

Prevention och hälsofrämjande vid ohälsosamma levnadsvanor

Ett studie­brev om levnadsvanors betydelse för hälsan



Sven Wåhlin

Maria Wolf

SFAM

Svensk förening för allmänmedicin

Stockholm 2019

Innehållsförteckning

	Sida
En liten quiz som aptitretare	3
Inledning	4
<i>Målsättning</i>	5
<i>Anvisningar</i>	5
Fallbeskrivningar	7
Kommentarer till fallen	9
Diskussionsfrågor/Instuderingsfrågor	13
Kunskapsöversikt	14
<i>Preventionsbegreppet</i>	14
<i>Risken är större för vissa</i>	14
<i>Fysisk aktivitet</i>	15
<i>Mat</i>	15
<i>Alkohol</i>	16
<i>Tobak</i>	17
<i>Operation</i>	17
<i>Kostnadseffektivitet</i>	19
<i>Ojämlika hälsoförhållanden</i>	20
Att jobba hälsofrämjande i praktiken	21
Litteratur, länkar	23
Referenser	25
Bilaga	27

En liten quiz som aptitretare

1. Den som har hälsosamma levnadsvanor vad gäller mat, motion, alkohol och fysisk aktivitet lever längre. Hur mycket längre jämfört med den som har ohälsosamma levnadsvanor?

- 1 6 månader längre
- X 14 år längre
- 2 6 år längre

2. Patienter som dricker 3 flaskor vin i veckan och har hypertoni. Om de minskar med ett standardglas/dag hur mycket sjunker då blodtrycket i genomsnitt?

- 1 2/1 mm
- X 6/2 mm
- 2 3/2 mm

3. På befolkningsnivå i Sverige, vilken levnadsvana betyder mest för folkhälsan?

- 1 matvanor
- X tobaksrökning
- 2 alkohol

4. På genomsnittlig individnivå, vad betyder mest för hälsan?

- 1 fysisk aktivitet
- X tobaksrökning
- 2 alkohol

5. Hur mycket minskar du risken för hjärtinfarkt om du är tillräckligt fysiskt aktiv?

- 1 med en fjärdedel
- X halverad risk
- 2 risken nästan obefintlig

6. Hur mycket kan man minska risken för cancer med förbättrade matvanor?

- 1 10 %
- X 30 %
- 2 80 %

Rätt svar återfinns i kunskapsöversikten och på sidan 26.

Inledning

TVå tredjedelar av svenska män och hälften av kvinnorna har minst en ohälsosam levnadsvana [1]. Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 procent av all kran- kärsljukdom och stroke, och 30 procent av all cancer [2]. Befolkningen i stort är mycket positiv till att läkarkåren frågar om och diskuterar levnadsvanors roll i relation till sjukdom, det är bara 4 % som inte finner det relevant [3]. Inom vården är de flesta överens om allmänmedicinaren som nyckelperson, men mycket av arbetet ske i samarbete med primärvårdens övriga professioner. Befolkningens levnadsvanor och sjukdomsprevention har också varit en uppgift för primärvården ända sedan provinsialläkarsystemets införande. Även från politiskt håll finns ett starkt stöd för preventivt arbete. Prioritetsutredningen gav det näst högst prioritet, direkt efter livräddande insatser och vård i livets slutskede [4]. Riksdag och regering gav senast sin avsiktsförklaring i propositionen "God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik 2017". Socialstyrelsen fick 2009 i uppdrag att utveckla nationella riktlinjer för levnadsvanor, och förnyat uppdrag i den senaste versionen 2018: "Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor", en viktig grund för detta studie- brev [5].

Ytterligare ett dokument som inspirerat detta studie- brev är "The Green Book", som tagits fram av Australiens motsvarighet till SFAM, The Royal Australian College of General Practitioners [6]. Den är fri att hämta på nätet och kan rekommenderas då ger handfasta tips på hur man kan effektivisera och sätta preventionsarbetet i fokus i primärvården.

Brister i dagens arbete med levnadsvanor har flera orsaker. Vi hoppas att detta studie- brev ska vara ett stöd för att skaffa ökade kunskaper om levnadsvanors samband med sjukdom, men framför allt hur vi pedagogiskt kan förmedla insikter om levnadsvanors relevans till patienten på ett hälsofrämjande sätt, med målet att patienten själv ska kunna göra ett medvetet val.

Levnadsvanor är inte bara relevant för prevention. Vid sjukdomsbehandling finns en fördel gentemot läkemedelsbehandling att även andra sjukdomar och risker kan påverkas. En viktig aspekt är den stora ojämlikheten i hälsa beroende på olikheter i socioekonomisk status och därvid även möjligheter att välja levnadsvanor. WHO:s "Marmotkommission" uppmärksammade detta och betonat vår roll med att hjälpa patienten mobilisera sina egna resurser (empowerment) [7].

Detta studie- brev begränsar sig till vuxnas levnadsvanor som berör alkohol, tobak, mat och fysisk aktivitet. Det har utformats självständigt för SFAM. Dess första upplaga 2010 möjliggjordes av arbetstid vid Riskbruksprojektet vid dåvarande Statens folkhälsoinstitut. Denna andra upplaga 2019 har samma fallbeskrivningar, men fått en modifierad titel och i övrigt uppdaterats, omarbetats och utvidgats av Sven Wåhlin.

Målsättning

Det här studiebrevet är i första hand tänkt som ett underlag för ett arbete i en FQ-grupp (Fortbildning - Kvalitet (Quality)) eller annan kollegial grupp, men kan naturligtvis även användas för individuell fortbildning.

Målsättningen är att när studiebrevet är genomarbetat skall medlemmarna i gruppen:

- blivit mer medvetna om sitt eget och gruppmedlemmarnas pågående preventionsarbete
- fått tips och inspiration för att bättre uppmärksamma levnadsvanor och stödja förändring i det individuella mottagningsarbetet
- fått inspiration att inleda ett systematiskt preventivt arbete tillsammans med andra professioner på sin mottagning
- fått ökad förståelse för en patientcentrerad preventiv samtalsmetodik, d.v.s. att utgå från patientens situation och agenda vid samtal om prevention.

Anvisningar

Detta studiebrev kan lämpligen användas under två eller tre på varandra följande FQ-gruppsmöten. *Förslag* på studieupplägg:

Första mötet

- Kort genomgång av upplevda kunskapsbehov: Varför vill man fördjupa sig i detta? Vad vill man ha för resultat? (laget runt)
- Gemensam översiktlig genomgång av studiebrevets innehåll
- Ställ upp några få men tydliga mål för arbetet med detta studiebrev, individuellt såväl som för den gemensamma verksamheten
- Planera vad var och en vill göra mellan första och andra mötet. Exempel på aktiviteter finns här:

Exempel på aktiviteter mellan första och andra mötet

- Medvetandegörande det egna preventionsarbetet: Registrera för varje patient under en dag vad du gjorde och idealt skulle kunna/vilja göra i preventivt/hälsofrämjande syfte, men som inte blev gjort. Den som vill kan pröva att använda sig av auditmallen (bilaga sid. 27) beträffande alkoholdelen.

- Ta fram minst ett eget patientfall där levnadsvanor kan vara betydelsefulla, att ta upp vid andra mötet
- Reflektera över hur arbetet är organiserat på vårdcentralen i stort: Notera några teoretiskt möjliga åtgärder för att arbeta mer preventivt
- Gå igenom och försök besvara diskussionsfrågor/instuderingsfrågorna nedan. Man kan välja någon fråga för fördjupning
- Gå igenom något av länk- och litteraturtipsen i studiebrevet. Gruppdeltagare kan gärna dela upp instuderingsfrågor eller litteraturtips utifrån de olika levnadsvanorna: alkohol, tobak, mat och fysisk aktivitet
- Grundläggande färdighet i motiverande samtal är en förutsättning och rekommenderas som grund för patientcentrerat stöd i förändringsarbete, oavsett levnadsvana.

Förslag till andra och tredje mötet

- Reflexion över genomförd registrering av egna patientarbetet. Vilka preventiva insatser gjorde jag? Vilka hade jag kunnat/velat göra, men som inte blev av? Vad gjorde att blev de inte av? (Laget runt, ge exempel). Resultat av auditbilagan (sid 27)?
- Hur är preventionsarbetet organiserat på just din vårdcentral? Vad skulle behöva förbättras? Nya möjligheter efter att ha förkovrat sig på angivna länkar
- Gå igenom diskussionsfrågorna/instuderingsfrågorna. En kort presentation följt av gemensam diskussion
- Genomgång av egna medtagna patientfall, eller fallbeskrivningar i studiebrevet. Fundera över hur man kan tackla problemen på olika sätt med olika resultat. Egna erfarenheter av liknande fall. Hur man överkommer svårigheter med rådgivning till patienter etc. kan tas upp. Läs sedan kommentarerna till fallbeskrivningarna som **inte** ska betraktas som något facit utan ett exempel på hur man kan hantera problemen
- Gå igenom och lista gruppens idéer och förslag på hur man kan sätta preventionsarbetet mer i fokus, på ett organisatoriskt plan, på vårdcentralen
- Liknande genomgång (laget runt) för hur man själv tänker sig förändra sitt individuella arbetssätt
- Gör en utvärdering av hur de under första mötet uppställda målen uppnåtts.

Fallbeskrivningar

Ofta är det allra bästa att ta upp egna fall till diskussion med kollegorna i gruppen. Det kan dock vara bekvämt att ha några färdig typfall också. Fallbeskrivningarna nedan kan användas för att belysa att vi läkare kan ha flera olika strategier för att hantera en viss situation. Fallen är så pass kortfattade att de erbjuder tolkningsutrymme. De efterföljande kommentarerna till fallbeskrivningarna ska inte betraktas som något facit utan är exempel på hur man kan hantera olika fall. Tanken är att vi kan lära av varandra genom att ta del av våra olikheter i tankesätt och handläggning och får tillfälle att reflektera över vårt eget arbetssätt.

1. **Eva 35 år** jobbar som projektledare på ett större läkemedelsföretag. Hon söker dig, sin husläkare, för stressrelaterade besvär i form av ständig huvudvärk och sömnsvårigheter. Livssituationen är stressig med två småbarn, 2 respektive 3 år gamla och en man som ofta är bortrest. Själv har hon också väldigt mycket att göra på sitt jobb och har svårt att få ihop livspusslet.

Hon är frisk sedan tidigare, tar inga mediciner. När du frågar om mat och motion så förefaller hon äta mestadels hälsosam mat och klämmer in ett par pass på företagets gym två gånger i veckan. Själv är hon helt fokuserad på sin stressiga situation som orsak till alla symtom. Ett glas vin hjälper henne slappna av.

Vad tror du patienten vill ha ut av besöket? Hur kopplar Du detta till dina egna funderingar om möjliga orsaker till hennes symtom? Hur skulle du gå vidare med anamnesen? Hur förklarar du att alkoholen kan ge huvudvärk och sömnsvårigheter med tanke på att hon själv tycker att hon slappnar av så bra med vinet?

2. **Gunnar 67 år** är pensionär sedan 1 år. Han är lyckligt gift med en kvinna som fortfarande yrkesarbetar. Gunnar söker dig nu p.g.a. andfåddhet vid ansträngning och magbesvär. Han berättar att livet inte är riktigt lika kul nu när han inte har något jobb att gå till. Tidigare jobbade han på verkstad och hade ett relativt rörligt jobb.

Sedan ett par år tillbaka är han patient hos din kollega på mottagningen p.g.a. en hypertoni som behandlas med ett läkemedel, tidigare med god effekt. Ett par mätningar denna vecka hos DSK har visat blodtryck 210/100. Bukomfånget är stort och BMI 34.

Hur kompletterar du anamnesen? Finns det några överhängande medicinska risker? Vilka orsaker kan det finnas till hans symtombild? Hur medveten är han om det? I vilken ordning vill du börja hjälpa honom att komma till rätta med

problemen? Om du vill utreda om ändrade alkoholvanor kan ligga bakom hans stigande blodtryck hur gör du i så fall? Hur är rutinen för fysisk aktivitet på recept (FaR) på din mottagning? Hur för du samtal om maten??

3. **Kristina 53 år** jobbar som undersköterska inom geriatriken. Hon söker dig p.g.a. stora besvär med värk i nacke och axlar samt huvudvärk i stort sett dagligen. Det är många tunga lyft i jobbet och Kristina är övertygad om att hon fått belastningsskador av jobbet. Hon är rädd hon ska bli handikappad och inte kunna sova bra p.g. smärtor. Det framgår att hon hoppas på att bli sjukskriven i några veckor. Vid förfrågan uppger hon att hon röker 1-2 paket om dagen. Hon äter mestadels sallader och smaltmat och promenerar med hunden ca 30 minuter dagligen. Hon är spensligt byggd och hennes BMI hamnar på 22 vid beräkning.

Hur kompletterar du anamnesen? Vilka förklaringar kan det finnas till hennes besvär utöver belastningen på jobbet? Går du vidare med rökningen? Kan den bidra till värken? Hur kan du ta reda på hennes motivation till regelbunden träning och rökstopp?

4. **Erik 22 år** studerar till jurist. Han söker dig då han har fastnat i sina studier och befinner sig nu i en krissituation med flera resttentor sedan något år tillbaka. Han har stora koncentrationssvårigheter. Om nätterna sover han ofta dåligt och vaknar till ett flertal gånger p.g.a. yttlig sömn. Vid förfrågan kring alkoholvanor säger han att han väl "festar på kåren som folk gör mest" i stort sett varje helg. Han tar ofta en eller ett par öl på kvällen innan han går och lägger sig eftersom han tycker att han somnar lättare då, men tycker inte att alkoholen är något problem för honom. Han motionerar ingenting.

Hur går du vidare med alkohol- resp. motionsspåret hos denna patient? Hur förklarar du sambanden alkohol – sömn och koncentration? Hur förklarar du sambanden motion – sömn och koncentration? Andra möjliga diagnoser?

5. **Ulla 78 år** har varit på en årlig hypertontkontroll. Hon står på två olika blodtrycksmediciner, och är i övrigt väs. frisk. Nyttillkommet var att hon börjat få symtom i form av andfåddhet och du noterade förlängt expirium. Därför gjorde du en spirometri som bekräftar diagnosen KOL. Vid återbesöket idag framkommer att hon rökt sedan 20-årsåldern och hon röker numera 5-10 cigaretter per dag. Beträffande alkoholvanor säger hon att hon "följer de rekommendationer som finns om 1glas vin per dag" och oftast tar hon en cigarett i samband med vindrickandet.

Hur går du vidare i patientsamtalet? Hur bemöter du "rekommendationerna" om 1glas vin per dag?

Kommentarer till fallen

Kommentarer till fall 1. Eva 35 år

Du ställer öppna frågor kring Evas livssituation inkluderande intag av analgetika och alkoholvanor och finner att i detta fall rör det sig om en kombination av en mycket stressad tillvaro och riskbruk av alkohol för att kunna slappna av. Eva tar Treo i stort sett dagligen mot huvudvärken och berättar att hon dricker "lite vin" (bag-in-box) varje kväll efter att barnen har somnat.

Du frågar Eva om hon känner till sambandet mellan alkohol och de besvär hon har utan att närmare fråga om hur stora mängder vin hon dricker. Det visar sig att hon inte känner till sambandet. Du frågar om du får berätta om detta och hon tackar ja till det. Du förklarar att den kroniska huvudvärken och sömnsvårigheterna kan ha ett samband med både det regelbundna analgetikaintaget och alkoholvanorna. Efter en dialog med henne kring hennes situation frågar du om hon vill pröva att halvera mängden alkohol och försöka undvika att dricka på vardagkvällar. Parallellt ska hon försöka trappa ned Treokonsumtionen. Hon erbjuds sjukgymnastik och ett samtal hos kuratorn som finns på vårdcentralen. Så småningom börjar Eva i en "Avslappningsgrupp" som en av sjukgymnasterna på vårdcentralen håller i. På återbesöket hos dig 2 månader senare berättar hon att hon nu halverat alkoholmängden och nästan slutat med sitt vardagsdrickande. Istället använder hon sig av avslappningsövningar innan hon ska somna. Hon har nu bara huvudvärk när det är extra stressigt.

Alkohol kan initialt ha en avslappnande effekt och underlättar ibland ett insomnande. Det leder dock till sämre sömnkvalitet som i sin tur kan bidra till en värkproblematik, t.ex. kroniska huvudvärksbesvär.

Kommentarer till fall 2. Gunnar 65 år

Du kompletterar anamnesen med att fråga om han röker och hur hans alkoholvanor ser ut. Det visar sig att han inte röker, men att han "tar sig några järn" varje vecka. Han lägger till att han "inte dricker som någon alkoholist, även om det kan bli lite mer vissa veckor".

I detta fall är blodtrycket så pass högt att det behöver sänkas relativt omgående. Du sätter därför in ett andra läkemedel och kontrollerar relevanta prover och EKG i samband med detta. Du märker att Gunnar inte trivs med sitt liv och frågar om han vill diskutera hur han lever. Därmed informerar du pat. om hans olika riskfaktorer, frågar sedan vad han tänker om detta och om det är något av detta han vill diskutera mer. Denna metod benämns "meny-agenda", då patienten får en meny att välja från. Det som patienten vill ta upp blir den agenda ni diskuterar.

Orsakerna till denna patients symtombild kan vara flera, t.ex. depressivitet, ohälsosam mat, brist på regelbunden motion, och högkonsumtion av alkohol. Samtliga faktorer kan ha relevans och bör medvetandegöras. I vilken ordning man diskuterar dem beror på vilka områden som patienten själv förefaller intresserad av. Lyhörddhet för var patienten står är alltså A och O. Ökad fysisk aktivitet och minskad alkohol är dock två levnadsvanor som mycket snabbt kan få effekt på blodtrycket.

Beträffande motionsbiten måste du först ta reda på hur förändringsbenägen Gunnar är, och du kan här ev. använda dig av ett motiverande samtal för att hjälpa honom att förändra sitt beteende. Du kan använda dig av rekommendationer i FYSS, men ett enkelt sätt att starta är att rekommendera raska promenader á 30 min 5 dagar i veckan. (Se gärna fyss.se - hypertonikapitlet). Det är klokt att be patienten formulera sina egna mål.

Kanske finns det anledning att diskutera maten med Gunnar? En enkel kostanamnes kan innebära att fråga vad Gunnar äter en vanlig dag, samt fråga om regelbundenheten i måltider. Måltidsordning med tre måltider och mellanmål är lätt att råda till och en bra grund. Man kan informera om tallriksmodellen och ge råd om en stor andel frukt och grönt. Skriftlig information finns, i övrigt bör vi hänvisa till dietist.

Beträffande alkoholen kan du fråga vad han menar med: "vissa veckor blir det nog lite för mycket". Ibland är det dock mer framgångsrikt att fråga om han känner till sambandet mellan alkohol och de symtom som han har (hypertoni, nedstämdhet och magbesvär). Om han inte vet så mycket så frågar du om du får berätta lite om det, vilket han gärna vill. Blodtrycket kan sjunka på någon vecka om han minskar sitt drickande, vilket är en utmärkt feedback för patienten om man kan vänta något med läkemedel.

Fallet Gunnar är en relativt vanlig patienttyp i primärvården som exemplifierar att alla levnadsvanor måste beaktas utöver medicinska och psykiatriska tillstånd. I ett sådant komplext fall som Gunnar är det naturligt att ta upp problemen vid flera olika besök. Det allra viktigaste är att känna av i varje patientmöte hur förändringsbenägen patienten är och att fortsätta motivera till förändring utifrån var patienten står. I detta fall bör ju hans blodtryck också kontrolleras upprepade gånger med upptitrering av läkemedel etc. så uppföljande återbesök bjuder naturliga tillfällen till samtal om levnadsvanor.

Kommentarer till fall 3. Kristina 53 år

I detta fall har "de tre F-en" framkommit. Dessa står för patientens **F**öreställning om sina besvär, **F**arhågor – är patienter rädd för allvarlig sjukdom? samt patientens **F**örväntningar på besöket. Det är en god tumregel att vid varje konsultation få fram dessa patientens funderingar. Du har därutöver ställt öppna frågor kring hennes symtom och levnadsvanor.

Det framkommer att pat. dricker "lite vin" när hon kommer hem på kvällen och tar sig ibland också en "liten drink". Långvarig värkproblematik kan i det här fallet hänga samman med både riskbruk av alkohol och en fysisk belastning i arbetet som är för tungt i relation till hennes konstitution och styrka. För att informera om riskbruk av alkohol och vilka symtom det kan ge frågar du Kristina om det är OK att du berättar lite om alkohol och vilket samband som kan finnas mellan alkoholintaget och hennes symtom. Du berättar bl.a. att det är väldigt individuellt vilka mängder man tål och att värkproblematik kan förvärras av alkohol. Kristina frågar dig då "hur stora mängder man får dricka". Du förklarar då att den mängd alkohol varje individ tolererar är väldigt individuell. En halvering av alkoholmängden oavsett ursprunglig mängd, är ett bra sätt att ta reda på om alkohol är en del av orsaken till symtomen. Du behöver inte nödvändigtvis gå närmare in på vilka mängder hon dricker. Förslagsvis halverar (minst) hon alkoholmängden på prov tills ni ses nästa gång. Kristina kanske säger att hon tycker det förslaget låter bra och verkade inte känna sig "anklagad" för att dricka för mycket då hon ju tycks tillhöra dem som är "lite extra känsliga".

Beträffande rökningen tar du också reda på hur förändringsbenägen hon är och du kan ev. använda dig av ett kortare motiverande samtal. Rökningen kan vara negativ för henne då den försvårar träning, samt ger försämrad genomblödning i värkande muskler. Vill hon inte sluta röka är ändå ett påstående från dig att "rökning är inte bra för dig" värdefullt, då det med tiden kan bidra till en större motivation.

Med tanke på att Kristina har mycket liten fysisk aktivitet och samtidigt ett arbete som kräver god fysik är detta ett välmotiverat alternativt fokus för samtalet. I detta fall ville patienten gärna diskutera alkoholen (patientens agenda), men fysisk aktivitet, som skulle kunna vara väl så viktigt, glömdes inte bort av läkaren. Återbesök är här viktigt, dels för att utvärdera och stödja den förändrade alkoholvanan, dels för att gå vidare med övriga levnadsvanor. Remiss till företagshälsovård för ergonomisk bedömning?

Kommentarer till fall 4. Erik 22 år

Du ställer öppna frågor om hans tankar kring samband mellan hans symtom och alkoholvanorna och frågar om du får informera mer om sambanden. Erik är intresserad och allmänbildad så du berättar om hur alkohol rubbar den dygnsrytmen, aktiverar sympaticus på efternatten och minskar djupsömnen.

Genom att berätta om sambanden mellan hans symtom och alkoholvanorna har du på ett enkelt sätt motiverat honom till att minska sin alkoholkonsumtion. Nästa steg blir att diskutera hur denna minskning ska ske konkret. Beroende på vad han själv är motiverad till kan man föreslå honom att halvera sin alkoholmängd t.ex. genom att inte dricka alls på vardagkvällar, eller bara dricka en vardagkväll. Du tipsar om studenthälsans hemsida, där det även finns råd om hur man kan minska sin alkoholkonsumtion.

Den psykosociala situationen kan naturligtvis penetreras närmare liksom även rökning, mat och motion. Vanliga sömnhygienråd behöver förmedlas. Det finns bra broschyrmaterial och böcker för detta t.ex. på apotek. Fysisk aktivitet är ett särskilt viktigt hjälpmedel för bättre sömn, t.ex. en promenad på kvällen eller hårdare aktivitet tidigare på dagen. Depression, droger, psykosutveckling är några möjliga diff-diagnoser och en enklare somatisk undersökning samt några lab-prover är befogat.

Han behöver kanske hjälp av kurator och/eller studievägledare för att kunna hantera sin studiesituation. Kanske behöver han motiverande stöd för att börja med någon sport i stället för besöken på studentpuben?

Kommentarer till fall 5. Ulla 78 år

Det har succesivt svängt angående alkoholens nytthet, de flesta menar nu att det inte finns någon positiv medicinsk effekt över huvud taget. Det är dessutom stora individuella skillnader i hur mycket man tål innan negativa effekter överväger. Om du frågar henne om hon själv märkt något negativt med att dricka två glas om dagen så kanske hon reflekterar över att hon t ex känner sig ganska trött hela dagarna.

I detta fall hamnar ändå fokus på rökningen. Du tar reda på var i "förändringscykeln" Ulla står. I detta fall har hon funderat på att sluta röka, men aldrig riktigt gjort något seriöst försök att sluta. När du frågar om hon känner till goda hälsoeffekter av att sluta röka vet hon en del, men du berättar lite utförligare om de positiva effekterna på andningsfunktionen om hon slutar nu trots att hon rökt så länge, Du frågar om hon känner sig beredd att bestämma "stoppdatum" redan nu, men hon är inte där ännu. Du tänker att rökstopp är så viktigt för denna patient att du inte vill släppa henne, utan erbjuder därför en uppföljningstid så att Ulla får fundera vidare på frågan. Hon har lite frågor om vilka hjälpmedel som finns för att sluta röka och du informerar lite om detta redan idag.

Vid nästa besök visar det sig att hon bestämt sig för att göra ett försök att sluta röka och ni kommer gemensamt fram till nikotinersättning och deltagande i rökavvänjningsgrupp. Du informerar om att det finns andra läkemedel, om det skulle behövas, bokar uppföljning och erbjuder henne dessutom stöd genom att kunna ringa dig.

Diskussionsfrågor/Instuderingsfrågor

Till hjälp för att lösa dessa uppgifter har ni främst varandras kunskaper och erfarenheter, men även studiebrevets kunskapsöversikt och internet.

1. Vad innebär ett riskbruk av alkohol och hur ska man hantera detta?
2. Vilka olika behandlingsalternativ finns för tobaksavvänjning? Prio ordning?
3. Vilka är de aktuella kostrekommendationerna för en hypertoniker?
4. Vad finns för generella matråd för diabetiker (typ 2)?
5. Vilka hjälpmedel finns för att stödja patienter att börja motionera regelbundet?
Vad kan du ge för råd till olika patientgrupper?
6. Ge några konkreta exempel på motiverande samtalsmetodik vid förändring av levnadsvanor.
7. Om det vid er vårdcentral uppstår en önskan om att arbeta mer systematiskt med levnadsvanor, vilka förslag har du då på hur ni kan gå vidare för att jobba mer aktivt och strukturerat. Hur vill du gå tillväga rent praktiskt för att få förankring hos chef och kollegor för att få detta till stånd?
8. Skulle det gå att ha särskilda satsningar på socioekonomiskt utsatta grupper? Hur skulle det gå till?

Kunskapsöversikt

Preventionsbegreppet

Ordet prevention kommer från latinets "praevénio" som betyder att "komma före". Begreppet används inom en mängd olika områden, men i detta studiearbete menas främst sjukdomsförebyggande insatser, vilket kan innebära att förhindra sjukdomsuppkomst eller att förhindra försämring. **Primärprevention** riktas mot friska och syftar till att en viss sjukdom eller skada inte ska uppstå. För många är goda levnadsvanor det första man tänker på vid primärprevention. Primärpreventionen kan vara individriktad, gruppinriktad eller strukturinriktad (t.ex. rökförbud). Profylax är en synonym som lever kvar i vissa sammanhang (t.ex. antibiotikaprofylax). Med **sekundärprevention** menas förebyggande åtgärder för att förhindra en negativ utveckling av ett hälsoproblem, förhindra återinsjuknande i tidigare genomliden sjukdom eller förhindrar latent sjukdom att utvecklas till manifesterad sjukdom (t.ex. gynekologiskt cellprov). Termen **tertiärprevention** är obsolet och synonymt med behandling och rehabilitering, för att minska negativa konsekvenserna av en etablerad sjukdom [8].

Prevention kan inbegripa såväl hälsofrämjande som sjukdomsförebyggande verksamhet. Det finns viktiga principiella skillnader mellan att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Medan termen **sjukdomsförebyggande** avser att förebygga viss sjukdom (till exempel hjärtinfarkt, cancer, allergi), innebär **hälsofrämjande** att förbättra individens egenupplevda hälsa (fysiskt psykiskt och socialt välbefinnande) [8]. Hälsofrämjande åtgärder kan vara individriktade, gruppinriktade (t.ex. samtalsgrupper, föräldragrupper) eller strukturinriktade (t.ex. skapa grönområden).

Risken är större för vissa

Ohälsosamma levnadsvanor är ohälsosamt för alla och vi bör stödja förändring för alla som vill ha det stödet. För vissa grupper är emellertid ohälsosamma levnadsvanor mer riskfyllda än för andra och i det praktiska arbetet är det rimligt att prioritera våra insatser på dessa. Exempel på personer med särskild risk beskrivs i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [5] (framöver kallat Socialstyrelsens riktlinjer). Det är som personer med:

- En sjukdom (t.ex. diabetes, astma, hjärt-kärlsjukdom, långvarig smärta, depression)
- Biologiska riskmarkörer (t.ex. högt blodtryck, blodfettssrubning, övervikt)
- Social sårbarhet (t.ex. låg socioekonomisk status)

- Andra riskfaktorer (t.ex. flera ohälsosamma levnadsvanor, olycksfallsskada) Den som lever hälsosamt med alla fyra levnadsvanorna lever 14 år längre än den som lever ohälsosamt.

Socialstyrelsens riktlinjer har värderat evidensen vid olika ohälsosamma levnadsvanor: allvarlighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet av insats. Man rekommenderar olika åtgärder vid olika situationer när en patient har ohälsosamma levnadsvanor. Åtgärden kan vara **Enkla råd**, som vi bör ge ofta. **Rådgivande samtal** är en minst 5 minuters dialog, och **Kvalificerat rådgivande samtal** är mer omfattande, t.ex. KBT metoder och flera samtal. Som vägledning anger man också en prioritering av åtgärdens viktighet, där prio 1 är högsta prioritet. En mycket kort sammanfattning av Socialstyrelsens ges nedan.

Fysisk aktivitet

Beträffande fysisk aktivitet har man i en mängd studier kunnat visa en minskad risk för **sjukdom**. Exempelvis minskar risken för förtida död, oavsett orsak, hjärt-kärlsjukdom (halverad risk), t.ex. kärlkramp, hjärtinfarkt, stroke, metabola sjukdomar (t.ex. typ 2 diabetes, fetma, metabola syndromet), cancer (t.ex. i tjocktarm och bröst), fallskador och benbrott, t.ex. höftfraktur, psykisk ohälsa, t.ex. demens, depression, ångest samt smärttillstånd [9]. Man har vidare sett gynnsam inverkan på **riskfaktorer** såsom blodtryck (effekten är jämförbar med läkemedel i monoterapi), totalkolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, triglycerider, BMI, midjastusskvot, glukosomsättning, insulinkänslighet och trombocytadhesivitet. [9]. Några rekommendationer för vuxna:

- "Lite är bra, mer är bättre"
- Minst 150 minuter/vecka med minst måttlig intensitet. Vid hög intensitet minst 75 minuter/vecka. Exempel: 30 min rask promenad 5 dagar/v eller 25 min löpning 3 dagar/v
- Muskelstärkande aktivitet minst 2 gånger/vecka

Ur socialstyrelsens riktlinjer: Vid otillräcklig fysisk aktivitet har rådgivande samtal prio 3. Vid särskild risk ökar prio till 2. Tillägg med skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare kan göras, men har inte högre prioritet.

Mat

Ohälsosamma matvanor är den levnadsvana som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige i dag. En förbättring av matvanor kan minska risken för hjärt-kärlsjukdom med 30 – 50 procent och förebygga upp till en tredjedel av all cancer. [10].

Matvanor med hög konsumtion av fullkornsprodukter, grönsaker, baljväxter, frukt, nötter och fisk minskar risken för att dö i förtid. Hög konsumtion av rött kött eller charkprodukter ökar däremot risken [11]. Friska vuxna som har hälsosamma matvanor har 30 procent lägre risk för hjärtinfarkt, stroke eller kardiovaskulär död, jämfört med personer som äter sedvanlig kost [12]. Genom att äta hälsosamt kan även personer som redan drabbats av hjärtinfarkt göra stora hälsovinster. Risken att återinsjukna och dö i hjärtinfarkt har visat sig vara 72 procent lägre om man byter från sedvanlig kost till medelhavskost [13].

Ur socialstyrelsens riktlinjer: Vid ohälsosamma levnadsvanor har rådgivande samtal låg prio (4-5), det är inte särskilt effektivt. Däremot har kvalificerat rådgivande samtal hög prio (1 vid särskild risk, annars 2). Detta innebär i praktiken att vi ska remittera till dietist.

Alkohol

Det har succesivt svängt angående alkoholens skyddande effekter för hjärtinfarkt och diabetes. De flesta forskare och större aktörer menar numera att det inte finns någon positiv medicinsk effekt över huvud taget [14, 15]. Alkohol och dess nedbrytningsprodukter (acetaldehyd, m.fl.) är cytotoxiska och en helt riskfri nedre gräns kan inte fastställas. Risken är dock låg vid en låg konsumtion. Begreppet **lågrikkonsumtion** har därför introducerats och definieras i en svensk rapport som < 10 standardglas (å 12 gram etanol) per vecka, samt <4 glas per dryckestillfälle (samma för män och kvinnor). Man betonar dock individuella skillnader och att hänsyn måste tas till individens medicinska situation och andra omständigheter [16].

Otvetydigt medför dock en hög alkoholkonsumtion ökad risk för ett stort antal sjukdomar. Största sjukdomsbelastningen är neuropsykiatrisk (depression, ångest, beroende hjärnskadade mm), därefter i fallande ordning: olycksfall och våld, hjärt-kärlsjukdom, leversjukdom, cancer, infektioner [17]. Hypertoni torde vara det vi ser oftast i primärvård. Spridningen är stor, men i genomsnitt sjunket blodtrycket 3,3/2 mm hos den riskbrukande hypertoniker som minskar 1 standardglas/dag [18]. Några av orsakerna till alkoholens skadeeffekter är att DNA-replikation avstannar, alkohol orsakar utsöndring av stresshormon, alkoholmolekylen kan förändra struktur på komplexa protein och att alkoholens nedbrytningsprodukt, acetaldehyd, är mycket reaktivt/oxidativt. Begreppet **riskbruk** innebär en konsumtion där man på gruppnivå ser en klart ökad risk för sjukdom och skador. Riskbruk definierades som över 14 standardglas/vecka för män, resp. 9 glas/vecka för kvinnor. Att dricka mycket vid ett tillfälle betraktas också som riskbruk, och här är gränserna ≥ 5 glas för män och ≥ 4 glas för kvinnor. [19]. Den fysiologiska reaktionen på alkohol är mycket individuell, så det finns ofta anledning att överväga alkohol som bidragande till sjukdom och symptom även vid måttlig konsumtion. I ett patientsamtal om alkoholens hälsopåverkan kan det vara mer pedagogiskt och minska risken för skuldbeläggning, om man förutsätter en förhöjd känslighet i stället för en alltför hög alkoholkonsumtion.

Ur Socialstyrelsens riktlinjer: Vid riskbruk har rådgivande samtal prio 3 om särskild risk föreligger (t.ex. kronisk sjukdom) eller inför operation. **Kommentar:** Prio 3 innebär enligt riktlinjerna att åtgärden bör ges. Det är dock först när vi kan koppla levnadsvanan till patientens egen problematik och agenda som det blir mest relevant och effektivt. Ett mer allmänt rådgivande upplevs ofta mindre relevant för patienten och får mindre effekt.

Tobak

Tobaksrökning är den enskilt viktigaste åtgärdbara orsaken till ohälsa, sjukdom och för tidig död. Rökningen minskar kraftigt i Sverige, 2018 är 7 % dagligrökare och 6 % då och då rökare [1]. Liksom för övriga levnadsvanor (särskilt mat och fysisk aktivitet) lever socioekonomiskt svagare grupper oftare ohälsosamt vad gäller rökning. Rökning beräknas medföra att ca 6 000 personer i Sverige årligen avlider i förtid. Hälften av rökarna dör av rökrelaterad orsak. I observationsstudier ses att dagligrökning förkortar livet med 11 år för kvinnor och 10 år för män. Därutöver drabbas rökaren av ytterligare igenomsnitt 7-8 år med nedsatt hälsa [20]. Rökning ökar risken för framför allt hjärtinfarkt, stroke, KOL, cancer i lungor, munhåla, larynx, urinblåsa och pancreas [21]. Erektildysfunktion är 85 % vanligare hos manliga rökare [22]. Andrahandsrökning orsakar i stort sett samma sjukdomar som rökning och har beräknats stå för nästan 10 % av tobaksorsakad död. Barn födda av rökande mödrar har lägre födelsevikt, föds tidigare och har 1,4-3 gånger ökad risk för plötslig spädbarnsdöd.

Snusningens effekter är mer ofullständigt kända och olika analyser visar olika resultat. Rapporterat är ökad risk för typ 2-diabetes, slemhinneskador i mun, ökad risk att dö efter hjärtinfarkt och stroke, och lägre födelsevikt om mamman snusar [23].

Ur Socialstyrelsens riktlinjer: Vid dagligrökning har ett rådgivande samtal prio 4. Ger vi tillägg med läkemedel (nikotin, vareniklin, bupropion) stiger prio till 3. Kvalificerat rådgivande samtal har högst prio; 2. Detta innebär oftast remiss till tobaksavvänjare. Hos patient med särskild risk stiger prio för samtliga åtgärder ett steg.

Levnadsvanors betydelse vid operation

Rökare löper en klart större risk för komplikationer efter en operation än personer som inte röker. Ju mer och ju längre man har rökt, desto större är riskökningen. Personer som rökt ett paket cigaretter om dagen i 40 år har en mer än fördubblad risk för problem efter operationen [24]. Rökare har ökad risk för sårinfektioner, sårrupturer, hematom och hudnekroser. Rökning är också associerad med större risk för anastomosläckage efter kolorektal kirurgi och pulmonella komplikationer såsom pneumoni, desaturation och bronkospasm. Man har också visat att de som röker har en fyrfaldig riskökning för pseudartrosutveckling vid ortopedisk kirurgi.

Orsaken är främst kolmonoxid och nikotin. CO stör syrgastransporten, och perfusionen av hud och perifer vävnad minskar vid rökning eftersom blodet får högre viskositet genom ökad trombocyttaggregation och ökad produktion av röda blodkroppar. Rökare har också markant minskad produktion av kollagen, viktigt för sårhelingsprocessen. Rökning ökar också frisättningen av inflammatoriska markörer i blodet. Viktigast är dock att rökning orsakar kronisk syrebrist i perifer vävnad, vilket ökar risken för postoperativ sårinfektion [25].

Även fetma ökar komplikationsrisken, bland annat sårinfektioner lungkomplikationer, kardiovaskulära komplikationer såsom arytmier, ischemier och tromboser samt metabola komplikationer, bland annat hyperglykemi [26].

Under de senaste 15 åren forskningsläget vad gäller riskbruk av alkohol kommit ikapp och visar en riskökning jämförbar med daglig rökning [27]. Riskökningen är generell och oberoende av ingreppets art, akut eller planerat, liten eller stor operation samt gäller för olika patientgrupper. Riskökningen postoperativt är i storleksordningen 23–80 procent. Signifikanta riskökningar sågs för alla infektioner (riskkvot [RR] = 1,73), sårkomplikationer (RR = 1,23), lungkomplikationer (RR = 1,80), förlängd sjukhusvistelse (RR = 1,23) och intensivvård (RR = 1,29). Ökad dödlighet ses först en bit över riskbruksgränser (minst 24 gram per dag (kvinnor) eller 36 gram per dag (män), med relativ riskökning på 2,68 [28].

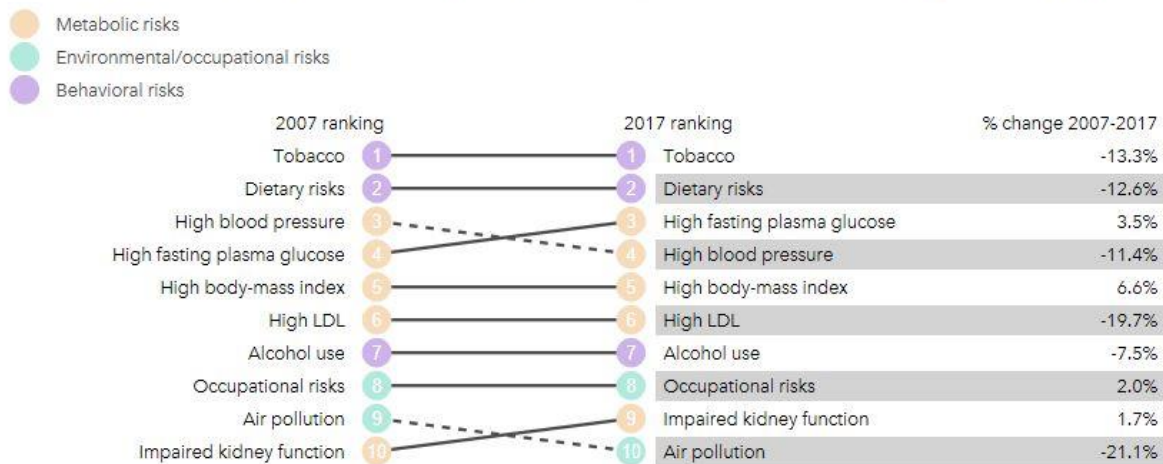
Orsakerna till riskökningen inkluderar framför allt sämre hemostas, sänkt infektionsförsvar, ökad kardiovaskulär belastning, sämre sårhelingsförmåga och ett förhöjt kirurgiskt stressvar perioperativt. Det goda är att de flesta av förändringarna är reversibla på 4 – 8 veckor. Det finns ingen fastställd nedre gräns där risken inte är ökad, men konsumtionen i studierna motsvarar ungefär de svenska riskbruksgränserna. Man rekommenderar oftast alkoholfrihet.

Man har också kunnat visa att det är kostnadseffektivt att ha program som stödjer patienter till alkoholfrihet för operation [29].

Vilka levnadsvanor är farligast?

Det kan ofta vara förvirrande när man läser uppgifter om olika sakers "farlighet". Vissa faktorer är påverkbara, andra inte, och därför mindre relevanta i ett patientarbete. Siffrorna för dödlighet kan vara annorlunda än för sjuklighet. Siffrorna kan gälla på individnivå eller på gruppnivå. Följande figur exemplifierar också att "jämföra äpplen med päron". Här jämförs risken för olika metabola tillstånd (hälsomarkörer) med levnadsvanor och miljöfaktorer. Uppgifterna gäller Sverige 2017 och avser DALY måttet. Ser man bara till sjukdomsburden, eller bara till dödlighet får man andra siffror. Exempelvis är ohälsosamma matvanor nummer ett vad gäller sjuklighet på gruppnivå och rökning nummer ett på sjuklighet och dödlighet individnivå [30].

What risk factors drive the most death and disability combined?



Livsstilsbehandling – kostnadseffektivt

Livsstilsbehandling är oftast mycket kostnadseffektivt jämfört med läkemedelsbehandling. Även om följsamheten skulle vara så dålig att endast 1 av 100 slutar att röka efter råd om rökstopp, är det en extremt kostnadseffektiv åtgärd, eftersom rökning är så mycket farligare än t ex ett måttligt förhöjt blodtryck (effekten är väldokumenterat mycket större).

Följande tabell visar en beräkning som försäkringsbolaget Skandia gjort. Tabellen visar att bara en procents minskad förekomst av de fyra riskfaktorerna sparar nästan en kvarts miljard i samhällskostnader [31].



Förändring i hälso- och sjukvårdskostnader år 2019	BMI >30	Daglig rökning	Fysisk inaktivitet	Riskbruk	Summa
Diabetes	-20 67	-2 557	-11 694	0	-34 518
Hjärt- och kärlsjukdomar	-6 478	-15 316	-6 221	0	-28 015
Stroke	-359	-1 383	-410	0	-2 152
Lungcancer	0	-12 403	0	0	-12 403
Koloncancer	-839	-373	-1 072	-1 398	-3 682
Bröstcancer	-431	-189	-377	-754	-1 751
Prostatacancer	-269	-388	0	0	-657
KOL	0	-91 538	-1 628	0	-93 166
Depression	-592	-244	-1 566	-1 880	-4 282
Frakturer	0	-6 680	-7 546	-2 103	-16 329
Alkoholrelaterade sjukdomar	0	-5 220	0	-21 928	-27 148
Totalt	-29 235	-136 291	-30 514	-28 063	-224 103

Figur 10. Skattad förändring i hälso- och sjukvårdskostnader i Sverige år 2019 i tusen kronor (vid 1% minskning av alla riskfaktorer från 2014).

Ojämlika hälsoförhållanden

Att individers socioekonomi har stor inverkan hälsa och livslängd tydliggjordes i början av 2000-talet av Sir Michael Marmot [7]. Men är detta ett ansvar för en allmänläkare? Även om huvudansvaret oftast uppfattas som politiskt så kan vi kunna göra en hel del. Som provinsialläkare eller distriktsläkare föll det sig kanske mer naturligt än som husläkare eller familjeläkare. Det är inget prioriterat i dagens vardag. Exempel från Tower Hamlet, ett av de fattigaste områdena i östra London med nästan bara invandrade, visar dock att det går bra och ger stora hälsoeffekter. Exempelvis är man näst bäst i London på diabetesbehandling, och har varit bäst i landet på blodtrycksbehandling. Trots (eller tack vare?) att man satsat stort på sociala projekt så har man utmärkt ekonomi [<http://www.towerhamletsccg.nhs.uk/>]. Det har då handlat om engagerade och drivande personer, där Sir Sam Everington är en förebild [<https://www.kingsfund.org.uk/about-us/whos-who/sir-sam-everington>]. I en kort YouTube-film beskriver han hur man engagerat lokalsamhället och nu driver etthundra sociala projekt, och förskriver Social aktivitet på recept (jämför FYSS). <https://www.youtube.com/watch?v=1JqnwpkBlSk>

Svenska exempel är färre. På regionnivå försöker man. I t.ex. en rapport från Västra Götaland visar man på hinder och framgångsfaktorer på regionnivå [32]. I Sverige uppmärksammas dock ensamhet som en riskfaktor i mindre utsträckning än i många andra länder.

Att jobba hälsofrämjande i praktiken

Primärvården har en bred kontaktyta mot befolkningen och har därför unika möjligheter att långsiktigt diskutera livsstilsfrågor med patienter som en integrerad del i det vanliga mottagningsarbetet.

Hälso- och sjukvårdslagen uppmanar också till detta; ”Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.”

En del kanske kan tycka att det är känsligt och svårt att diskutera levnadsvanor med sina patienter då det kan kännas som ett intrång i patienternas personliga integritet. Intressant är dock att studier har visat att en absolut majoritet av patienter inte bara tycker att det är acceptabelt att fråga utan de förväntar sig detta och tycker att det är viktigt eller t.o.m. mycket viktigt! Frågeformulär om levnadsvanor kan vara ett verktyg, men en allmän och okritisk användning kan medföra försämrad kommunikation och journalföringen medföra integritetsproblem [33,34].

Varje läkare ska ha tillräckliga kunskaper för sina patientmöten. Men därtill är en vårdcentral en enhet, där vi kan inspirera och stödja andra professioners hälsofrämjande arbete. Ska vi skapa rutiner, flöden, fördelning av arbetsuppgifter? Kanske har andra bättre förutsättningar för ett framgångsrikt arbete. Kan vi stödja arbetet på BVC, MVC, etc.?

Det goda samtalet

Samtalet är ett viktigt instrument både för att fråga om och utforska patientens egen inställning till sina levnadsvanor. Bara genom att fråga om levnadsvanor markerar vi att vi tycker detta är viktigt och spelar stor roll för patientens hälsa. Kort rådgivning och rådgivande samtal av läkare är kostnadseffektiva metoder för att få patienter att ändra sina levnadsvanor. Motiverande samtalsmetodik och andra patientcentrerade samtalstekniker har en förstärkande effekt och motiverar patienten ytterligare till förändring. Samtalet kring alkohol upplevs oftast som svårast att få igång, men även detta kan göras på ett naturligt och smidigt sätt [34, 35].

MI- Motiverande samtal (Motivational Interviewing)

Motiverande samtal är en metod som utvecklades på 1980-talet av den amerikanska psykologen och professorn William R Miller som på 1970-talet började arbeta med missbruksproblem utifrån kognitiv beteendeterapi. I ett par studier visade Miller att enbart rådgivarens empatiska lyssnande minskade klientens alkoholkonsumtion. Man såg också att motstånd och förnekande är fenomen som uppstår mellan klient och behandlare, i stället för att vara personliga drag hos klienter med beroende av alkohol och droger. Erfarenheter av

praktiskt arbete med missbrukare bekräftade Millers hypoteser och lade grunden för en fortsatt utveckling av en samtalsmetod, motiverande samtal.

1991 publicerades den första boken; *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*, skriven av Miller tillsammans med psykologen Stephen Rollnick, verksam i Storbritannien. Rollnick har senare kommit att utveckla korta tillämpningar av motiverande samtal för användning inom hälso- och sjukvård. Fokus för dessa är att erbjuda patienten information om hälsorisker med olika beteenden, t.ex. rökning och riskbruk av alkohol, för att väcka intresse för förändring.

Det motiverande samtalet har som mål att öka patientens vilja att förändra sig och mobilisera patientens resurser. Stor vikt läggs vid patientens självständighet (autonomi) i motsats till ett mer konfrontativt förhållningssätt, där patienten blir tillsagd vad hon bör göra.

Motiverande samtal har sin utgångspunkt i patientens egna erfarenheter, värderingar och prioriteringar i förhållande till den förändring som kan vara aktuell, exempelvis att gå ner i vikt eller att dricka mindre. Patientens syn på saken är i fokus. Det motiverande samtalet utgår från att patienten har, eller själv kan skaffa sig, de färdigheter som behövs för en förändring. Samtidigt är rådgivaren styrande i samtalet och har en positiv förändring i beteende eller inställning som mål.

I motiverande samtal används öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar på ett systematiskt sätt för att utforska hur patienten tänker och känner inför förändring. En särskild lyssnandeteknik används som benämns reflektivt lyssnande. Information ges i dialog och inte som en "föreläsning". Ett centralt mål för rådgivaren är att framkalla och förstärka så kallade förändringsyttranden och att minska dess motsats, motståndsyttanden.

Några länkar och litteratur för fördjupning

Mycket värdefull information finns bara via internetlänkar. Dessa är dessvärre ofta av flyktig karaktär och kan förändras eller bli otillgängliga. Ofta kan man ändå nå den eftersträlvade informationen genom att googla på nyckelord.

Allmänt:

Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård, HSF, hsfnatverket.se. Här finns patientmaterial, men även mycket faktamaterial. Man har temagrupper och man kan få kontakt med specialkunniga.

Svenska Läkaresällskapet, SLS, sls.se. Levnadsvaneprojektet har bra material och länkar.

Socialstyrelsen, socialstyrelsen.se Förutom riktlinjen om levnadsvanor finns kunskapsunderlag och ett omfattande stöd i arbetet med levnadsvanor, som beskrivs nedan.

Sundkurs. Stockholm: Karolinska Institutet, Hjärt-Lungfonden; 2015. www.sundkurs.se

Hälsobalansen. Bok av engelsk GP, Dr Rangan Chatterjee, Norstedts förlag 2019.

Fysisk aktivitet:

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet YFA, yfa.se ger ut boken FYSS.

FYSS 2017, fyss.se. *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* är en kunskapsbank och ett stödverktyg för hälso- och sjukvårdspersonal vid rekommendation av fysisk aktivitet vid olika diagnoser. Kapitlen finns på internet i sin helhet eller som korta sammanfattningar av rekommenderad fysisk aktivitet för respektive diagnos.

Socialstyrelsen, socialstyrelsen.se har en film som illustrerar rådgivande samtal om fysisk aktivitet.

Mat:

Livsmedelsverket, livsmedelsverket.se har rikligt med information till vårdgivare, webbutbildning och informationsmaterial till patienter. Man kan testa sina matvanor (Varför inte ge en patient detta i uppgift till nästa återbesök).

Socialstyrelsen socialstyrelsen.se. *Samtal och råd om bra matvanor* är en webbutbildning som innehåller fakta, filmatiserade patientfall och övningar. *Enkla råd för bra matvanor* är en enkel broschyr som guidar patienten vidare.

Alkohol:

Socialstyrelsens stöd "samtal om alkohol" innehåller bl.a. filmer om rådgivande samtal om alkohol som illustrerar MI. Fyra korta filmer hittas genom sökning på Vimeo.com.

Riddargatan1.se har omfattande material som kan användas i patientarbetet, en AUDIT-skola: riddargatan1.se/audit, med AUDIT-formulär på ett trettiotal språk. Här finns också korta illustrativa filmer om kliniska situationer, där man naturligt kommer in på alkohol.

alkoholhjälpen.se ger webbaserat stöd åt den som har problem. *alkohollinjen.se* ger även telefonstöd. Som vårdgivare kan man få kollegial handledning angående patienter på *alkohollinjen.se*. På *alkoholprofilen.se* kan man testa sina vanor.

Wåhlin S. *Alkohol – en fråga för oss i vården*. Andra utgåvan 2015. Studentlitteratur. Boken fås samtidigt som e-bok, så att fler kan ha tillgång till den samtidigt. Man kan provläsa ett kapitel på studentlitteratur.se

Tobak:

Tobaksfakta.se är en oberoende tankesmedja, fr.a. med målet om tobaksfritt Sverige 2025. Medlemmar i Tobaksfakta är bl.a. de olika yrkesföreningarna mot tobak, t.ex. Läkare mot tobak och psykologer mot tobak, några patientföreningar och Visir.

Slutarokalinjen.se ger stöd via telefon eller chat för den som vill sluta röka. Man kan även hänvisa patienter dit med en "remiss".

Socialstyrelsen socialstyrelsen.se: har två filmer om enkla råd, när man vill respektive inte vill sluta röka. Man har också filmer om kvalificerat rådgivande samtal om rökning. Det finns en broschyr *Enkla råd om tobak*. En guide som beskriver enkla råd om tobak i fem steg och ger exempel på åtgärder.

Motiverande samtal:

En omfattande mycket bra webutbildning "somra" är nedlagd efter övertagandet av *Folkhälsomyndigheten*. Några av de illustrativa filmerna är bevarade:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/metoder-och-planeringsverktyg/motiverande-samtal/somra/>

Miller, W. R., & Rollnick, S. *Motiverande samtal*. Att hjälpa människor till förändring. 2013.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276–288.

Barbro Holm Ivarsson. *Stödja patienter att sluta röka och snusa*. Studentlitteratur. 2012.

Referenser

1. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Folkhälsomyndigheten. Stockholm. 2017.
2. Cardiovascular diseases (CVDs). Fact sheet 317. WHO 2017.
3. Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdbarometern för 2017. Stockholm: SKL; 2018.
4. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1995:5. Socialdepartementet: Stockholm; 1995.
5. Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
6. Putting prevention into practice, Guidelines for the implementation of prevention into the general practice setting. The royal Australian college of general practitioners. Third ed. South Melbourne; 2018.
7. Marmot M. Statussyndromet. Stockholm: Natur och kultur; 2004.
8. Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen. 2019. Tillgänglig på termbank.socialstyrelsen.se.
9. YFA. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS 2017. Stockholm: Läkartidningens förlag. 2017.
10. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053):1659-724.
11. Schwingshackl, L, Schwedhelm, C, Hoffmann, G, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Am J Clin Nutr*. 2017; 105(6):1462-73.
12. Estruch, R, Ros, E, Salas-Salvado, J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013; 368(14):1279-90.
13. de Lorgeril, M, Salen, P, Martin, JL, et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. 1999; 99(6):779-85.
14. Svenska Läkaresällskapet, IOGT-NTO. Alkohol och samhället 2014. Effekter av lågdoskonsumtion av alkohol. Stockholm. 2014.
15. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Risk threshold for alcohol consumption. *Lancet*. 2018;391:1513-23.
16. Allebeck P, Andreasson S, Wåhlin S, et al. Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Rapport 2018:1. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018.
17. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
18. Xin X, He J, Frontini MG, et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2001;38(5):1112-1117.

19. Andreasson S, Allebeck P. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
20. SBU. Metoder för rökavvänjning. Rapport No: 138. Stockholm: SBU; 1998.
21. WHO. Tobacco Fact sheet N°339. 2015.
22. Peate I. The effects of smoking on the reproductive health of men. *British Journal of Nursing*. 2005;14(7):362–6.
23. Folkehelseinstituttet. Helseisiklo ved bruk av snus. Folkehelseinstituttet; 2014. Skaug E-A, Nes B, Aspenes ST, Ellingsen Ø (2016) Non-Smoking Tobacco Affects Endothelial Function in Healthy Men in One of the Largest Health Studies Ever Performed; The Nord-Trøndelag Health Study in Norway; HUNT3
24. Azodi O, Sadr, Bellocco R, Eriksson K, Adami J. The impact of tobacco use and body mass index on the length of stay in hospital and the risk of post-operative complications among patients undergoing total hip replacement. *Journal of Bone & Joint Surgery* 2006; 88-B:1316-20.
25. Rökfrihet vid kirurgiska ingrepp. Rökstopp minskar komplikationsrisiken drastiskt. Lindström D, Tønnessen H, Adami J. *Läkartidningen*. 2010;107(43):2634-5.
26. Nepogodiev D, Chapman SJ, Glasbey J, et al. Determining Surgical Complications in the Overweight (DISCOVER): a multicentre observational cohort study to evaluate the role of obesity as a risk factor for postoperative complications in general surgery. *BMJ open*. 2015;5(7):e008811.
27. Eliassen M, Grønkjær M, Skov-Ettrup LS, et al. Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. 2013;258(6):930-42.
28. Egholm JWM, Pedersen B, Möller AM, et al. Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
29. Pedersen B. Scand-Ankle: cost-effectiveness of alcohol cessation intervention in acute fracture surgery [avhandling]. Copenhagen: University of Copenhagen, Department of Clinical Medicine; 2014.
30. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME. Global Burden of Disease Study 2017. healthdata.org
31. Livförsäkringsbolaget Skandia. Dyr samhällsnota för osunda levnadsvanor. En rapport om social hållbarhet med fokus på hälsa, riskfaktorer samt kostnader för arbetsgivare och samhälle. 2015.
32. WHO. Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland. 2014.
33. Wåhlin S. Implementering av frågeformulär om levnadsvanor. *AllmänMedicin*. 2009;(4):27-30.
34. Wåhlin S. Alkohol – en fråga för oss i vården. Andra utgåvan. Studentlitteratur. Lund. 2015.
35. Wåhlin S. Att samtala om alkohol. *Läkartidningen*. 2009;106(37):2289-92.

Rätt svar på quiz: 1=X, 2=2, 3=1, 4=X, 5=X, 6=X

Audit för riskbruk

Datum: _____

Patient nr:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16																
1. Kön: M/K																	
2. Åldersgrupp (för indelning se nedan)																	
3. För mig känd patient?	Ja																
	Nej																
4. Typ av kontakt?	Akut																
	Planerat																
	Telefon																
5. Vilket/vilka symptom presenterades vid besöket?	Hypertoni, hjärtbesvär																
	Patologiska prover																
	Psykiska besvär																
	Magbesvär																
	Muskel/ledvärk																
	Diffusa symptom																
	Svårinställd diabetes																
	Olycksfall/ skada																
Sjukskrivning																	
Övrigt																	
6. Har du en känsla av att alkohol helt eller delvis kan vara symptomets orsak?	Ja																
	Nej																
7. Har alkohol tagits upp under besöket?	Ja av mig																
	Ja av patienten																
	Nej																
Om du svarat ja på fråga 7, fortsätt med fråga 8 och 9.																	
8. På vilket/vilka sätt tog du upp alkohol med patienten	Öppen fråga																
	Fråga och kvantifiering																
	Utifrån labsvar																
	Info. om alkohol och hälsa																
Motiverande samtal																	
9. Planerad uppföljning?	Ja																
	Nej																
Om du svarat ja på fråga 6																	
<i>Beskriv orsaken till din känsla, skriv fritt:.....</i>																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	

Skriv siffror 1-3 för åldersgrupp. Grupp 1: 16-30 år. Grupp 2: 31-65 år. Grupp 3: >65 år