkningsgrupper. Personer med en socioekonomiskt utsatt situation har till exempel ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning än andra. Det är dock få landsting som har tagit fram en strategi

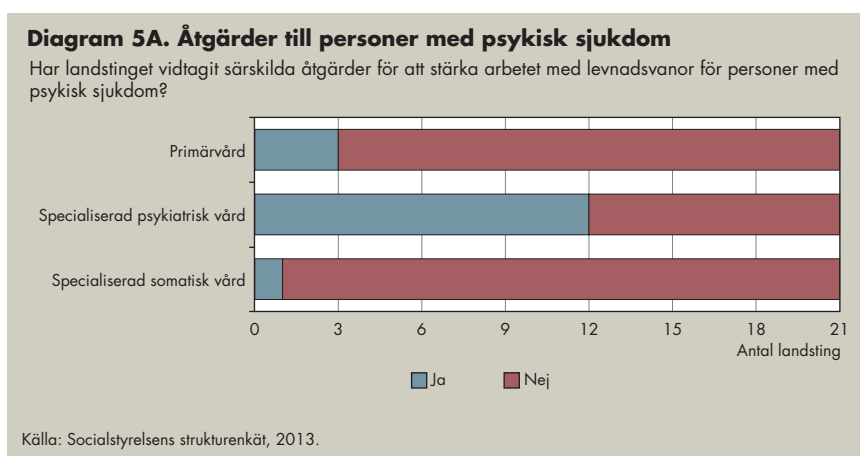
för att beakta jämlik hälsa vid implementeringen av riktlinjerna, och som kan ge konkreta exempel på hur man har bedrivit arbetet för att minska skillnaderna. Socialstyrelsen menar att även detta är ett viktigt utvecklingsområde för landstingen.

5. Personer med psykisk sjukdom behöver uppmärksammas

Personer med psykisk sjukdom löper högre risk än andra att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar, som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och cancer. Socialstyrelsen har visat att personer med psykisk sjukdom har en ökad dödlighet på grund av somatiska sjukdomar och kortare förväntad livslängd [2,3]. Hälso- och sjukvården har därmed en viktig roll att förebygga dessa sjukdomar hos personer med psykisk sjukdom.

Brist på särskilda satsningar

Drygt hälften av landstingen har förstärkt arbetet med levnadsvanor inom den specialiserade psykiatriska vården (diagram 5A). I några landsting har man till exempel utvecklat särskilda funktioner som arbetar med sjukdomsförebyggande åtgärder, exempelvis tobaksavvänjare eller hälsosamordnare som erbjuder hälsosamtal till psykopatienter. Däremot är det inte många av landstingen som har vidtagit särskilda åtgärder inom primärvården eller den specialiserade somatiska vården. Västra Götaland är det enda landsting som har vidtagit särskilda åtgärder i alla delar av hälso- och sjukvården för att stärka arbetet med att förebygga ohälsosamma levnadsvanor för personer med psykisk sjukdom.

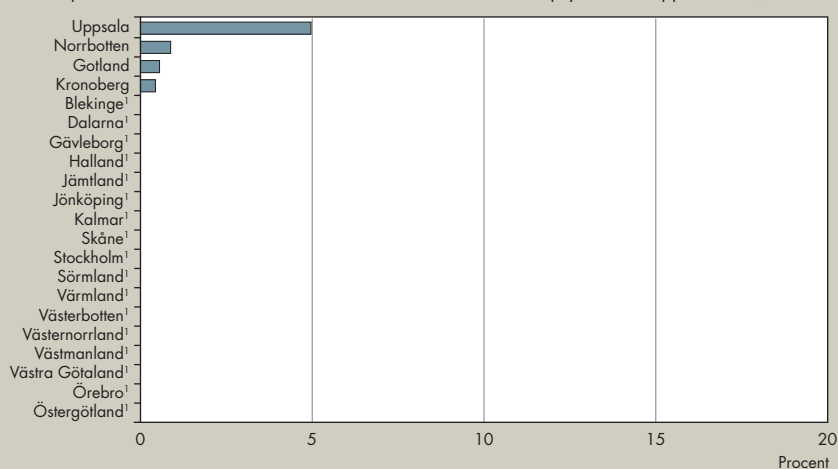


Riskbruk identifieras sällan inom psykiatrin

För att fånga hälso- och sjukvårdens arbete med sjukdomsförebyggande metoder i primärvården och den specialiserade öppenvården skickade Socialstyrelsen ut en enkät i april 2014, riktad till samtliga landsting. Enkäten handlar om de åtgärder som patienter med ohälsosamma levnadsvanor hade fått under år 2013. Resultaten från enkäten visar att den psykiatriska öppenvården identifierar relativt få patienter med riskbruk av alkohol. Under år 2013 var det i genomsnitt två procent av patienterna som konstaterades ha ett riskbruk, som också dokumenterades i journalsystemet. Störst andel dokumenterades i Uppsala. Sannolikt identifieras fler patienter med riskbruk, men vårdpersonalen har inte haft rutiner för att dokumentera det (diagram 5B).

Diagram 5B. Riskkonsumenter inom psykiatrisk öppenvård

Andel patienter som identifierats ha riskbruk av alkohol inom den psykiatriska öppenvården, 2013.



¹ Uppgift saknas

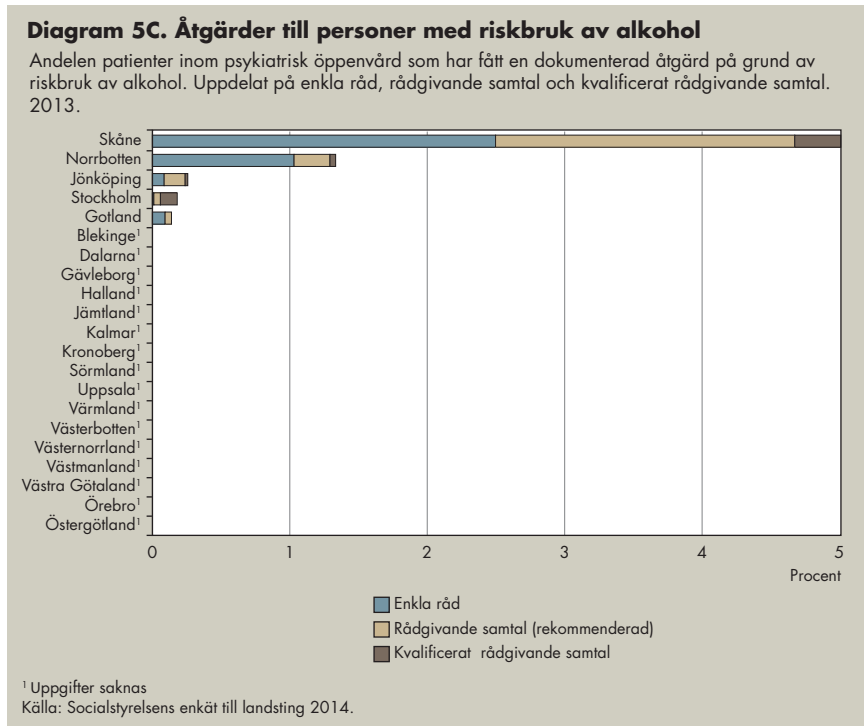
Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Åtgärder dokumenteras inte heller

Resultaten från enkäten till landstingen visar att det under 2013 var 1,6 procent av den psykiatriska öppenvårdens patienter som fick någon åtgärd på grund av riskbruk av alkohol, som också dokumenterades i landstingets journalsystem.

Skillnaderna mellan landstingen är stora. I Skåne fick omkring 5 procent av patienterna inom psykiatriska öppenvården någon åtgärd

för att minska sin alkoholkonsumtion, medan det i andra landsting var under en halv procent som fick en sådan åtgärd. Sannolikt arbetar den psykiatriska öppenvården mer med riskfyllda alkoholvanor än vad uppgifterna som landstingen har kunnat lämna visar. På många håll saknas fastställda rutiner om vad som ska dokumenteras och hur dokumentationen ska ske (diagram 5C).



I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen att patienter med riskbruk i första hand ska få ett rådgivande samtal, vilket innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten och anpassar åtgärderna till individens hälsotillstånd och förutsättningar. Resultaten från enkäten tyder på att det är relativt vanligt att patienterna får åtgärden enkla råd i stället för rådgivande samtal.

En utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen patienter med riskfyllda alkoholvanor som får rådgivande samtal. Brister i tillgängliga data gör dock att det i nuläget inte är möjligt att göra någon skattning av hur stor andel av riskkonsumenterna som får åtgärder.

Bedömning av resultaten

Drygt hälften av landstingen anger att den specialiserade psykiatrin har vidtagit särskilda åtgärder för att stärka arbetet med levnadsvanor för personer med psykisk sjukdom. Det är dock endast tre landsting som anger att motsvarande åtgärder har skett inom primärvården. Eftersom ohälsosamma levnadsvanor är mycket vanligt hos personer med psykisk ohälsa, och hälsoläget hos dessa personer inte har förbättrats under de senaste åren, anser Socialstyrelsen att fler landsting borde arbeta mer aktivt med gruppen.

Endast ett fåtal av landstingen kan redovisa uppgifter om andelen patienter inom den psykiatriska vården som använder tobak respektive har en riskkonsumtion av alkohol. Även när det gäller de vidtagna åtgärderna brister underlaget. Bristen på dokumenterade åtgärder är bekymmersam, eftersom personer med psykisk sjukdom har ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning än befolkningen i stort. Risken att utveckla missbruk är dubbelt så stor bland dessa patienter och studier visar att var tredje man och var femte kvinna som söker psykiatrisk öppenvård har en riskkonsumtion av alkohol. Även tobaksbruk är vanligare bland personer med psykisk sjukdom. Liksom i andra vårdformer kan det naturligtvis vara så att det finns åtgärder som vidtas utan att noteras i landstingens dokumentationssystem.

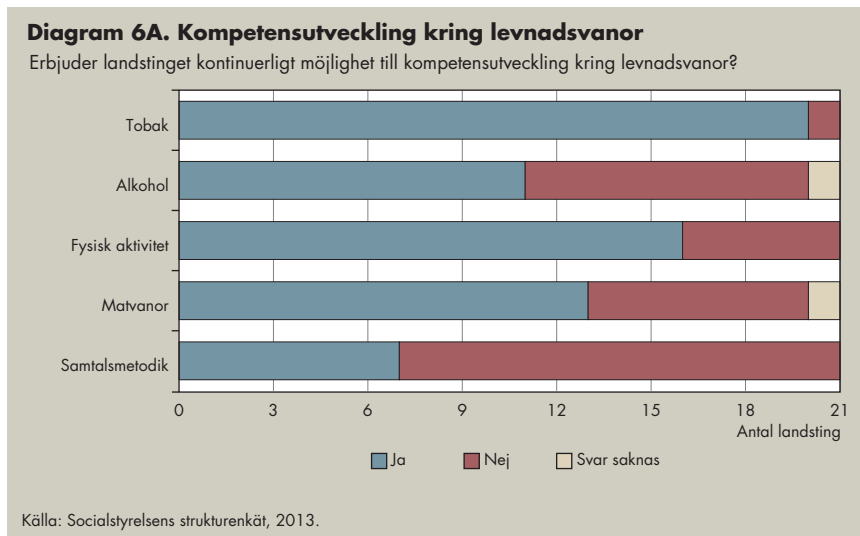
Socialstyrelsen bedömer att de psykiatriska verksamheterna behöver utveckla rutiner och arbetssätt för att arbeta med levnadsvanor, samt förbättra dokumentationen för att göra det möjligt att följa upp åtgärderna.

6. Personalens möjligheter till kompetensutveckling behöver öka

All hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha tillräcklig kunskap om och känna sig trygga att ställa frågor, erbjuda åtgärder och vid behov hänvisa vidare. För att kunna ge råd för att förändra en ohälsosam levnadsvana behövs både kunskap om samtalsmetodik och ämneskunskap.

Landstingen anger att de erbjuder möjligheter till kompetensutveckling

De nationella riktlinjerna har lett till att flertalet landsting har gjort särskilda utbildningssatsningar kring levnadsvanor. I dag erbjuder i stort sett samtliga landsting kontinuerligt möjlighet till kompetensutveckling om tobaksbruk och samtalsmetodik. Endast Västmanland anger att det saknas fortlöpande utbildning om tobak, och endast Västra Götaland saknar fortlöpande utbildning om samtalsmetodik. Minst vanligt är kompetensutveckling kring alkohol, något som endast hälften av landstingen erbjuder kontinuerligt (diagram 6A).

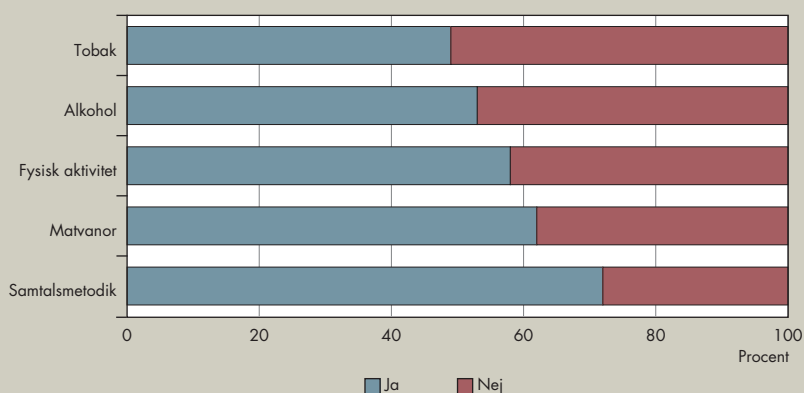


Personalen vill utveckla kompetensen

I Socialstyrelsens enkät till chefer och vårdpersonal hösten 2014 ser många av de tillfrågade ett behov av ökad kompetens och mer utbildning för att kunna arbeta med rådgivning. Omkring hälften av vårdpersonalen bedömer att de i stor utsträckning har ämneskompetens för att arbeta med rådgivning kring levnadsvanor. Majoriteten vill främst utveckla kompetensen inom samtalsmetodik, men många vill även ha mer utbildning om levnadsvanorna (diagram 6B).

Diagram 6B. Utveckla kompetens om levnadsvanor

Andelen bland vårdpersonal efter huruvida de skulle vilja utveckla kompetensen om levnadsvanor. År 2014.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

Möjligheterna till kompetensutveckling är inte tillräckliga

Majoriteten av vårdpersonalen bedömer att de inte har goda förutsättningar att kompetensutveckla sig när det gäller det sjukdomsförebyggande arbetet. Mellan 50 och 60 procent av personalen inom primärvården och psykiatrin svarar att de inte har tillräckliga möjligheter att utveckla sin kompetens inom områden där de saknar kunskap.

Inom den specialiserade somatiska vården är det ännu fler, närmare 70 procent, som anser att möjligheten till kompetensutveckling är otillräcklig. Detta verkar stämma med chefernas syn på situationen inom den specialiserade somatiska vården där endast hälften av cheferna menar att personalen har goda möjligheter till kompetensutveckling inom de områden där kompetensen är bristfällig. Däremot

anser cirka 90 procent av cheferna inom primärvården och psykiatrin att personalen har goda möjligheter till kompetensutveckling.

Bedömning av resultaten

I stort sett samtliga landsting anger att de kontinuerligt ger möjlighet till kompetensutveckling när det gäller tobak och samtalsmetodik.

När det gäller fysisk aktivitet och matvanor är det ungefär två tredjedelar som kontinuerligt erbjuder personalen kompetensutveckling.

Vårdpersonalen bedömer att de inte har tillräckliga möjligheter till kompetensutveckling när det gäller arbetet med levnadsvanor. Bristen på kompetens uppges vara en bidragande orsak till att personalen inte arbetar med levnadsvanor i särskilt stor utsträckning, trots att flertalet – både chefer och vårdpersonal – anger att de skulle vilja göra det.

Socialstyrelsen bedömer att landstingen behöver utöka personalens möjlighet att ta del av kompetenshöjande insatser. Det kan också behövas riktade utbildningsinsatser till personalgrupper som i stor utsträckning arbetar med personer med livsstilsrelaterade sjukdomar, som till exempel diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

7. Bättre kunskap om och rutiner för att minska riskbruk av alkohol

Alkohol är, efter rökning och högt blodtryck, den tredje största riskfaktorn för ökad ohälsa och för tidig död. Redan ganska måttliga mängder alkohol kan ha en negativ inverkan på hälsan.

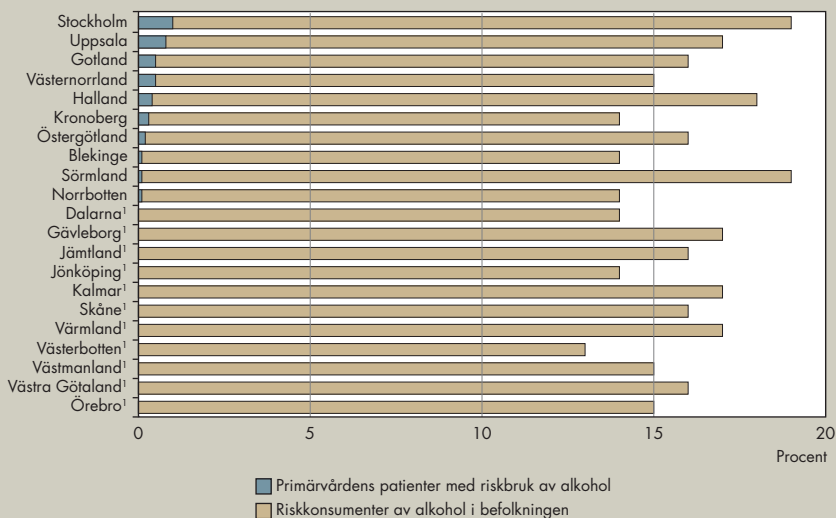
Få patienter med riskbruk identifieras

Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor 2013* är 17 procent av befolkningen riskkonsumenter av alkohol. Trots det var det under år 2013 bara i genomsnitt 0,5 procent av patienterna inom primärvården som konstaterades ha ett riskbruk, som också dokumenterades i journalsystemet. Detta visar resultaten från den enkät som Socialstyrelsen skickade ut till landstingen.

Andelen varierade i landstingen, från 0,1 till 1,0 procent av patienterna. Sannolikt identifieras fler patienter, men vårdpersonalen saknar rutiner för att dokumentera eventuellt riskbruk (diagram 7A).

Diagram 7A. Riskkonsumenter av alkohol i primärvården

Andelen av primärvårdens patienter som identifierats ha riskkonsumtion av alkohol jämfört med andelen riskkonsumenter i befolkningen, 2013.



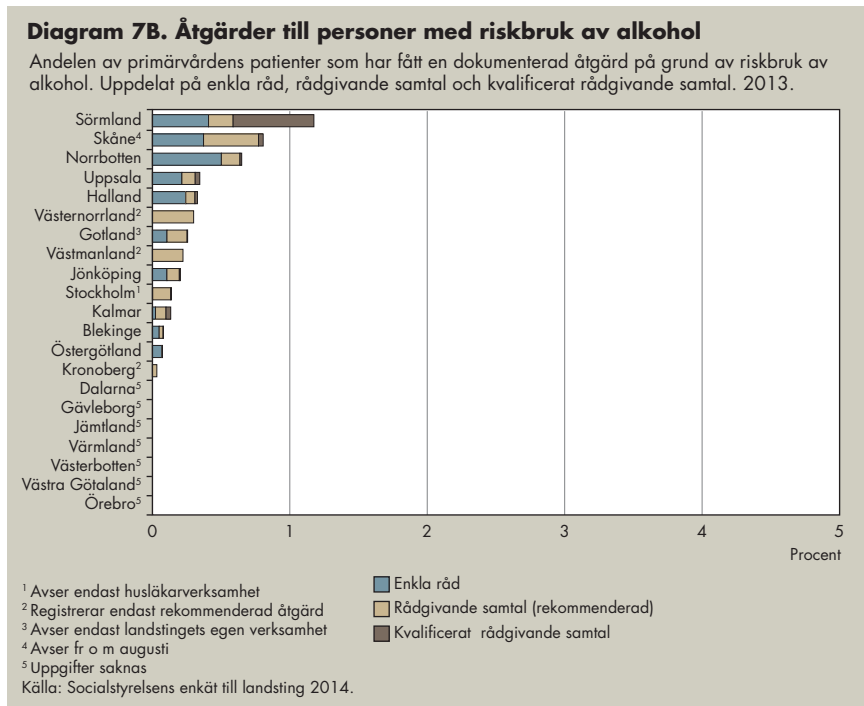
¹ Uppgifter saknas för registrerat riskbruk av alkohol

Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting 2014 och Hälsa på lika villkor, 2010–2013.

Ovanligt med åtgärder vid riskbruk

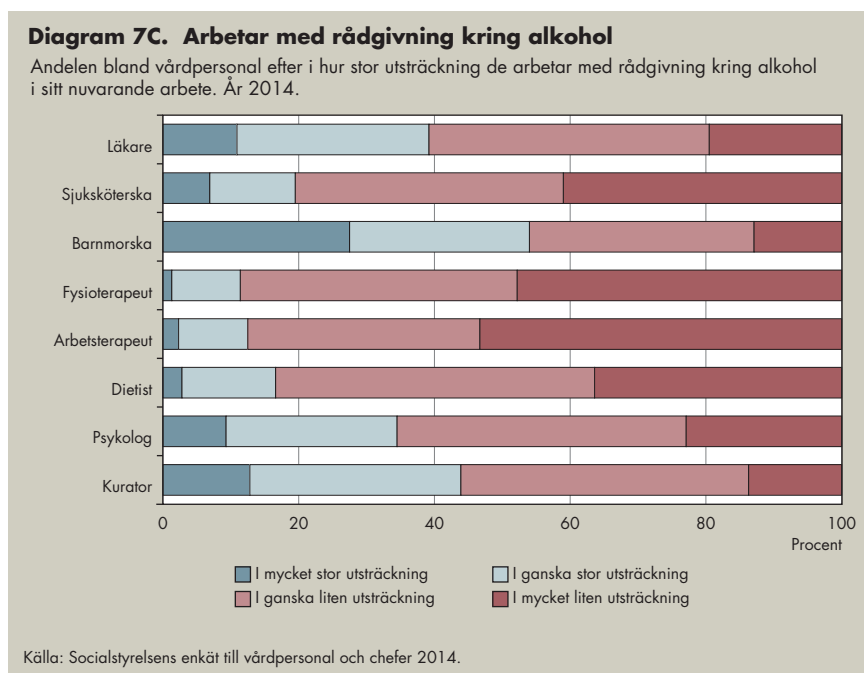
I enkäten uppmanades landstingen att ange hur många av primärvårdens patienter som fått någon av åtgärderna enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal.

Svaren visar att det i genomsnitt är mindre än en halv procent av primärvårdens patienter som har fått någon dokumenterad åtgärd på grund av riskbruk av alkohol under 2013. Det finns skillnader mellan landstingen när det gäller hur många åtgärder som dokumenteras. I Sörmland och Skåne har omkring en procent av patienterna inom primärvården fått någon åtgärd för att minska alkoholkonsumtionen, medan det i andra landsting är mindre än 0,2 procent som har fått en sådan åtgärd. Det finns vissa skillnader mellan landstingen när det gäller vilka typer av åtgärder som genomförs och dokumenteras. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att patienterna i första hand ska få ett rådgivande samtal. Resultaten från enkäten tyder på att i de flesta landsting får patienterna endera ett enkelt råd eller ett rådgivande samtal (diagram 7B).



Beräkningar baserade på uppgifter från de tio landsting som har rapporterat både antalet personer med riskbruk av alkohol och antalet åtgärder visar att knappt hälften har fått någon åtgärd för att minska sitt riskbruk. Hälften av dessa – det vill säga var fjärde patient med riskfyllda alkoholvanor – får ett rådgivande samtal, vilket är den åtgärd som är högst prioriterad.

Enligt Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014 arbetar mindre än hälften av vårdpersonalen med rådgivning av alkohol i stor utsträckning (diagram 7C).



Personalen bedömer att alkohol är den levnadsvana som de har lägst ämneskompetens om och där det finns minst möjlighet till kompetensutveckling.

Bedömning av resultaten

Enkätsvaren visar att det endast är en liten andel av primärvårdens patienter som identifieras ha riskbruk av alkohol, jämfört med förväntad andel i befolkningen. Mindre än en procent av patienterna iden-

tifieras som riskkonsumenter – trots att motsvarande andel i befolkningen uppskattas till 17 procent.

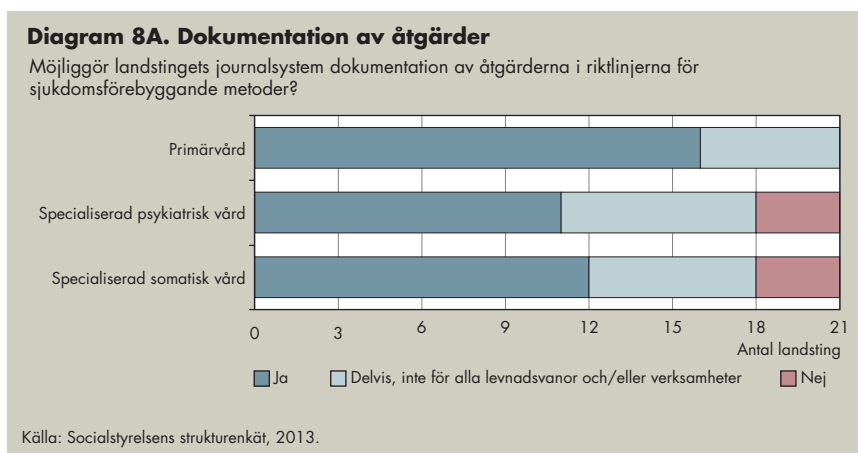
Det är dock sannolikt fler patienter som identifieras än som dokumenteras. Detta stöds av uppgifter från den nationella patientenkäten, som visar att ungefär var femte av primärvårdens patienter har diskuterat sina alkoholvanor vid ett läkarbesök under det senaste halvåret. Även när det gäller åtgärder är det troligt att det är skillnad mellan vad som dokumenteras och vad som faktiskt görs. Endast en procent av alla patienter har fått en åtgärd som dokumenterats i journalen.

Resultaten tyder också på att landstingen arbetar mer aktivt med vissa levnadsvanor än med andra. Dessutom finns det en obalans i hur mycket arbete som läggs på respektive levnadsvana, jämfört med hur vanlig den ohälsosamma levnadsvanan är. Trots att riskabla alkoholvanor är vanligare än rökning är det en större andel av patienterna som uppmärksammas och får stöd vid tobaksbruk. Socialstyrelsen bedömer därför att landstingen dels behöver utveckla hur de arbetar med riskbruk av alkohol, dels höja personalens kompetens inom området.

8. Bättre dokumentation

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården ska använda någon form av rådgivning eller samtal för att hjälpa patienten att förändra sin ohälsosamma levnadsvana. I dagsläget är det inte möjligt att inhämta uppgifter om vilka åtgärder som görs via några nationella register, utan i denna utvärdering har uppgifter istället samlats in direkt från landstingen.

Landstingen säger att det går att dokumentera åtgärder. En del av enkäten till landstingsledningarna handlade om möjligheten att dokumentera sjukdomsförebyggande åtgärder i journalsystemen. De flesta landsting anger att det är möjligt att dokumentera alla åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna i primärvårdens journalsystem. Samtliga landsting anger att det går att dokumentera åtminstone en del av åtgärderna eller åtgärder för vissa levnadsvanor (diagram 8A).



Hälften av landstingen anger att det går att dokumentera alla åtgärder i riktlinjerna tar upp inom samtliga delar av den specialiserade vården. Tre landsting – Jämtland, Västerbotten och Västmanland – anger att det inte är möjligt att dokumentera alla åtgärder.

Flera landsting kommenterar behovet av att fortsätta arbetet med att utveckla journalsystemen, så att sjukdomsförebyggande åtgärder kan dokumenteras där.

Få landsting kan redovisa åtgärder

Även om landstingen anger att det går att dokumentera åtgärder visar resultaten från statistikinsamlingen att många landsting inte har tillgång till uppgifter, varken om patienter med ohälsosam levnadsvana eller om antalet åtgärder som genomförs. Många landsting har påbörjat implementeringen av de nationella riktlinjerna inom primärvården, och det är också inom primärvården som tillgången till uppgifter är störst. Här har drygt hälften av landstingen lämnat uppgifter. Inom den specialiserade vården är det ännu färre som har lämnat de uppgifter som efterfrågats.

Nedan ges några exempel på resultat från statistikinsamlingen.

Få åtgärder dokumenteras i primärvården

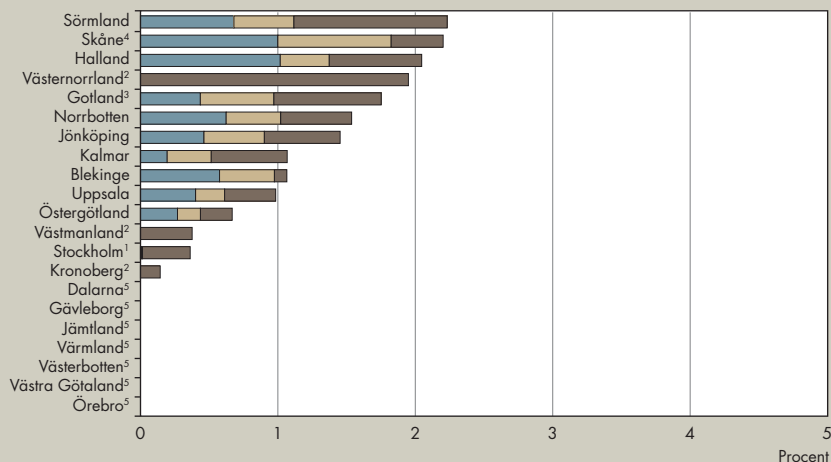
Statistikinsamlingen visar att det endast är en liten andel av primärvårdens patienter som identifieras med en ohälsosam levnadsvana, jämfört med förväntad andel i befolkningen. Till exempel är det mindre än 3 procent av patienterna som identifieras som dagligrökare, trots att motsvarande andel i befolkningen uppskattas till 11 procent. Det är dock sannolikt fler patienter som identifieras än dokumenteras. Detta antagande bygger på det faktum att primärvården relativt nyligen påbörjat dokumentering av levnadsvanor.

I enkäten uppmanades landstingen också ange hur många av primärvårdens patienter som fått någon av åtgärderna enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal. Svaren visar att det endast är drygt en procent av primärvårdens patienter som har fått någon dokumenterad åtgärd för sitt tobaksbruk under 2013. Det är en liten andel av alla patienter som kan antas behöva stöd, men det handlar ändå om 45 000 patienter som har fått stöd av hälso- och sjukvården att ändra en levnadsvana. Att inte alla åtgärder dokumenteras bekräftas av en studie av Umeå universitet som visar att majoriteten av primärvårdens personal bedömer att de arbetar med att främja goda levnadsvanor i större utsträckning än vad som dokumenteras i journalen [3].

Det finns stora skillnader mellan landstingen. I vissa landsting (Sörmland, Skåne och Halland) har drygt 2 procent av patienterna inom primärvården fått någon åtgärd för att sluta röka, medan det i andra landsting är mindre än 0,5 procent som har fått en åtgärd (diagram 8B).

Diagram 8B. Åtgärder till dagligrökare inom primärvården

Andelen av primärvårdens patienter som har fått en dokumenterad åtgärd på grund av daglig rökning. Uppdelat på enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. 2013.



¹ Avser endast husläkarverksamhet

² Registrerar endast rekommenderad åtgärd

³ Avser endast landstingets egen verksamhet

⁴ Avser fr o m augusti

⁵ Uppgifter saknas

Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting 2014.

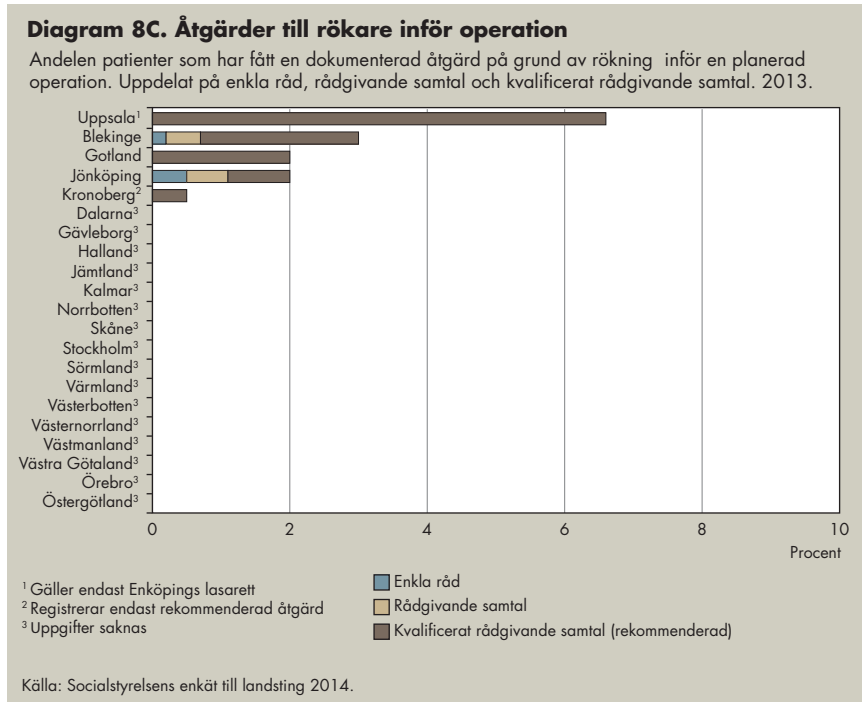
Även när det gäller övriga levnadsvanor är det få patienter som identifieras och får en dokumenterad åtgärd inom primärvården.

Inom specialistvården är det ännu färre åtgärder som dokumenteras. Ett exempel är åtgärder för rökstopp inför en planerad operation.

Det saknas uppgifter om åtgärder för rökstopp inför operation

Rökstopp är en av de mest kostnadseffektiva patientsäkerhetsåtgärderna vid operation. Patienter som röker före operation löper ökad risk för bland annat försämrad sårhäkning och hjärt-kärlkomplikationer. Ett rökuppehåll i samband med en operation halverar risken för att få blodproppar, lunginflammation eller dålig sårhäkning. Generellt rekommenderas ett uppehåll på sammanlagt 6-8 veckor före och efter en operation. Men även vid akuta, oplanerade operationer där rökstoppet blir kortare är det en viktig åtgärd. Hälso- och sjukvården har därför alltmer börjat uppmärksamma vikten av att informera och stödja patienter till att sluta röka inför en operation.

Av enkäten till landstingen framgår att hälso- och sjukvården har identifierat cirka 6 procent av alla patienter som ska genomgå en planerad operation som rökare. Cirka 4 procent av alla patienter har fått någon registrerad åtgärd för sitt tobaksbruk under år 2013. I Uppsala är andelen betydligt högre än i övriga landet; nästan var tionde patient som genomgår en planerad operation i Uppsala har fått ett kvalificerat rådgivande samtal. Detta kan bero på att man länge har arbetat systematiskt med rökstopp inför operation (diagram 8C).

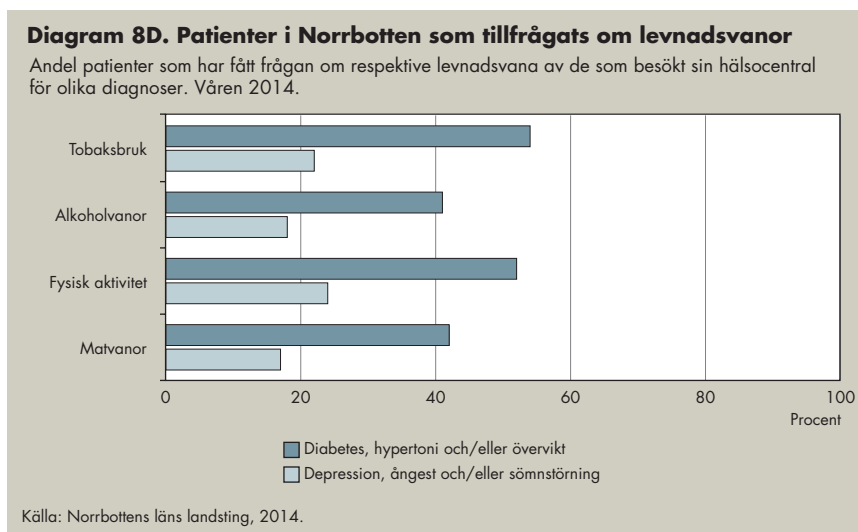


I den nationella patientenkäten 2014 för den specialiserade vården anger mellan 25 och 30 procent av slutenvårdspatienterna att de har diskuterat tobaksvanor med vårdpersonalen. I patientregistret 2013 finns det endast 340 registreringar för hela riket för åtgärderna mot tobaksbruk, vilket motsvarar cirka 0,4 promille av patienterna.

Norrbotten – ett gott exempel

I Norrbotten har primärvården systematiskt följt upp arbetet med levnadsvanor sedan år 2012. Genom att presentera resultat därifrån kan andra landsting få inspiration till hur det går att arbeta med uppföljnings- och förbättringsarbete när det finns tillgång till relevant dataunderlag.

Diagram 8D visar hur stor andel av patienterna vid ett primärvårdsområde som fått frågor om sina levnadsvanor när de har sökt vård för några utvalda diagnoser. Resultaten visar att ungefär hälften av de som sökt vård för metabolt syndrom (diabetes, högt blodtryck eller övervikt) har fått frågor om sina levnadsvanor. Bland patienter som söker vård för psykiska besvär är det endast var femte patient som har fått frågan.

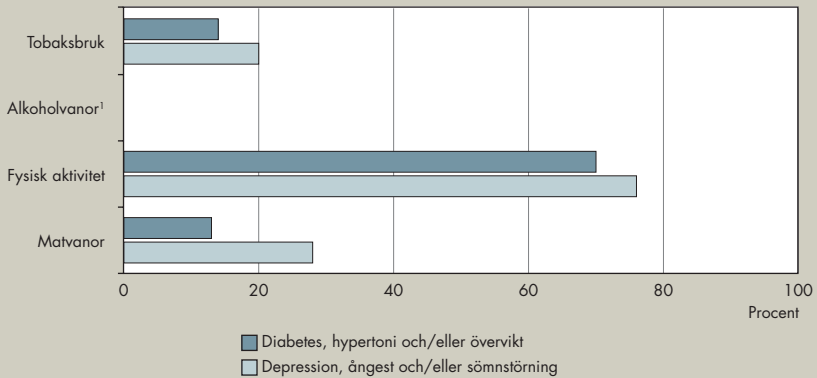


Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor skiljer sig inte mellan dessa patientgrupper vad gäller tobaksbruk och fysisk aktivitet. Både när det gäller personer med diabetes, högt blodtryck och övervikt respektive psykisk ohälsa är det vanligast att patienterna inte är tillräckligt fysiskt aktiva. Den största skillnaden mellan patientgrupperna gäller ohälsosamma matvanor, som är betydligt vanligare hos patienter som söker på grund av depression och ångest.

Alkoholvanorna dokumenteras med fritext i journalen, och kan därför inte redovisas.

Diagram 8E. Patienter i Norrbotten med journalförd risk

Andel patienter som har fått journalförd risk av de tillfrågade patienterna. Våren 2014.

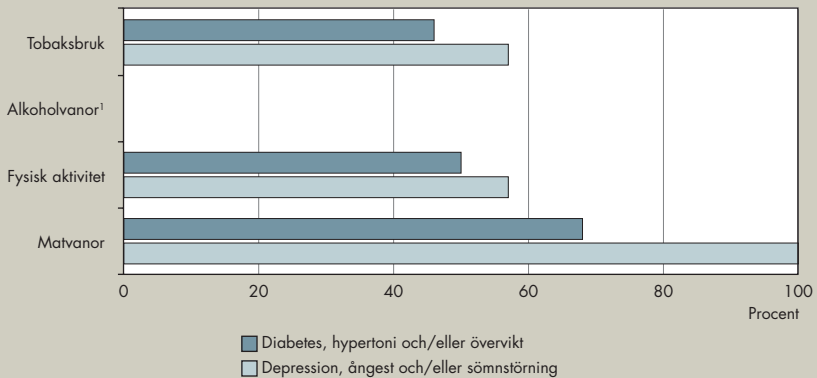


¹ Uppgift saknas
Källa: Norrbottens läns landsting, 2014.

Resultaten tyder på att det är mycket vanligt att patienter som har besökt sin hälsocentral för psykiska besvär får någon åtgärd när de har ohälsosamma matvanor. Detta gäller även patienter med metabolt syndrom, där 70 procent får en åtgärd.

Diagram 8F. Patienter i Norrbotten som har fått åtgärd

Andel patienter som har fått journalförd åtgärd av patienter med risk. Våren 2014.



¹ Uppgift saknas
Källa: Norrbottens läns landsting, 2014.

Primärvården i Norrbotten har en arbetsmetod som innebär att diagram skapas och uppdateras månadsvis för varje hälsocentral, och finns tillgängliga i en uppföljningsportal. Detta innebär att hälsocentralerna får kunskap om vilka patientgrupper som eventuellt inte uppmärksammas tillräckligt, samt om hur det konkreta arbetet med levnadsvanor går framåt.

Bedömning av resultaten

Socialstyrelsen bedömer att många landsting skulle behöva utveckla dokumentationen av både ohälsosamma levnadsvanor och åtgärder för att förändra dessa. Genom att följa upp det sjukdomsförebyggande arbetet får landstingen kunskap som går att använda i förbättringsarbete på lokal och regional nivå. I uppföljningar kan man till exempel få svar på vad det kan få för betydelse om vårdcentraler och kliniker organiserar arbetet på olika sätt. En lokal uppföljning gör också att det går att se hur insatserna når kvinnor respektive män, patientgrupper med särskilt stora behov och hur insatserna medverkar till att minska ojämlikhet i hälsa.

På nationell nivå är det viktigt att följa arbetet med sjukdomsförebyggande metoder ur ett jämlikhetsperspektiv för att uppmärksamma om skillnaderna är stora mellan landstingen. Patienterna ska kunna förvänta sig att det går att få stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor oavsett i vilket landsting man bor.

Sannolikt kommer dock uppföljningsmöjligheterna att förbättras i framtiden, eftersom många landsting bedömer att de kommer att kunna ta fram de efterfrågade uppgifterna inom de närmaste åren.

Vissa landsting har kommit längre än andra när det gäller att dokumentera levnadsvanor för egen uppföljning. Socialstyrelsen menar att landsting som ännu inte har börjat dokumentera levnadsvanor bör ta tillvara erfarenheterna från de landsting som kommit längre i arbetet.

Socialstyrelsens bidrag till införandet av riktlinjerna

Det särskilda uppdraget som Socialstyrelsen har haft för att stödja införandet av de nationella riktlinjerna har sannolikt haft betydelse för landstingens arbete med riktlinjerna. Många landsting har vidtagit en rad åtgärder för att stärka det sjukdomsförebyggande arbetet. En

viss tröghet i landstingens styrprocesser gör dock att det tar tid innan åtgärderna får fullt genomslag i hälso- och sjukvården. Insatser som vidtas under 2014 och som ger avtryck i statistikåret 2015 kommer inte att kunna redovisas förrän 2016. Den fulla effekten av den nationella satsningen på att stödja införandet av de nationella riktlinjerna framgår således inte i den här utvärderingen.

Referenser

1. Socialdepartementet. Uppdrag angående nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt utbetalning av medel. S2011/484/FS (delvis).
2. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen; 2013.
3. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014. Jämlik hälsa. Socialstyrelsen; 2014.
4. Johansson, H. Ekonomiska styrsystem och sjukdomsförebyggande insatser. Umeå Universitet; 2014.
5. Socialstyrelsen. Uppgifter om psykiatrisk vård i patientregistret. Socialstyrelsen; 2014.
6. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. Socialstyrelsen; 2012.

Bilaga 1. Projektorganisation

Styrgrupp

Björn Nilsson	projektägare, enhetschef, Indikatorbaserad utvärdering
Lars Grönvik	enhetschef, Statistik 1
Birgitta Lindelius	tillförordnad enhetschef, Öppna jämförelser 1
Arvid Widenlou Nordmark	tillförordnad enhetschef, Nationella riktlinjer 1
Karin Palm	tillförordnad enhetschef, Nationella riktlinjer 2
Irène Nilsson Carlsson	projektledare, Stöd till införande av nationella riktlinjer för sjukdoms- förebyggande metoder

Projektgrupp

Riitta Sorsa	projektledare
Maria Branting	utredare
Vera Gustafsson	utredare

Övriga deltagande

Mikael Havasi	statistiker
Carolin Holm	utredare (enkätstöd)
Robert Linder	statistiker
Filippa Svensson	produktionsledare
Katrin Tonnes	informatör