

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård: Evidens och erfarenheter

Sammanställning av seminarium 12 oktober 2009

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2010:2

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Lena Nederfeldt, Peter Allebeck
Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin
Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-30-2

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

Ett ökat fokus på hälsa och förebyggande insatser har präglat samhällsdebatten under lång tid, och allt fler faktorer för hälsa och ohälsa diskuteras och blir kända även för en bredare allmänhet. Ansvaret för hälsan vilar naturligtvis störst och ytterst på den enskilde men vården har ett stort ansvar. De stora resurser vi lägger på hälso- och sjukvård kan utnyttjas ännu bättre om vi kan göra mer av hälsovård och därmed i förlängningen mindre av sjukvård.

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av landstingets viktigaste utvecklingsområden. Det hälsofrämjande perspektivet ska prägla hela vården. Primärvården har traditionellt det största ansvaret och den rollen förstärks i och med ökad tillgänglighet, psykosocialt stöd och tonvikt vid distriktssköterskornas förebyggande arbete inom Vårdval Stockholm. Men även specialist- och sjukhusvården måste omfattas.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård handlar mycket om att ge människor de verktyg och det stöd de behöver för att ta det egna ansvaret. För det behöver också vården i sin tur rätt verktyg. Samtidigt präglas vården i Stockholms län och Sverige av höga krav på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet i de behandlingar och metoder som används. De kraven gäller givetvis också det hälsofrämjande arbetet.

Frågan som ställs i den här rapporten är vilka de erfarenheterna är, vilka metoder har evidens, vad fungerar? Det är ett värdefullt vetenskapligt underlag för den praktiska hälsofrämjande vården.

Birgitta Rydberg
Landstingsråd (FP) för sjukvård och folkhälsa

Innehåll

Inledning	3
Hälsofrämjande hälso- och sjukvård: Vetenskapligt underlag och erfarenheter från Danmark – Hanne Tønnesen.....	5
<i>Det internationella nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård</i>	<i>5</i>
<i>Plattform för att arbeta hälsofrämjande.....</i>	<i>6</i>
<i>Hälsofaktorer.....</i>	<i>6</i>
<i>Levnadsvanornas påverkan på kirurgiska behandlingar.....</i>	<i>7</i>
<i>Livsstilsinterventioner</i>	<i>8</i>
<i>Hälsofrämjande dokumentation.....</i>	<i>12</i>
Vad kan vi lära från Västerbotten? – Lars Weinehall	14
<i>Implementering av hälsofrämjande arbete</i>	<i>15</i>
<i>Hälsofrämjande insatser mot barn</i>	<i>17</i>
<i>Hälsofrämjande struktur och Hälsa 2020</i>	<i>18</i>
Fysisk aktivitet, vad är evidensen? Hur kan man arbeta? – Mai-Lis Hellenius	20
<i>Epidemiologisk evidens</i>	<i>20</i>
<i>Metabola syndromet</i>	<i>22</i>
<i>Förändring av aktivitetsmönstret</i>	<i>23</i>
<i>Stillasittandets risker</i>	<i>23</i>
<i>Gener eller livsstil</i>	<i>24</i>
<i>FaR, Fysisk aktivitet på recept</i>	<i>26</i>
<i>Metodstöd</i>	<i>27</i>
<i>Riktlinjer</i>	<i>28</i>
<i>Motionera eller banta?</i>	<i>28</i>
Insatser mot riskkonsumtion: evidens och erfarenheter – Anders Romelsjö	31
<i>Kan man göra något?</i>	<i>31</i>
<i>Riskkonsumtion.....</i>	<i>32</i>
<i>Beroende och missbruk.....</i>	<i>33</i>
<i>Alkoholrelaterade sjukdomar</i>	<i>33</i>
<i>EU-perspektivet</i>	<i>34</i>
<i>Problembilden i Sverige</i>	<i>34</i>
<i>Effekt av insatser inom sjukvården</i>	<i>35</i>
<i>Alkoholrådgivning och dess effekt inom primärvården</i>	<i>35</i>
<i>Att upptäcka och samtala med patienter som har ett riskbruk.....</i>	<i>36</i>
<i>Alkohollinjen.....</i>	<i>37</i>
<i>Slutsatser</i>	<i>38</i>

Inledning

”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” är nr 6 av elva folkhälsopolitiska målområden som riksdagen antog våren 2003. De folkhälsopolitiska målen utvecklades i regeringens folkhälsoproposition 2007/08, och inom detta område påpekade man bl.a. att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården (Socialdepartementet 2008).

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård har sitt ursprung i WHO:s Ottawa Charter for Health Promotion från 1986. Hälsofrämjande innebär både att förbättra individens egen upplevda hälsa och hälsorelaterade livskvalitet och att skapa de villkor i omgivningen (samhället, yttre miljön) som krävs för att främja hälsan. Detta kräver både strukturella insatser i samhället och åtgärder som innefattar delaktighet av individen själv (WHO 2001). En hälsofrämjande hälso- och sjukvård innebär att planeringen av hälso- och sjukvården, liksom arbetssättet ute i verksamheterna, präglas av ett hälsofrämjande synsätt. Detta bör inriktas både mot patienterna, personalen samt samhället de verkar i. Ett internationellt nätverk bildades 1995 och det svenska nationella nätverket för Hälsofrämjande sjukhus (HFS) etablerades 1996. Först i juni 2005 antog landstingsfullmäktige en folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting som beskriver hälsofrämjande hälso- och sjukvård som en huvudstrategi i landstingets fortsatta folkhälsoarbete. Från och med år 2009 beslutade Stockholms läns landsting att gå in som en medlem i det nationella nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (Stockholms läns landsting 2008).

Som ett första steg i arbetet mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård genomfördes på uppdrag av landstingets koncernledning en kartläggning över det hälsofrämjande arbetet vid Stockholms akutsjukhus (Fredin och Forsberg 2007). Kartläggningen visade att mycket redan görs men att det fortfarande finns en stor förbättringspotential inom detta område, fram för allt kring strukturella hälsofrämjande åtgärder, framtagande av policys samt i det hälsofrämjande patientarbetet.

För att implementera policyn om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård krävs dels kompetens inom vårdpersonalen, men kanske framförallt ett aktivt ledarskap och incitament inom hälso- och sjukvårdsorganisationen för att driva på arbetet. Det innefattar bl.a. att krav och indikatorer för hälsofrämjande arbete läggs in i landstingets styrinstrument för hälso- och sjukvården, däribland avtalen med vårdgivare. Stockholms läns landsting har givit uppdrag till Karolinska Folkhälsoakademin att bidra med vetenskapligt underlag, expertstöd och metodkunskap när det gäller utvecklingen av området.

Denna rapport är en del i denna kunskapsuppbyggnad och bygger på ett seminarium som anordnades hösten 2009 där ledande personer inom landstingets förvaltning, beställarorganisationen och vårdproducenter inbjöds till ett halvdagsseminarium i Landstingshuset, Stockholm. Seminariets syfte var att presentera kunskap och erfarenheter från andra landsting samt andra länder och att belysa i huvudsak följande frågeställningar:

- Vilket vetenskapligt underlag finns för hälsofrämjande arbete?
- Vilka erfarenheter finns från andra länder och andra landsting?
- Vilka insatser bör prioriteras?
- Vilka metoder finns?

De fyra experter som bjöds in var Hanne Tønnesen, professor vid Lunds universitet och överläkare vid Bispebjergs universitetssjukhus i Köpenhamn, Lars Weinehall, professor vid Umeå universitet och överläkare i Landstinget Västerbotten, Mai-Lis Hellenius, professor och överläkare vid Karolinska Institutet/Karolinska sjukhuset, samt Anders Romelsjö, professor vid Karolinska Institutet. Denna rapport är en redigerad bearbetning av bidragen till seminariet. Vi hoppas den kan tjäna som en praktisk kunskapssammanställning om möjligheter till hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården.

Lena Nederfeldt

Peter Allebeck

Referenser

Fredin S., Forsberg B. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård på Stockholms sjukhus, en kartläggning 2006-07. Centrum för folkhälsa, Epidemiologiska enheten. Stockholm. Rapport 2007:4.

Stockholms läns landsting (2008). Folkhälsopolicy.
<http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=773>

Socialdepartementet. Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik.

WHO (2001). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård: Vetenskapligt underlag och erfarenheter från Danmark

Hanne Tønnesen, professor, överläkare

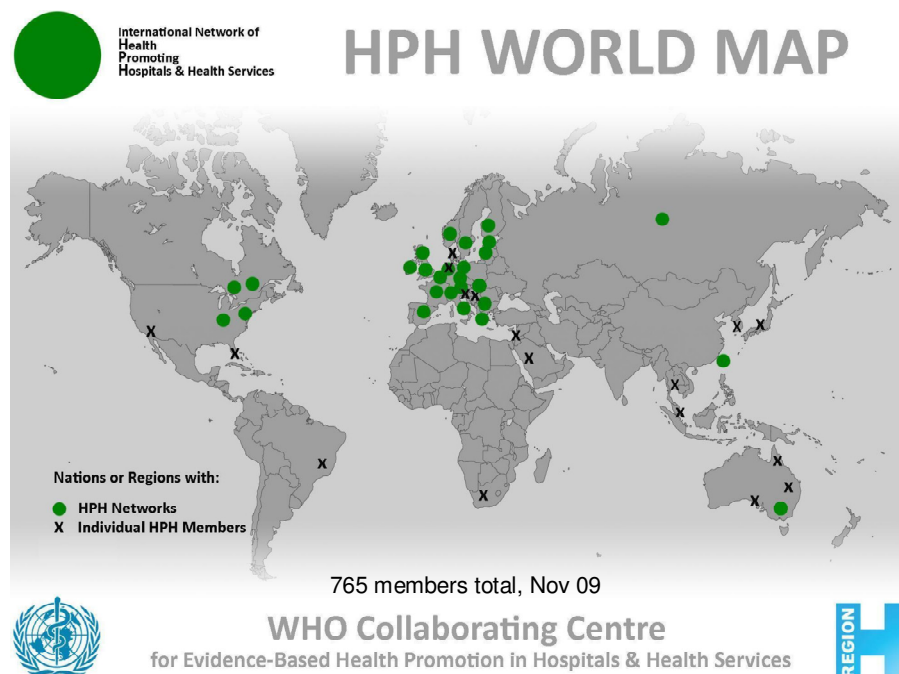
Bispebjerg universitetssjukhus i Köpenhamn i Danmark och Lunds universitet
samt chef för WHO-centret i Köpenhamn.

Det internationella nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

WHOs samarbetscentrum för hälsofrämjande hälso- och sjukvård är placerat på Bispebjerg universitetssjukhus i Köpenhamn, Danmark. Placeringen är en fördel då det snabbt går att se en effekt hos patienterna av olika insatser som utvecklas och som kan testas på sjukhuset. Arbetslaget arbetar med forskning, utbildning, det internationella nätverket samt med kliniska studier där bland annat resultat som finns inlagda i en rökstoppsdatabas finns tillgängliga att hämta information ifrån och forska kring.

I det internationella nätverket har Danmark ett sekreteriatsuppdrag. Nätverket grundades 1995 där det hälsofrämjande arbetet utgår från att främja hälsan hos patienterna, personalen samt samhället de verkar i (Ottawa Charter 1986, och Vienna recommendations 1997) (WHO 2001). Det är 752 Sjukhus och hälsocentraler i världen som är medlemmar i det internationella nätverket. Inom det internationella nätverket finns 35 nätverk, varav Sverige har ett (bild 1).

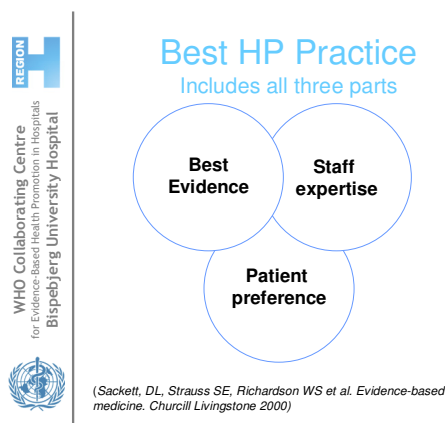
Bild 1. Nationellt nätverk för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård.



Plattform för att arbeta hälsofrämjande

Den plattform vi arbetar utifrån, och som visat sig vara det bästa hälsofrämjande arbetssättet att arbeta på, kan sägas bestå av tre ben (bild 2). Dessa tre ben är forskning, personalkompetens samt patientpreferenser. Forskningen är viktig för att visa på att det finns belägg för att arbeta hälsofrämjande. Personalen är ytterst viktig eftersom de är experterna och skall utföra evidensen. Om personalen inte är utbildad i att arbeta hälsofrämjande kommer ett hälsofrämjande arbete inte att leda till någonting eftersom inget kan komma till stånd att hända utan en kompetent personal. Det tredje benet vi arbetar efter är patienterna själva, och här handlar det om vad patienterna önskar, tänker och har lust till att göra. Alla dessa tre ting är lika viktiga och beroende av varandra.

Bild 2. Plattform för att arbeta Hälsofrämjande.

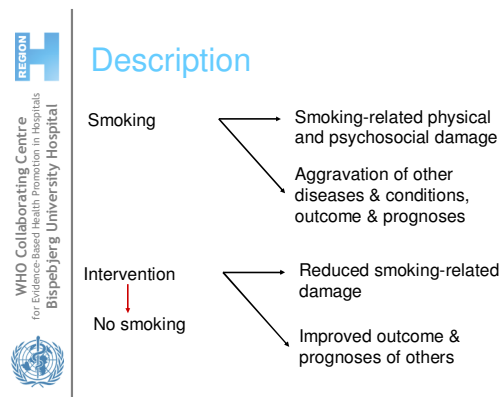


Hälsofaktorer

De viktigaste hälsofaktorerna för ett sjukdomsförebyggande arbete att ta hänsyn till är:

- fysisk inaktivitet
- undernäring/övervikt
- rökning/tobaksbruk
- riskfyllt drickande
- samverkande faktorer

När hälso- och sjukvården till exempel pratar om rökning beskrivs oftast bara de rökrelaterade sjukdomarna, de psykosociala skadorna samt passiv rökning. När ett rökstopp initieras så kan en reduktion av de rökrelaterade skadorna ses ganska snabbt. Med det här förfarandet nås egentligen bara hälften av alla behövande patienter. Många sjukdomar är inte direkt eller synligt relaterade till rökningen samtidigt som sjukdomstillståndet kan förvärras av rökning med dåliga behandlingsresultat och prognoser som följd (bild 3).

Bild 3. Rökningens samverkan vid rökning samt vid rökstopp.

Själva rökavvänjningen kan ses som en dubbel vinst, dels blir de patienter som har en rökrelaterad skada eller sjukdom hjälpta och dels blir de som skulle få sin sjukdom förvärrad av att röka hjälpta i och med en rökavvänjning. Till exempel påverkas utfallet av kirurgiska operationer som höftleds- och knäoperationer om patienten röker. Här har studier visat att operationsresultatet samt patientens tillfrisknande efter operation blir mycket bättre om patienten är rökfri innan och efter operation. Det har även visat sig att psykiatriska patienter som röker mycket får ett kortare och hälsomässigt sämre liv än icke rökande psykiatriska patienter. Det är viktigt att kunna se helhetsperspektivet hos en rökande patient samt att ha en förmåga att även kunna se det som inte direkt har en tydlig koppling eller samband till själva rökningen, som till exempel den rökande föräldern och det passivt rökutsatta barnet.

Faktorer som är betydelsefulla för patientens utfall och tillfrisknande är;

- Sjukdomen/diagnosen patienten kommer in med- är det en behandlingsbar diagnos?
- Vilken typ av intervention skulle vara fruktbar? Behövs en förändrande eller en palliativ/lindrande behandling?
- Hur ser organisationen ut? Är det en organisation med en hälsofrämjande politik?
- Hur ser de individrelaterade faktorerna ut?
 - Patientens hälsa, påverkas av patientens levnadsvanor som;
 - Kost
 - Rökning
 - Alkohol
 - Fysisk aktivitet
 - Sambandsfaktorer (kronisk sjukdom)

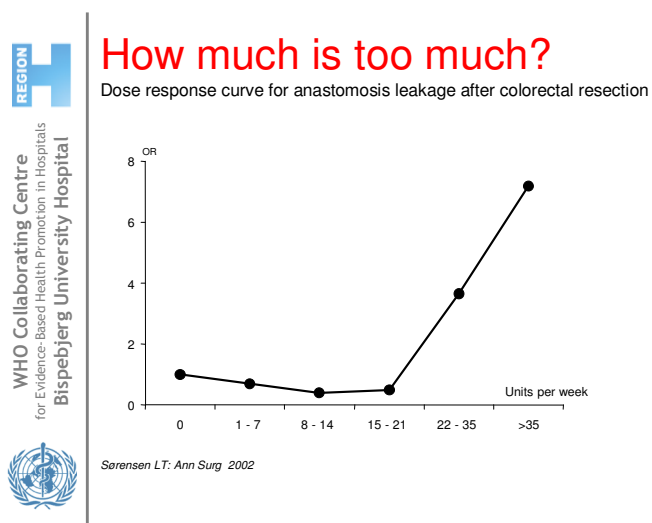
Levnadsvanornas påverkan på kirurgiska behandlingar

De kirurgiska behandlingarna är starkt påverkbara av hur patienten lever sitt liv. Det spelar ingen roll vilken typ av operation det gäller eller om det är en man eller kvinna som blir opererad. Mer än 40 studier visar att ett riskfyllt alkoholbruk leder till postoperativa komplikationer och fler än 300 studier visar att rökning leder till postoperativa komplikationer. Den första studien om rökrelaterad postoperativ komplikation kom redan 1944. Fortfarande genomförs

studier om rökrelaterade postoperativa komplikationer men egentligen behövs inga fler studier, sambandet står redan klart.

Det som framförallt ger postoperativa komplikationer är daglig rökning liksom passiv rökning. Barn till rökande föräldrar har fler postoperativa komplikationer än barn till icke rökande föräldrar. För alkoholen gäller sambandsfaktorn, det vill säga här är de postoperativa komplikationerna dosrelaterad. Studier har visat att fler än 21 standard glas¹ per vecka ger en ökad postoperativ komplikation (bild 4).

Bild 4. Dosrelaterad alkoholkonsumtion och postoperativ komplikation.



En jämförelse gjordes av kärlkirurgiska operationer vid Rikshospitalet i Köpenhamn, där 50 % av patienterna var daglig rökare, 5 % hade ett mycket högt alkoholintag och 20 % hade en lite för höjd alkoholkonsumtion. Det visade sig att operationskomplikationerna hos de rökande patienterna var 33 % mer vad gäller sårproblem och andningskomplikationer efter operation än för icke rökande patienter. Av de patienter som drack för mycket alkohol fick 22 % extra infektioner, lungproblem samt inre blödningar än de patienter som drack lite alkohol. Alla dessa komplikationer kräver extra behandling och vård och i vissa fall även reoperation.

Livsstilsinterventioner

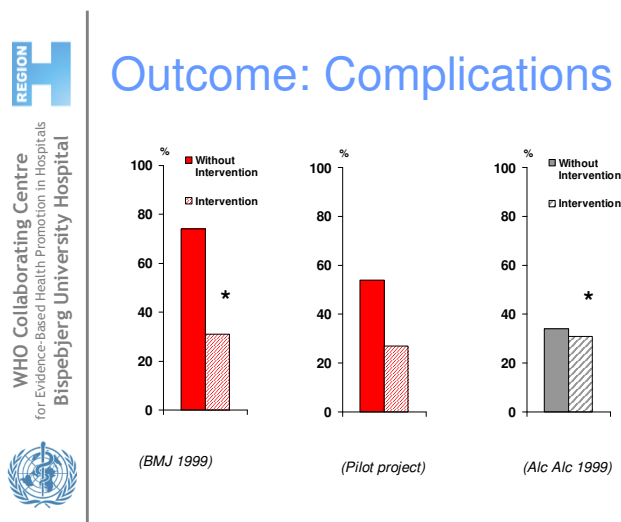
Det finns två typer av interventioner som ges till kirurgpatienter i Danmark och som dricker för mycket eller röker. Den ena modellen är en kort intervention på 15-20 min och den andra är ett mer omfattande program som löper under 4 veckor med ett besök 1 ggr/v till mottagningen. Den korta interventionen har

¹ Standardglas beskriver 12 gram alkohol vilket återfinns till exempel i ett vanligt glas bordsvin (15 cl), en liten flaska eller burk starköl (33 cl), ett glas dessertvin (8 cl) eller en snaps (4 cl). (SBU 2001., Andreasson, Allebeck 2005)

visat sig inte ha någon effekt på de postoperativa komplikationerna hos de patienter som dricker för mycket. För den korta interventionen krävs att 40 patienter behandlas för att en patient skall bli komplikationsfri efter operation. Det visade sig att den korta interventionen inte heller hade någon effekt på ett långvarigt ändrat alkoholbeteende hos de patienter som dricker för mycket, men metoden kan kanske vara bra att använda för andra livsstilsfrågor (Möller et al 2001).

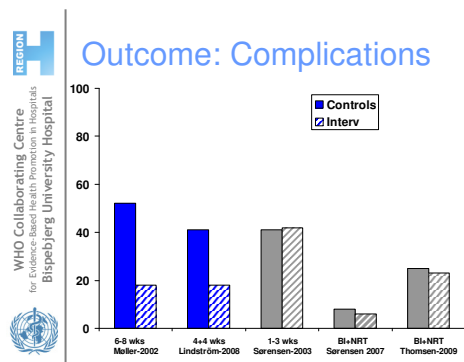
Det mer omfattande programmet gav en avsevärd skillnad i postoperativa komplikationer för patienter som dricker för mycket. Där räcker det med att enbart 2-3 patienter behandlas för att en patient skall bli komplikationsfri efter operation. Sundhedsstyrelsen i Danmark förespråkar i dag det mer omfattande programmet för sina risk- och missbruksdrickande patienter inför en operation (bild 5).

Bild 5. Postoperativa komplikationer i samband med hög alkoholkonsumtion där kort intervention gavs, samt två mer omfattande interventioner.



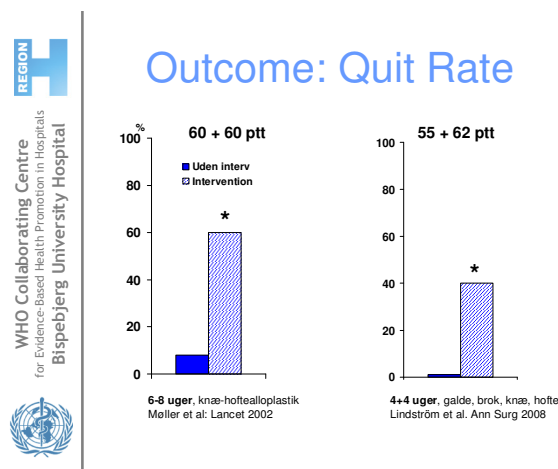
För de patienter som röker finns det stora skillnader i postoperativa komplikationer bland dem som fått en intervention jämfört med ingen intervention alls. Studier visar att för de patienter som fått det mer omfattande programmet på 6-8 veckor eller 4+4 veckor hade mer än halverad risk att få postoperativ komplikation jämfört med dem som inte hade fått någon intervention alls. För dem som hade fått ett mindre omfattande program på 1-3 veckor eller en kort intervention tillsammans med läkemedel var skillnaden nästan obefintlig (bild 6). Samtliga patienter som blev erbjudna ett omfattande rökstoppsprogram var tillfreds med att ha blivit erbjudna detta. Av de patienter som fick en kort intervention och läkemedel var det ett fåtal som tyckte att det var tillräckligt, de allra flesta upplevde att interventionen inte räckte till utan hade istället velat ha ett mer omfattande rökavvänjningsprogram. Det visade sig även att de patienter som inte blev erbjudna rökstoppsprogram hade velat bli erbjudna sådan. Vid en efterkontroll på patienterna som ingick i kontrollgrupperna visade det sig att de kände sig besvikna över att inte ha blivit erbjuden ett rökavvänjningsprogram och att informationsmaterial om rökstopp inte var tillräckligt (Möller, Villebroe 2004; Lindström et al 2008., Thomsen et al 2009).

Bild 6. Jämförelse av postoperativa komplikationer hos rökande patienter som fått en mer omfattande rökavvänjningsintervention, en mindre omfattande intervention respektive inte fått någon intervention.



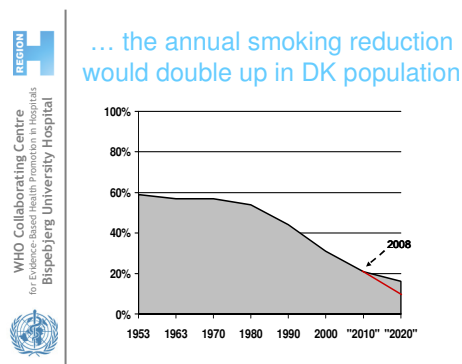
Effekten av ett mer omfattande rökstoppsprogram inför operation visade sig även ha en långtidsverkande effekt där ungefär 60 % av patienterna var fortsatt rökfria även efter operation jämfört med dem som inte hade fått någon intervention. Efter ett år var 33 % fortfarande rökfria (Lindström et al 2008, bild 7).

Bild 7. Bibehållet rökstopp i jämförelse mellan de patienter som fått en mer omfattande rökavvänjningsintervention respektive ingen intervention.



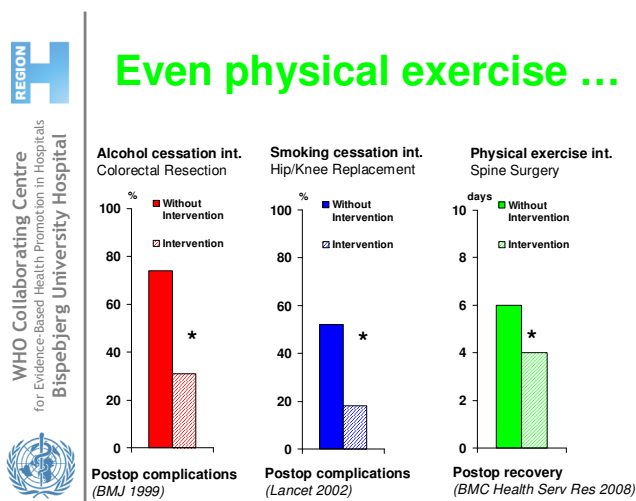
Om samtliga rökande patienter i Danmark skulle erbjudas ett intensivt rökstoppsprogram inför operation skulle rökfrekvensen på befolkningsnivå minska med nästan den dubbla hastigheten av vad som sker idag (bild 8).

Bild 8. En framtida effekt i Danmark om samtliga patienter erbjuds ett omfattande rökstoppsprogram inför operation.



Vi har även testat och studerat fysisk aktivitet inför operation, exempelvis stabiliserande ryggoperationer. Programmet innehåller ett intensivt träningsprogram med syfte att öka hjärt- och lungfunktionen samt styrkan, t.ex. gång, löpning, simning, cykling samt styrketräning och stabiliserande rörelser. Programmet startar 8 veckor innan operation med 30 min träning om dagen där patienten kan dela upp passet i mindre delar t.ex. 15+15 min eller 10+10+10 min. Efter operation utökas träningstiden till 60 min träning om dagen som även den kan delas in i mindre delar men inte kortare tid än 10 minuters pass. Studien visade att de patienter som genomgått programmet kunde gå och stå hela två dagar tidigare jämfört med de patienter som inte genomgått programmet. Med ett sådant program skulle vårdtiden kunna kortas med två dagar och där en patient till exempel skulle kunna erbjudas en operation på måndag och kunna skrivas hem på torsdag samma vecka (bild 9).

Bild 9. Jämförelse av antal dagar att komma igång efter operation för patienter som genomgått ett intensivt träningsprogram eller inte.



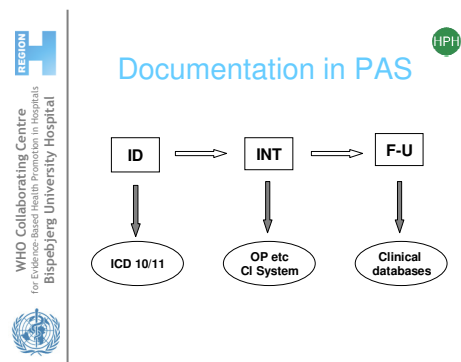
Hälsofrämjande dokumentation

Dokumentation av hälsofrämjande aktiviteter kan göras på samma sätt som en diagnos dokumenteras på patienter som exempelvis har en lungsjukdom eller kirurgiska eller psykiatriska diagnoser. Dock kan begreppen behöva utvecklas och kanske kan viss fantasi även behövas.

Idag sker dokumentationsförloppet genom att först identifiera en sjukdom, sedan genomförs en intervention/behandling och där efter görs en uppföljning av interventionen/behandlingen. Det här förfarandet dokumenteras i ett journalsystem som många gånger är kopplat till andra databaser.

Identifieringen av en sjukdom är kopplad till ett internationellt sjukdomsklassificeringssystem (ICD10). Interventionen/behandlingen är kopplad till ett nordiskt operationsklassificeringssystem och behandlingssystem och uppföljningen är kopplad till kliniska databaser eller kvalitetsregister samt till ICD 10 (bild 10). Effekten av de olika interventionerna är den som idag många gånger saknas då den inte följs upp och dokumenteras. De effekter av en intervention som dokumenteras idag är effekten av olika kirurgiska insatser samt insatser på barn, men få andra effekter dokumenteras. Till exempel dokumenteras sällan effekterna av en alkoholintervention, sjukgymnastik eller rökavvänjning.

Bild 10. Dokumentationssystem

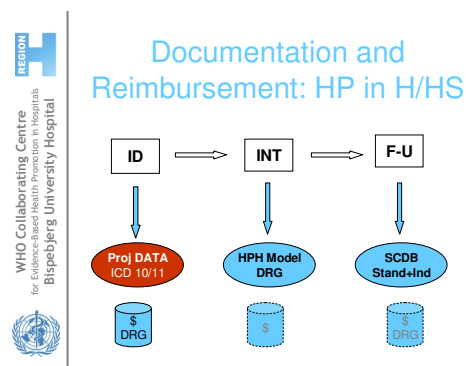


Det finns ett ersättningssystem inbyggt i journalsystemet, det s.k. DRG-systemet vilket är relaterad till diagnoser men kan även vara relaterad till uppföljning samt till operationer. Det som vi i Danmark har utvecklat och testat internationellt i 17 länder är ett hälsofrämjande dokumentationssystem som beskrivits i en artikel (Tønnesen et al 2008). Projektet kallas för "DATA" och beskriver hur det går att identifiera de viktigaste hälsofaktorer med hjälp av nio frågor och fem hälsofaktorer. Målet har varit att göra systemet så enkelt som möjligt för att underlätta arbetet hos användarna och på så vis minska motstånd och hinder hos personalen.

De hälsofrämjande aktiviteterna beskriver femton olika varianter av interventioner/behandlingar och uppföljningen är kopplad till en rökstopps-databas som vi utvecklat. För att stimulera ett hälsofrämjande arbetssätt hos

personalen har vi även utvecklat och testat en dokumentationsmodell kopplad till ett betalsystem där vårdgivaren får betalt för varje gång de registrerar och utför en hälsofrämjande aktivitet. Denna studie har beskrivits i en artikel (Tønnesen et al 2007)(bild 11).

Bild 11. Hälsofrämjande dokumentationssystem



Referenser

- Andréasson S., Allebeck P. *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa.* Statens folkhälsoinstitut. R 2005:11
- Lindström D., Sadr Azodi O., Wladis A et al. Effects of perioperative smoking cessation on postoperative complications: a randomized trial. *Ann Surg.* 2008 Nov;248(5):739-45..
- Möller AM., Villebro N., Pedersen T et al. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet.* 2002 Jan 12;359(9301):114-7.
- Möller AM., Villebro N. Preoperative smoking intervention: What do patients think? A qualitative study. *Ugeskr Laeger.* 2004 Oct 11;166(42):3714-8. Danish.
- Thomsen T., Tønnesen H., Möller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. *Br J Surg.* 2009 May;96(5):451-61. Review. .
- Tønnesen H., Christensen M., Groene O et al. An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Services Research* 2007, 7:145.
- Tønnesen H., Roswall N., Pedersen K.M et al. Basale journaloplysninger om riskfaktorer. Undernæring, overvikt, fysisk inaktivitet, rygning og alcohol. *Ugeskr lager.* 2008 Maj;170(20):1747-52.
- SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym I.* Stockholm: SBU, 2001:Rapport No 156/I.

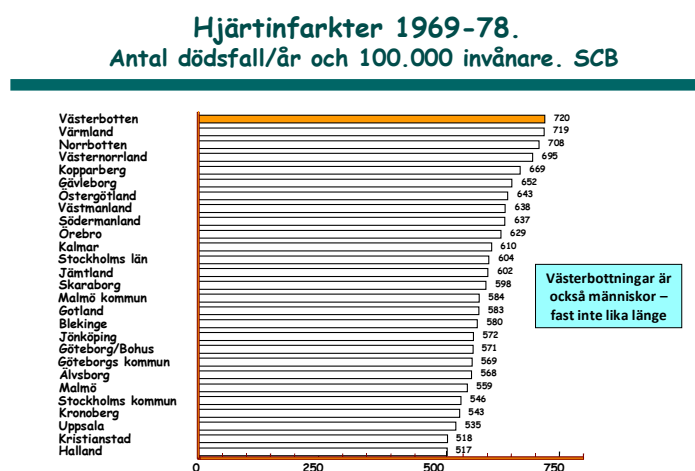
WHO (2001). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2

Vad kan vi lära från Västerbotten?

Lars Weinehall, professor, överläkare
Umeå universitet och Landstinget Västerbotten.

Mellan åren 1969-78 låg Västerbotten högst på listan av hjärtinfarkter mätt i dödsfall/år och 100 000 invånare (bild 12). Landstinget gav ett uppdrag 1984 med målet att minska sjuklighet och dödlighet i hjärt- kärlsjukdom och diabetes i Västerbotten. Målet skulle nås genom att öka kunskaperna hos personal och allmänhet om sambandet mellan riskfaktorer, hjärt- kärlsjukdom samt diabetes. Viktiga riskfaktorer skulle påverkas som högt kolesterol, rökning samt förhöjt blodtryck hos hela befolkningen samt att utveckla primärvårdens befolkningsinriktade metoder, stimulera till forskning och utvärdering samt att hålla på länge och att hålla ut.

Bild 12. Antal dödsfall/år i hjärtinfarkt och 100 000 invånare mellan åren 1969-78 i Sverige.



Prevention var ett nytt sätt att tänka och fanns inte när jag gick min medicinska utbildning 1968, annat än för barn. I och med landstingsuppdraget 1984 kom en insikt om att detta med att lära sig leva var en viktig sak. Efter hand utvecklade vi en modell, en slags barnavårdcentral för vuxna, där 40-, 50- och 60- åringar erbjöds hälsoundersökningar (bild 13).

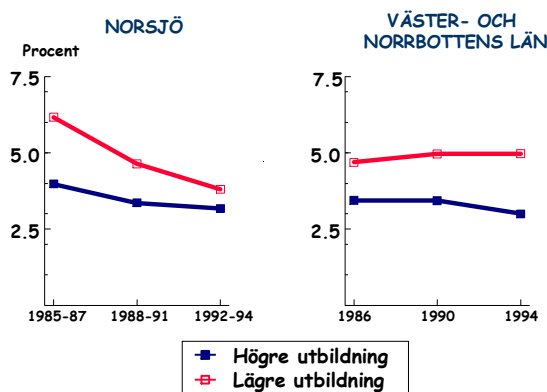
Bild 13. Modell för hälsoundersökning av 40-, 50- och 60-åringar i Norsjö kommun.



Insatserna startade i Norsjö kommun, som visat sig vara den kommun där det stod sämst till. Vi använde oss av WHO's Monica-studie för att bland annat hitta ett referensmaterial att jämföra insatserna i Norsjö med Väster- och Norrbottens län, som var ett Monica-center. Efter 10 år var riskfaktorutvecklingen i Norsjö mycket bättre än i Väster- och Norrbottens län, främst för de lågutbildade (bild 14). Det här var mycket intressanta resultat som visade att det gick att arbeta med individinsatser samtidigt som ett hälsoarbete i lokalsamhället bedrevs parallellt och att det sker en interaktion dem emellan. Det visade sig att hälsoklyftorna inte ökade utan tvärtom minskade och att det var framför allt de kortutbildade som hade störst nytta av programmet. Det visade sig även att ett sådant här arbetssätt kunde bedrivas långsiktigt.

Bild 14. Jämförelse mellan Norsjö och Väster- och Norrbottens län vad gäller riskfaktorer mätt i procent för högre utbildade och lägre utbildade medborgare.

Risk att dö i hjärtinfarkt.....



Källa: Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Scand J Public Health 2001;29 (suppl 56):59-68.

Implementering av hälsofrämjande arbete

Den svåra frågan var hur man skulle kunna sprida metoden vidare. Det är lätt att starta något men svårt att sprida. På -80 och -90 talet låg fokus på att identifiera några kärnkomponenter och att sedan hitta en arbetsmodell med olika steg att arbeta efter som ett "steg 1", "steg 2", "steg 3" osv. En tanke dök upp hos oss "om vi nu gjort en modell vi testat och utvärderat måste då andra göra precis likadant som vi gjort?" Samhällena kan se helt olika ut, från små samhällen till storstäder, och ha helt skilda behov och förutsättningar. Enligt detta resonemang kom vi fram till att det kanske är ett lösligt problem om prevention handlar om att identifiera en sorts stämplat som sedan skall användas likadant av andra? Under tiden vi diskuterade detta föll Berlinmuren och vi kom att inse att man kanske måste göra på ett annat sätt. Stalinismen måste överges och istället hitta de lokala förutsättningarna och komponenterna som kan kombineras ihop.

Med den insikten i ryggen startade arbetet med att implementera ett hälsofrämjande arbetssätt i Västerbotten. Den första insatsen blev att föra samtal och förhandlingar med kommunstyrelser. Ett positivt stöd gavs om att sätta ingång med arbetet där fortbildning och kompetensutveckling till personalen var

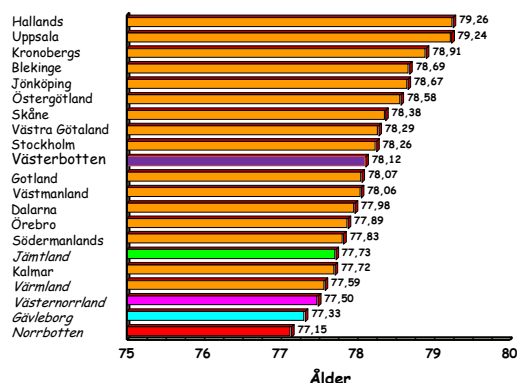
en del i genomförandet och vilket är en förutsättning för att bära metoden framåt. Därefter informerades allmänheten och så småningom kunde arbetet dras igång i kommun efter kommun.

25 år senare, när vi tittade på vad vi gjort, såg vi att av Västerbottens 260 000 invånare hade 100 000 deltagit i utvärderingen och 130 000 hade genomgått en hälsoundersökning, vilket motsvarar cirka 60-70% av befolkningen i medelåldern. Det intressanta när man arbetar med hälsofrämjande insatser och har befolkningen framför sig är att man måste vara modern i sitt sätt att förhålla sig. Människor är moderna och värderingsmönstret påverkas i takt med de trender som råder, vilket innebär att arbetsmetoderna behöver följa de rådande trenderna. De hälsofrämjande insatserna har förändrats över tid från att på 80-talet hålla fokus på kolesterol och rådgivning till att på 90-talet ha fokus på stress, livets tillkortakommanden och att föra ett samtal istället för pekpinnar. Under 2000-talet har vi haft fokus på viktkontroll, fysisk aktivitet, måttlig alkoholkonsumtion samt hälsofrämjande och motiverande samtal.

Idag har vi i Västerbotten byggt upp en virtuell infrastruktur för att arbeta preventivt och medellivslängden har idag ökat från att tidigare ha legat i botten till att hamna någon stans i mitten, för både kvinnor och män (bild 15 och 16).

Bild 15. Återstående medellivslängd för män i Sverige mellan åren 2002-2006.

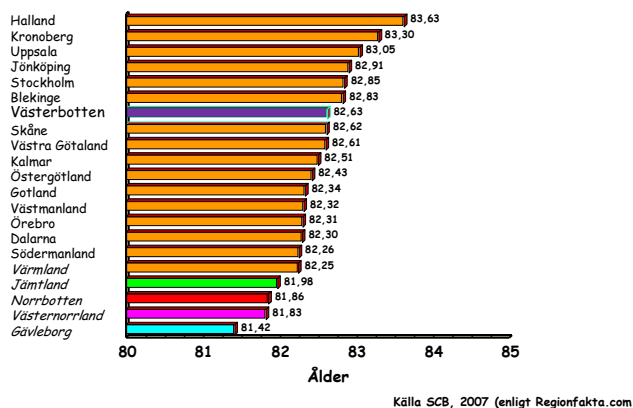
Återstående medellivslängd 2002 - 2006, män



Källa: SCB, 2007 (enligt Regionfakta.com)

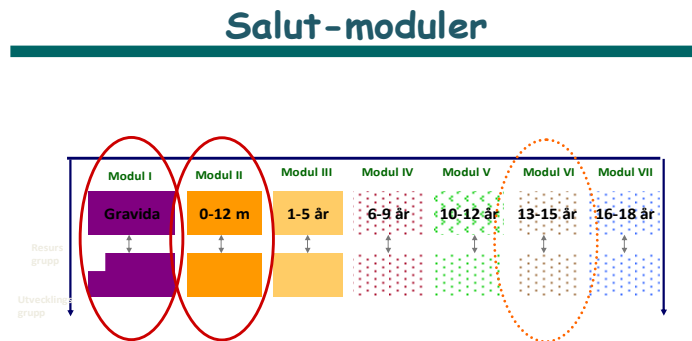
Bild 16. Återstående medellivslängd för kvinnor i Sverige mellan åren 2002-2006.

Återstående medellivslängd 2002 - 2006, kvinnor



Hälsofrämjande insatser mot barn

Länge var de hälsofrämjande insatserna inriktade mot vuxna. En fråga som blev allt mer tydlig var om det är rimligt att satsa på vuxna när det finns barn. Inför år 2004 kom så ett nytt landstingsuppdrag som istället var inriktat mot barns hälsa. I det här uppdraget uppmanades närsjukvården och folktandvården att hitta ett nytt sätt att samarbeta kring barns och ungdomars hälsa i Västerbotten. Det här skulle åstadkommas genom en bred ansats där olika kompetenser och resurser inom landsting, kommun och föreningsliv samverkar. Tillsammans med befolkningen skulle genomgripande hälsofrämjande insatser åstadkommas med syfte att bli skapa trygga och goda uppväxtvillkor, ge ökad fysisk aktivitet och skapa förutsättningar för goda matvanor. Modellen som vi valde att arbeta efter bygger på samma principer som modellen för vuxna, det vill säga att identifiera olika åldersgrupper. Det man här har försökt att göra är att nyttja den infrastruktur man redan byggt upp i det hälsofrämjande arbetet mot vuxna för att jobba vidare med de unga. Varje åldersgrupp delas in i olika moduler med skilda insatser i syfte att stödja barnet och dess föräldrar med väl valda interventioner specifikt för varje åldersmodul och där effekterna adderas allteftersom barnet passerar in i nästa åldersmodul (bild 17).

Bild 17. Åldersmoduler.

Varje modul har olika kompetenser och komponenter som kräver ett samarbete över block och gränser. I modulerna ingår en processledning, resursgrupp samt en utvecklingsgrupp. I t.ex. modul 1, som gäller det ofödda barnet, ingår i processledningen en barnläkare, barntandläkare, hälsoutvecklare samt memeologer. I resursgruppen ingår barnmorska och barnpsykolog och i utvecklingsgruppen ingår barnmorskor, verksamhetschefer, tandhygienister, tandsköterskor och tandläkare. I t.ex. modul 4, som gäller barn i åldern 13-15 år, är andra kompetenser inblandade. Processledningen har samma aktörer som i modul 1, det blir först i resursgruppen och utvecklingsgruppen modulerna skiljer sig åt. I resursgruppen finns nu skolrepresentanter, hälsoutvecklare och barnmorska. I utvecklingsgruppen finns rektorer, skolsköterskor, verksamhetschefer, tandhygienister, tandsköterskor, tandläkare, socialsekreterare, lärare, fritidsledare, elever, ungdomsombud samt måltidspersonal.

Hälsofrämjande struktur och Hälsa 2020

Västerbottens hälsoundersökningar kan sägas leva i ett gränssnitt mellan vårdcentraler och allmänhet, ofta baserat på några nyckelpersoners ledarskap och där landstinget som struktur egentligen inte har haft någon speciell roll. Det system som utvecklas nu, parallellt med den gamla strukturen, utvecklas utifrån en "lärande organisation" som nyttjar kraften i landstingets struktur och ledningsorganisation och de erfarenheter man gjort.

Länge har prevention genomförts i parallella projekt vid sidan av den ordinarie verksamheten och har inte varit inbyggd i systemet, vilket är det som sker just nu i Västerbotten. I den infrastruktur som råder finns de individuella mötena med mätning och provtagning, enkätfrågor, samtal och uppföljning vid behov. Det finns datalösningar som ger stöd åt ett feed-backsystem och uppföljning samt att det finns olika manualer och beslutsstöd för till exempel distrikts-sköterskornas behov. Arbetssättet och kompetensutvecklingen hos personalen kombinerar ett sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetssätt. De ekonomiska incitamenten spelar roll liksom vetenskapliga råd och tvärssektoriella utvecklingsgrupper. Men det kanske allra viktigaste är en stark och enig politisk uppbackning.

Det knepiga är inte att utveckla en fungerande modell utan att implementera brett, det vill säga att gå från pilotstudie till full skala. Nästa utmaning är att få kärnan i modellen att bestå över systemskiften, majoritetssvängningar och värdeförskjutningar. Ett hälsofrämjande arbetssätt är en långsiktig process. Landstinget i Västerbotten har valt att sätta en vision om att ha världens bästa hälsa till år 2020. Den här visionen har skapat irritation i vården och har uppfattats som provocerande. Efter hand, i gemensamma diskussioner, har parterna ändå blivit ganska överrens om att om hälsan inte är målet för den gemensamma verksamheten vad är då målet? Varje specialitet eller operatör har som mål att bli en så duktig operatör eller vårdgivare som möjligt, detta sagt med andra ord skulle även kunna bli att skapa en så god hälsa för patienten som möjligt. Målet är egentligen den samma men uttryckt i olika termer. Om nu ett beslut tagits om att hälsa 2020 är målet hur ska vi då orientera vår verksamhet åt det hållet? Den här diskussionen och frågeställningen har tagit mycket tid med mycket häckel och svordomar. Ännu vet vi inte hur det kommer att gå, men vi har börjat föra en diskussion och det är alltid en god start. Utifrån den här diskussionen får vi sedan matcha, ge olika exempel och uppdrag åt klinikerna och verksamheterna att utforska själva på vilket sätt verksamheterna kan arbeta i hälsofrämjande riktning och vilka behov verksamheterna har för att utveckla ett sådant arbetssätt.

Referenser

SCB 2007. Regionfakta.com

Weinehall L., Hellsten G., Boman K et al (2001). Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl.* 2001;56:59-68.

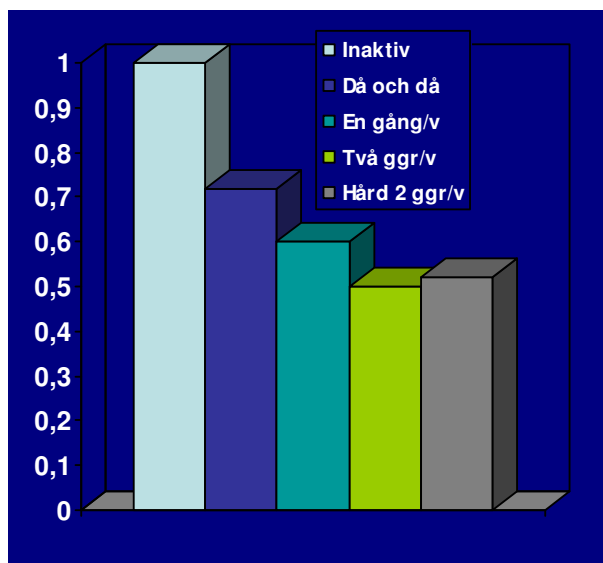
Fysisk aktivitet, vad är evidensen? Hur kan man arbeta?

Mai-Lis Hellenius, läkare, professor
Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting.

Epidemiologisk evidens

Fysisk inaktivitet är en lika stark riskfaktor som rökning, höga blodfetter eller högt blodtryck. Den som är fysiskt aktiv lever 6-9 år längre än den som inte är fysiskt aktiv. De fynd man hittat i samband med fysisk aktivitet, förutom en förlängd livslängd, är att de kardiovaskulära sjukdomarna minskar liksom Alzheimers sjukdom, typ 2 diabetes, sjukdomar i det metabola syndromet, prostatacancer, bröstcancer samt depressioner. Risken att utveckla en sjukdom är relaterad till graden av fysisk aktivitet eller kondition. Ju lägre fysiskt aktiv eller ju sämre kondition desto större risk att utveckla sjukdom (bild 18).

Bild 18. Risk att utveckla sjukdom i förhållande till grad av fysisk aktivitet eller kondition.



Peel et al (2009) följde 38 801 män i åldrarna 20-88 år under 29 år för att studera samband mellan fysisk aktivitet och cancer i mag- och tarmkanalen. Här kunde ett klart samband ses till att fysisk aktivitet samt graden av fysisk aktivitet ger en skyddande effekt mot samtliga olika cancersjukdomar i mag-tarmkanalen (bild 19). Justeringar hade gjorts i studien för ålder, BMI, rökning, alkohol, hereditet för cancer samt för diabetes.

Bild 19. Risk att utveckla cancer i mag-tarmkanalen för män mellan 20-88 år i förhållande till grad av fysisk aktivitet.

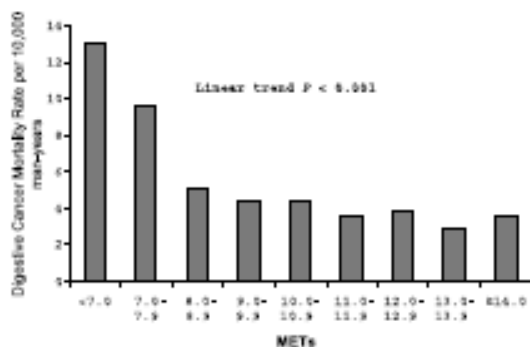


Figure 2. Age-adjusted mortality rates (per 10,000 man-years) of total digestive system cancer by CRF levels quantified in 1-MET increments obtained during a maximal treadmill test in men, ACLS, Dallas, TX, 1974-2003. Number at risk (number

I en annan studie gjord på samma kohort följde man 14 811 friska kvinnor mellan 20-83 år mellan åren 1970-2003. Här studerades fysisk aktivitet och utveckling av bröstcancer. Även i denna studie sågs ett samband mellan graden av fysisk aktivitet och risk för att utveckla och dö i bröstcancer. Även i denna studie har hänsyn tagits för BMI, rökning, alkohol, kronisk sjukdom, hereditet för cancer samt östrogen (Peel et al 2009, bild 20).

Bild 20. Risk att utveckla bröstcancer för kvinnor i åldern 20-83 år i förhållande till graden av fysisk aktivitet .

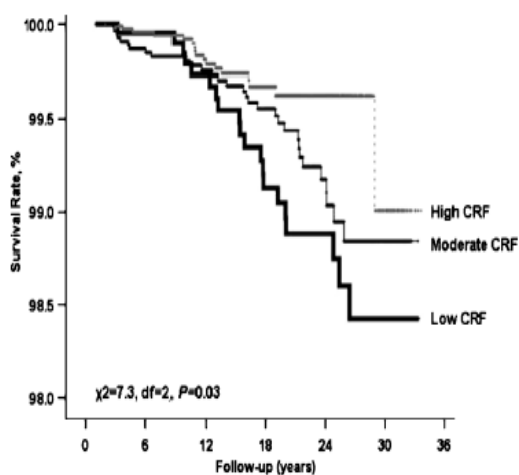


FIGURE 1—Survival free of breast cancer across cardiorespiratory fitness (CRF) status in a mean 16-yr follow-up study of 14,811 women.

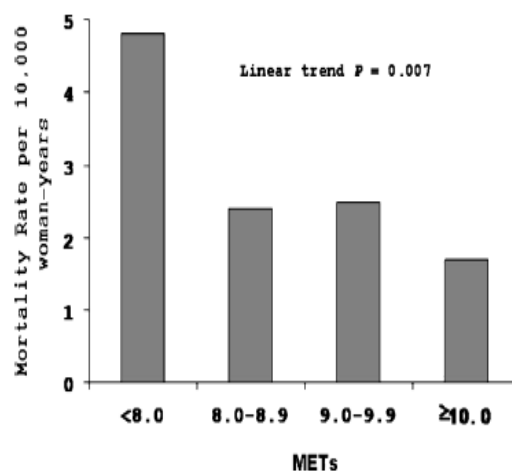


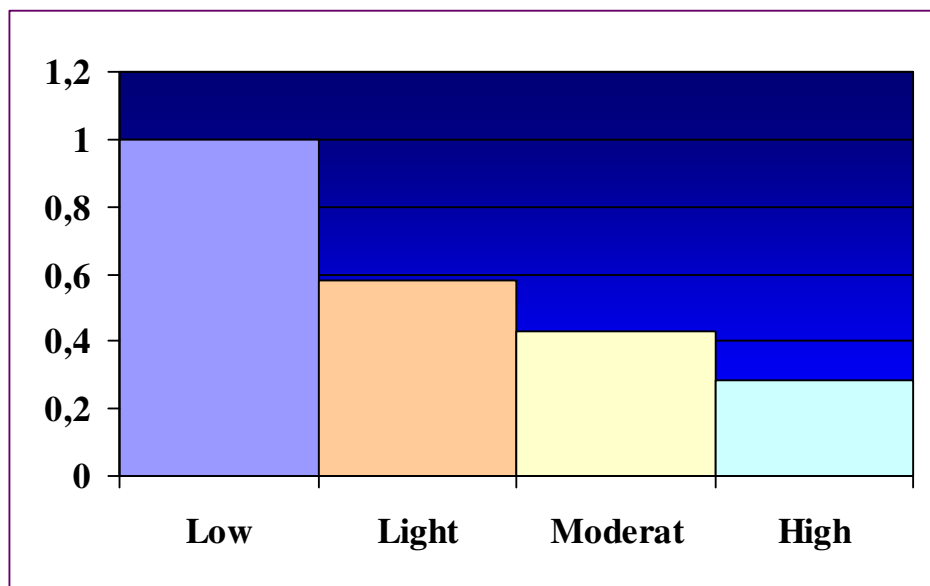
FIGURE 2—Age-adjusted mortality rates (per 10,000 woman-years) of breast cancer by CRF levels quantified in 1 MET increments obtained

Metabola syndromet

Vår livsstil, levnadsvanor samt bakomliggande hälso- riskfaktorer har idag förändrats. Under 15-20 år har det pratats väldigt mycket om att bukfetman (midjemåttet) ökat hos både vuxna och barn i västvärlden vilket ger metabola rubbningar. Metabola rubbningar leder i sin tur till höga blodfetter, högt blodtryck, okänslighet för insulin som i sin tur ökar blodsockernivåerna. Det leder även till en försämrad fibrinolysis, inflammationer, fettlever, oxidativ stress, endotel dysfunktion och mikroalbuminurin. Tillsammans ger allt detta en ökad risk för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar, demens, Alzheimer, typ 2 diabetes samt cancer. Samtliga dessa sjukdomar går att minska med hjälp av fysisk aktivitet.

En studie gjord av Halldin et al (2007) mätte sambandet mellan livsstil och metabola syndromet hos 60-åriga kvinnor och män i Stockholm. Här sågs en stark koppling till hur lång studietid individen har. Det fanns även en koppling till snusbruk, de som snusade mycket hade en större risk för att utveckla typ 2 diabetes. De fann även ett komplext mönster till alkohol samt en stark koppling till vad vi äter. Även när hänsyn tagits till alla dessa faktorer så ses en mycket stark koppling till graden av fysisk aktivitet. De individer som var regelbundet fysiskt aktiva hade en 70 % lägre förekomst av sjukdomar i metabola syndromet (bild 21).

Bild 21. Grad av fysisk aktivitet och utveckling av metabola syndromet. Resultatet är kontrollerat för rökning, matvanor, alkoholkonsumtion och utbildning.



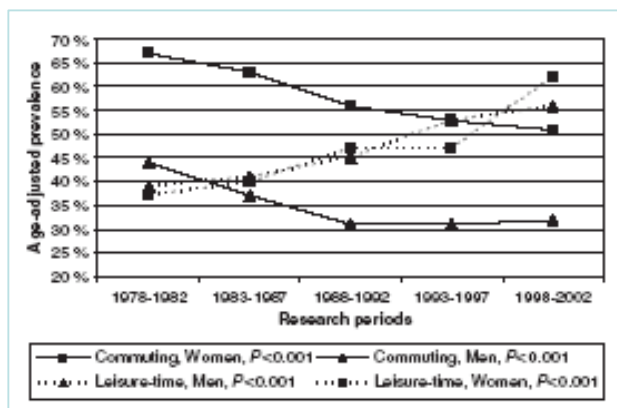
Under senare år har fler och fler studier visat på att vi i vården inte längre bara ska prata om stavgång och kondition med våra patienter utan att vi även bör prata styrketräning som ett alternativ. I olika tvärsnittsstudier och prospektiva studier av Jurca et al (2004) och Wijndaele et al (2007) visar att muskelstyrkan, oavsett individens kondition, är kopplad till en lägre risk för ett metabolt

syndrom. Det här är en ny insikt som är viktig för vårdpersonalen att få kännedom om då det handlar om att skriva ut fysisk aktivitet på recept.

Förändring av aktivitetsmönstret

I en studie från Finland av Mäkinen et al (2009) mellan åren 1978-2002 gjordes årliga tvärsnittsstudier för att titta på hur mönstret för fysisk aktivitet har förändrats över tid. De visade att rörelsemönstret har förändrats över tid. Till exempel har vardagsmotionen minskat vad gäller den fysiska aktiviteten som sker i samband med transport till och från arbetet samt för att gå och handla. Istället har rörelsemönstret ökat vad gäller fysisk aktivitet i form av ett träningspass för t.ex. Friskis & Svettis. Totalt sett har den fysiska aktiviteten ökat över tid (bild 22). Den här något motsägelsefulla bilden kan ibland ge sig uttryck i olika debattartiklar som t.ex. i Dagens nyheter där en forskare kan mena att den fysiska aktiviteten inte har minskat i samhället medan en annan forskare istället menar att det har blivit en minskning av fysisk aktivitet i samhället.

Bild 22. Förändring av rörelsemönster och fysisk aktivitet över tid mellan åren 1978-2002.



Stillasittandets risker

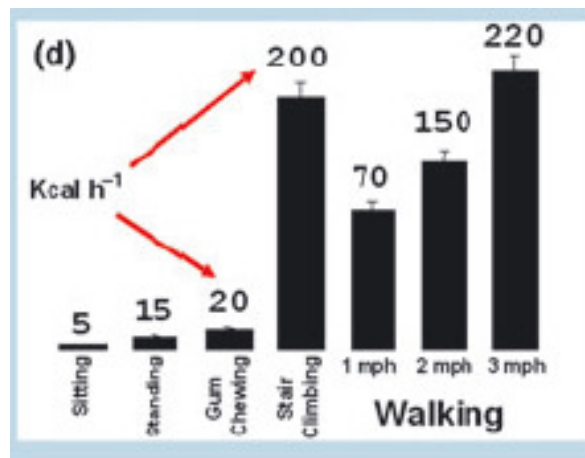
En annan faktor vi tidigare varit dåliga med att beakta och inventera är hur länge vi sitter om dagen. Wennberg et al (2006) har studerat sambandet mellan bilåkande och risk för att insjukna i en första hjärtinfarkt. Här visar studien, oavsett hur mycket individen rörde sig totalt i form av motion, att om individen alltid åkte bil till arbetet (på sommaren som vintern) fanns en 70 % ökad risk för att insjukna i en hjärtinfarkt. Att sitta still är alltså en stark riskfaktor för hjärtinfarkt.

En annan studie som nyligen presenterats i Canada, (Katzmarzyk et al, 2009) har studerat prospektivt stillasittandet och risken för att dö. Där har 7 000 män och 9 735 kvinnor följts under tolv år där bland annat frågor om hur mycket tid de sitter under en dag ställts. Studien visar en stark koppling till hur många timmar om dagen individen sitter och risken för att dö, oavsett om individen även tränar fysisk aktivitet. Det har visat sig att korta pauser har en positiv effekt. I en studie

gjord i Australien, som studerat personer som sitter stilla mycket under en dag, visade att en kort paus då och då under dagen (reser sig upp, tar trapporna etc.) gav ett lägre midjemått, lite bättre blodfetter samt hade en bättre socker- och insulinomsättning (Healy et al 2008).

Levine (2007) är en expert i att mäta energiförbrukning av olika dagliga aktiviteter. Han visar t.ex. att användandet av ett stå-bord ökar energiförbrukningen med 3 gånger jämfört med att sitta ned. I jämförelsen med att ta hissen/rulltrappan eller att ta trapporna ökar energiförbrukningen med 400 % mer (bild 23).

Bild 23. Energiförbrukning (kcal/h) vid olika dagliga aktiviteter.



Gener eller livsstil

Fysisk aktivitet ger multipla effekter på hälsan. I dag görs många studier som tittar på inflammationer och cytokiner där samband setts till bukfetman. Det här kan bero på att i bukfettet produceras inflammatoriska små proteiner som kan bidra till ökad risk för cancer och som säkert bidrar till ökad hjärt- kärlsjukdom. Idag tittar många studier på hur vi kan motverka detta med hjälp av fysisk aktivitet och ett hett område att titta på just nu är genuttryck, d.v.s. kan vi förändra våra gener med hjälp av fysisk aktivitet?

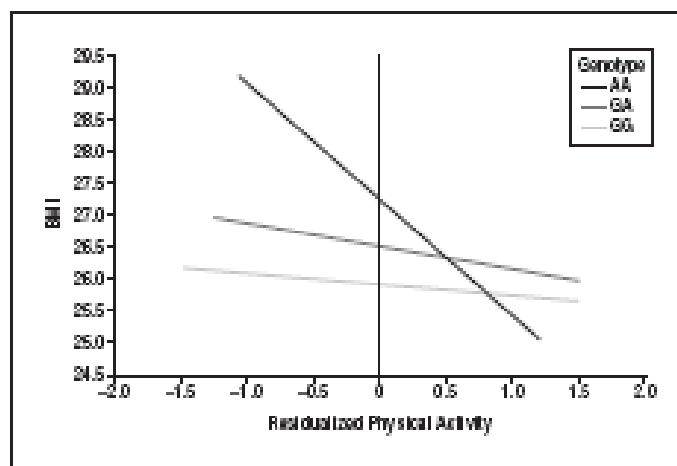
Wang et al (2007) har i den Finska diabetespreventiva studien kunnat fastslå att oavsett om individen har mycket typ 2 diabetes i släkten, övervikt och bukfetma samt om de har den specifika genen (TCF7L2) så hade de 3 gånger ökad risk att få typ 2 diabetes. Om patienten istället ändrade sina mat- och motionsvanor släktades den överrisken ut. Det här är en fantastiskt viktig kunskap att föra fram i det hälsofrämjande arbetet.

Årets Nobelpristagare i medicin och fysiologi, Elizabeth Blackburn och Carol Greider, har fått pris för sina studier om Telomererna, vilken är en liten funktion som sitter längst ut på våra kromosomer. Den här delen har visat sig kontrollera resten av kromosomen och är oerhört viktig för att reparera DNA-skador. DNA-skador uppstår, oavsett hur vi lever våra liv, som en effekt av vårt åldrande i

form av hjärt- kärlsjukdomar och cancer. Studier som gjordes redan för 7-8 år sedan visade att Telomererna påverkas av hur mycket vitaminer vi äter. De påverkas även av om vi röker genom att Telomererna blir kortare vilket i sin tur leder till att aktiviteten och funktionen i Telomeren blir sämre. I fjol kom den första rapporten som visar att även graden av fysisk aktivitet är kopplad till Telomerens längd (Cherkas et al 2008). Det här är kunskaper som är viktiga för oss att veta när vi arbetar med människor både på individnivå och på befolkningsnivå och när vi arbetar med att förändra fysisk aktivitet.

I en studie som Rampersaud et al (2008) gjort har 800 Amish personer i Pennsylvania studerats och hela deras DNA har kartlagts. Där har man bland annat tittat på en gen som heter FTO och som är starkt kopplad till övervikt, den brukar även kallas för "fetmagenen". FTO-genen kan se ut på tre olika sätt, det kan vara en AA-gen, GA-gen eller en GG-gen. Som komplement till studien om fetmagenen har man även studerat hur mycket Amish personerna rörde på sig. Det man hittat i studien är att om en person som föds med en AA-gen och som befinner sig i en miljö som är mycket stillasittande är det en stor sannolikhet att den personen utvecklar en kraftig övervikt. Om personer som föds med en GG-gen och befinner sig i en stillasittande miljö är sannolikheten stor att dessa personer blir ganska normalviktiga. De personer som föds med GA-genen hamnar någon stans mittemellan. I en aktiv miljö blir däremot alla tre olika gentyperna normalviktiga och de som vinner mest på att befinna sig i en aktiv miljö är dem med som har AA-genen (bild 24). Det här är en bild som säger många olika saker. Bland annat finns det idag en stor skuld kopplad till vår livsstil men vi vet nu att arvet är en mycket stark riskfaktor för övervikt. De som säger att "jag behöver bara titta på en glass så går jag upp i vikt" har i viss mån rätt. Tyvärr skuldbeläggs många gånger dessa personer för sin övervikt och för att leva ohälsosamt. Arvet är en stark faktor samtidigt som vinsterna med att befrämja fysisk aktivitet är enorma oavsett om det sker på individnivå med våra patienter eller om det sker på Landstingsnivå, kommunnivå eller samhällsnivå. Det här blir ytterligare ett sätt att visa på hur arv och miljö hänger ihop.

Bild 24. Gen AA, GA och GG i förhållande till stillasittande/aktiv miljö och fetmautveckling.



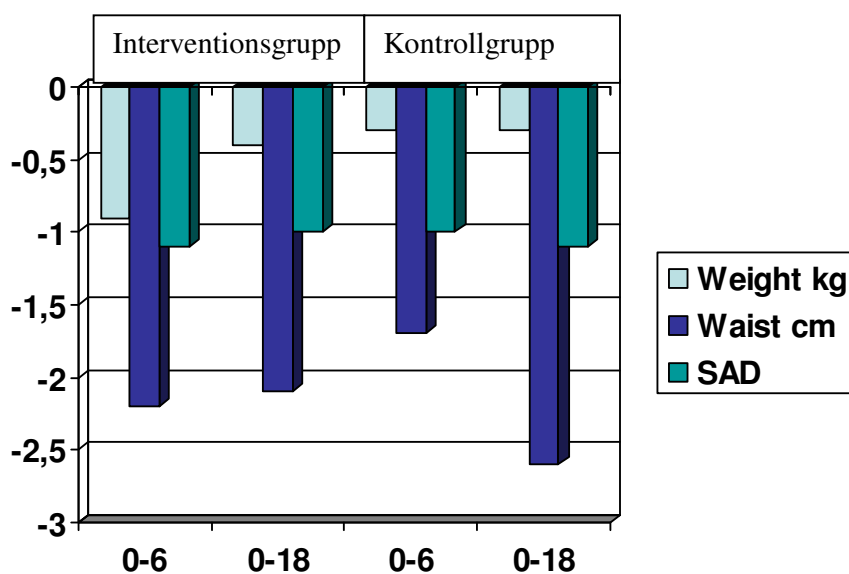
FaR, Fysisk aktivitet på recept

Det här med FaR är något vi ska vårda ömt i Sverige. Norjsö, Västerbotten och Habogänget är föregångare med att i primärvården och på individnivå bjuda in till hälsoundersökningar. Under det glada 80-talet fanns det många goda idéer om hur vi skulle kunna bli bättre på att ge patienter stöd, råd och hjälp till att t.ex. öka den fysiska aktiviteten. En av dessa goda idéer och arbetssätt som initierades under 80-talet, och som har levt vidare sedan dess, var fysisk aktivitet på recept (FaR). Det många inte vet är att den här modellen startade i Sverige och i Nya Zeeland samtidigt. De allra första som startade var Blekinge, sedan var Kramfors och Sollentuna tidigt ute. Idag har vi en fantastisk erfarenhet och mer än 20 års erfarenheter som vi bär med oss när vi går vidare i arbetet.

Hemmingsson et al (2009) på överviktsenheten i Huddinge, Stockholm, gjorde en undersökning på 120 kvinnor i åldern 30-60 med bukfetma och ett midjemått på mer än 88 cm. Kvinnorna lottades slumpvis till två olika grupper där interventionsgruppen dels fick varsin cykel, fysisk aktivitet på recept, gruppträffar/stöd vid två tillfällen samt tre individuella läkarsamtal. Kontrollgruppen fick endast en stegräknare. Gruppdeltagarna fick samtliga information om att framgång i form av reducerad vikt skulle nås om de endera cyklade minst 2 km/dag eller gick minst 10 000 steg/dag.

Resultatet visade att i interventionsgruppen var det 39 % som hade cyklat mer än 2 km/dag och 46 % som hade gått minst 10 000 steg/dag. I kontrollgruppen var det 9 % som hade cyklat mer än 2 km/dag och 39 % som hade gått minst 10 000 steg/dag. Man tittade även på hur stillasittande de var under en dag och för interventionsgruppen minskade bilåkning, tunnelbaneåkning etc. med 34 % och i kontrollgruppen blev minskningen 37 %. Studien följde även vikt, midjemått och sagittal bukdiometer efter 6 månader och efter 18 månader och visade att det hade gått bra för alla, även för kontrollgruppen. Slutsatsen av det här resultatet blev att det kanske inte behöver vara en så kraftig intervention utan att även det lilla har en effekt (bild 25).

Bild 25. Vikt, midjemått och sagittal bukdiometer hos interventions och kontrollgruppen mätt vid 6 och 8 månader.



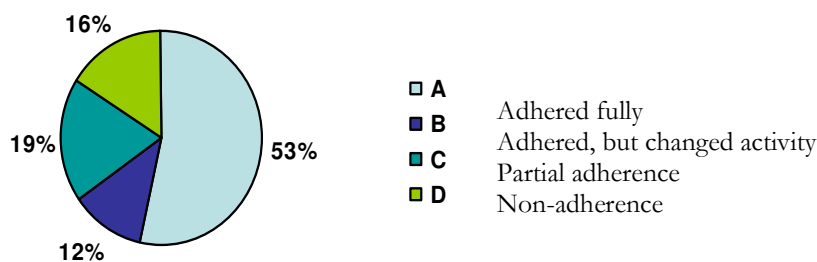
Metodstöd

Vi har redan en hel del metodstöd i svensk sjukvård som vi naturligtvis ska vidareutveckla hela tiden. Vi har den reviderade Fyss från i fjol 2008 och vi har SBU-rapporten från 2007. När den skrevs fanns det bara 87 studier där den primära frågeställning var just vad det finns för metoder som vi kan använda inom sjukvården för att hjälpa patienter att bli mer fysiskt aktiva. Även fast det inte var ett så stort forskningsområde rådde det en stor samstämmighet i de studier som hittats. Här var effekterna positiva oavsett om det hade handlat om bara ett kort råd eller om det givits gruppträffar, fysisk aktivitet på recept, stegräknare eller mer ganska omfattande beteendemedicinskt inriktade metoder. Samtliga hade gett en positiv effekt. Samtidigt såg man att ju mer man lade in i interventionerna desto bättre blev effekterna. Sedan denna studie har ytterligare ett 70 tal studier tillkommit som bekräftar dessa teorier.

Kallings et al (2009) har gjort en slags implementeringsstudie där de har studerat nyblivna och runda pensionär som är lågt fysiskt aktiva. Till studien bjöds 101 män och kvinnor in i åldern 68 år, som hade en låg fysisk aktivitet, en övervikt med ett BMI mellan 25-40 samt bukfetma med ett midjemått för kvinnor över 88cm och för män mer än 102cm. Halva gruppen fick fysisk aktivitet på recept samt ett gruppmöte tillsammans med en läkare och den andra gruppen fick ett litet blad med information om fysisk aktivitet. Resultatet 6 månader senare visade att de som fått fysisk aktivitet på recept minskade sin stillasittande tid med 2 tim/dag, de ökade den måttligt fysiska aktivitet med tre tillfällen mer/vecka och de ökade sina steg/dag med 1 663 steg. Det här hade även förstås effekt på de metabola parametrarna men det vi var som allra mest intresserade av att få reda på var om det just gick att få riskindivider att bli mer fysiskt aktiva, och det visade sig att det gick bra.

Kallings et al (2009) har gjort en annan studie som kanske är ännu viktigare. I denna studie, som omfattar 240 patienter från 13 vårdcentraler runt om i landet och som fått FaR utskriven för smärta, övervikt, diabetes eller högt blodtryck. Resultatet mätt efter 6 månader visade att 53 % hade följt rekommendationerna som skrevs på FaR, 12 % hade följt föreskrifterna men hade kanske bytt aktivitet t.ex. att de hade börjat cykla i stället för att gå, 19 % svarade att de rör sig mer idag än tidigare men inte så mycket som de hade kommit överrens om och 16 % svarade att de inte alls hade ändrat sina vanor (bild 26). Frågan man kan ställa sig är om det här är bra eller dåligt? Och visst är det väl inte så dumt att så många ändå har gjort en förändring efter 6 månader.

Bild 26. Förändring av fysisk aktivitet mätt efter 6 mån för patienter som fått FaR mot smärta, övervikt, diabetes samt högt blodtryck.



Riktlinjer

Haskell et al (2007) har beskrivit de riktlinjer vi i vården idag använder oss av och som beskriver hur vi ska arbeta med vuxna och fysisk aktivitet. I de riktlinjerna skall vårdpersonal försöka uppmuntra till minst 30 minuters måttlig rörelse/dag eller minst 5 dagar/v. Det går även bra att ta i lite hårdare men då behöver tiden inte bli lika lång (20min). I riktlinjerna fanns även en rekommendation om att dela upp rörelsetiden i flera kortare 10 minuters pass, fast de rekommendationerna var fortfarande något osäkra när dessa riktlinjer skrevs. Det som framför allt var nytt just då var att det även var bra att kombinera med styrketräning minst 2 dagar/veckan. Sedan dessa riktlinjer skrevs har en mycket fin sammanställning kommit av Murphy et al (2009) och som granskat litteraturen och jämfört om det just måste vara 30 min sammanhängande aktivitet för att få hälsoeffekter eller om det fungerar med 10+10+10 minuters pass. Studierna visar att effekterna är den samma under förutsättning att man kommer upp i 30 min/dag. Det finns inget vetenskapligt stöd för att mindre tid än 10 minuter har effekt. Det här är också en viktig kunskap för oss som pratar om hur vi kan hjälpa våra patienter att öka den fysiska aktiviteten.

Om vi i framtiden skall kunna bli ännu bättre på att ge råd och stöd i samtalet om fysisk aktivitet med våra patienter så behöver vi i ännu högre grad vara medvetna om att vi alla är olika. Vi kan inte ha samma rekommendationer till alla individer som t.ex. att gå med stavar, promenera 30 min/dag osv. Vi måste tänka på det här som de nya molekylärvetenskapliga metoderna har lärt oss. En patient som är fullproppad med typ 2 fibrer (styrkefibrer) blir mycket mer motiverad till fysisk aktivitet om han kan få hjälp av sin läkare eller sköterska att börja gå på gym istället för en promenad medan den patient som är fylld av typ 1 fibrer (uthålliga och insulinkänsliga fibrer) istället blir mer stimulerad av promenader, stavgång eller löpning.

Motionera eller banta?

Det finns en konstig myt om att det inte går att minska i vikt genom att öka den fysiska aktiviteten. Fogelholm et al (2000) i Finland har studerat 85 kvinnor mellan 30-45 år och med ett BMI mellan 30-34. Under 12 veckor fick de genomgå ett viktreduceringsprogram med en lågenergidiet + Nutrilett. Tillsammans gick de ned 13 kg i vikt. I fas II i studien lottades deltagarna in i tre olika grupper, en kontrollgrupp (n=29) samt de två studiegrupperna 1 och 2 där samtliga skulle promenera. Promenadgrupp 1 (n=26) fick promenera i rask takt 2-3 tillfällen/vecka och promenadgrupp 2 (n=27) fick promenera i rask takt 4-6 tillfällen/vecka. Resultatet visade att de som började promenera var viktstabila i två år, vilket är ganska ovanligt då nästan alla i en viktreducerande studier snabbt går ned i vikt men sedan upp igen. Här synliggjordes en metod som fungerar riktigt bra.

I framtiden tror jag att vi mer och mer kommer att röra oss mot att integrera livsstilsarbetet då allt hänger ihop, som rökvanor, alkoholvanor, fysisk aktivitet osv. Det är intressant att i de allra senaste kostrekommendationerna för barn och vuxna, AHA Scientific Statement 2009, inte står någonting om mat. Istället är

det som står överst i kostrekommendationerna fysisk aktivitet och här rekommenderas minst 60 min fysisk aktivitet av måttlig till hård intensitet varje dag. De för även en helt annan debatt än den vi för i Sverige vad gäller den samlade evidensen om fetter. Där har man ytterligare skärpt kostrekommendationerna om att använda vegetabiliska oljor och lättmargariner med lågt innehåll av mättade fetter och transfetter i stället för smör och annat animaliskt fett samt att dricka minimjolk eller lättmjolk. I Sverige har vi gått åt rakt motsatta håll. Det såldes två ton mer smör i fjol än året innan och tre ton mer Bregott. Rekommendationerna innehåller även att äta grönsaker och frukt varje dag men att se upp med juicerna, att välja fullkornsbröd samt att begränsa intaget av söta drycker samt annat socker. Ytterligare rekommenderas att dagligen äta lätta mejeriprodukter, äta mer fisk särskilt fet samt att begränsa saltintaget.

Jag tror att vi behöver pröva nya sätt att föra ut vårt budskap, inte bara skriva läroböcker. T.ex. kan vi skapa kurser på nätet som sundkurs.se. Flera andra aktörer arbetar på liknande sätt. Vad finns det då för fördelar med att ha en lärobok på nätet? Givetvis finns det många nackdelar men fördelen är att det är lättare att gå in och revidera, förbättra, lägga till och dra ifrån samt att det öppnar upp och möjliggör så att ännu fler kan nås.

Referenser

AHA Scientific Statement. *Circulation* 2009;119:1161-75

Cherkas L.F., Hunkin J.L., Kato B.S et al (2008). The Association Between Physical Activity in Leisure Time and Leukocyte Telomere Length. *Intern Med* 2008;168:154-158.

Fogelholm M., Kukkonen-Harjula K., Nenonen A et al. Effects of walking on weight maintenance after a very-low-energy diet in premenopausal obese women: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2000;160:2177-84.

Halldin M., Rosell M., de Faire U et al. The metabolic syndrome: prevalence and association to leisure-time and work-related physical activity in 60-year-old men and women. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2007 Jun;17(5):349-57. *Epub* 2006 Mar 31.

Haskell W.L., Lee I.M., Pate R.R et al. Physical Activity and Public Health. Update Recommendation for Adults From American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Aug;39(8):1423-34.

Healy GN., Dunstan DW., Salmon J et al. Breaks in sedentary time: beneficial associations with metabolic risk. *Diabetes Care.* Apr;31(4):661-6. *Epub* 2008 Feb 5.

Hemmingsson E., Uddén J., Neovius M et al. Increased physical activity in abdominally obese women through support for changed commuting habits: a randomized clinical trial. *Int J Obes (London).* 2009 Jun;33(6):645-52. *Epub* 2009 May 5.

Jurca R., Lammonte MJ., Church TS et al. Association of muscle strength and fitness with metabolic syndrome in men. *Med Sci Sports Exerc.* 2004 Aug;36(8):1301-7.

Kallings LV., Sierra Johnsson J., Fisher RM et al. Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardio metabolic risk factors: results from a randomized control trial. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009 Feb;16(1):80-4.

Kallings LV., Leijon ME., Kowalaski J et al. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *J Phys Act Health.* 2009 Jul;6(4):483-92..

Katzmarzyk P.T., Church T.S., Craig C. L et al. Sitting Time and Mortality from All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 May;41(5):998-1005.

Levine JA. Nonexercise activity thermogenesis- liberating the life-force. *J Intern Med* 2007 Sep;262(3):273-287.Review.

Murphy MH., Blair SN., Murtagh EM. Accumulated versus Continuous Exercise for Health Benefit. A Review of Empirical Studies. *Sports Med* 2009;39(1):29-43.

Mäkinen T., Borodulin K., Laatikainen T et al. Twenty-five year socioeconomic trends in leisure-time and commuting physical activity among employed Finns. *Scand J Med Sci Sports.* 2009 Apr;19(2):188-197. Epub 2008 Feb 6.

Peel JB., Sui X., Matthews CE et al. Cardio respiratory fitness and digestive cancer mortality: findings from the aerobics longitudinal study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Apr;18(4):1111-7. Epub 2009 Mar 17.

Peel JB., Sui X., Adams SA et al. A prospective study of cardio respiratory fitness and breast cancer mortality. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 Apr;41(4):742-8.

Rampersaud E., Mitchell BD., Pollin TI et al. Physical activity and the association of common FTO gene variants with body mass index and obesity. *Arch Intern Med.* 2008 Sep 8;168(16):1791-7. Erratum in: *Arch Intern Med.* 2009 Mar 9;169(5):453.

Wang J., Kuusisto J., Vääntinen M et al. Variant of transcription factor 7-like 2 (TCF7L2) gene predict conversion to type 2 diabetes in the Finnish Diabetes Prevention Study and are associated with impaired glucose regulation and impaired insulin secretion. *Diabetologia.* 2007 Jun;50(6):1192-200.Epub 2007 Apr 17.

Wennberg P., Lindahl B., Hallmans G et al. The effects of commuting activity and occupational and leisure time physical activity on risk myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2006 Dec;13(6):924-30.

Wijndaele K., Duvigneaud N., Matton L et al. Muscular strengths, aerobic fitness, and metabolic syndrome risk in Flemish adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Feb;39(2):233-40.

Insatser mot riskkonsumtion: evidens och erfarenheter

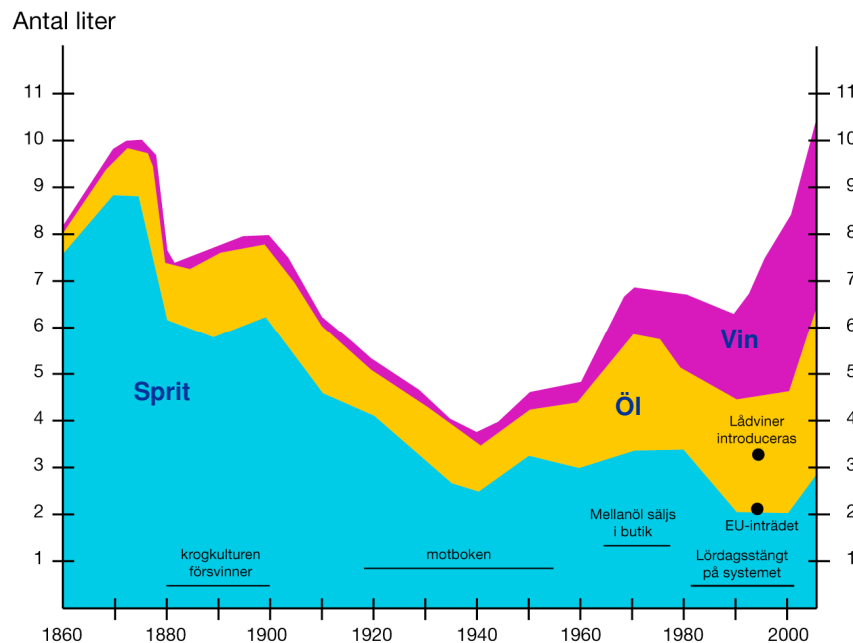
Anders Romelsjö, professor, f.d. distriktsläkare
Socialmedicinska avdelningen, Karolinska Institutet.

Kan man göra något?

En stor andel av befolkningen dricker för mycket med en ökad risk för problem och skador som följd. Många patienter vet inte om att de har en riskkonsumtion och kanske inte heller deras anhöriga. Primärvården och annan sjukvård kan arbeta med att finna denna riskgrupp och hjälpa dem med små och billiga medel. Av riskkonsumenterna skulle 20-30 % kunna hjälpas att minska sin alkoholkonsumtion. Andra skulle kunna få ett stöd i att röra sig framåt och börja reflektera över sin alkoholkonsumtion och längre fram, kanske med stöd av vården samt anhöriga eller vänner, ta steget till en förändring. Det här kan bidra till att vårdkostnaderna minskas.

Alkoholkonsumtionen har varierat över tid och ungefärliga konsumtionsuppgifter finns sedan 1860 (bild 27). Under senare tid har det skett en kraftig ökning sedan Sverige kom med i EU då tillgängligheten till alkohol ökat.

Bild 27. Förändring av den totala alkoholkonsumtionen över tid från 1860 till år 2000.



Alkoholkonsumtionen ökade med 30 % under de åtta åren mellan 1995 och 2003, därefter har konsumtionen minskat, vilket är mycket intressant. Den har minskat även bland ungdomar och i det senare fallet har man undrat om den

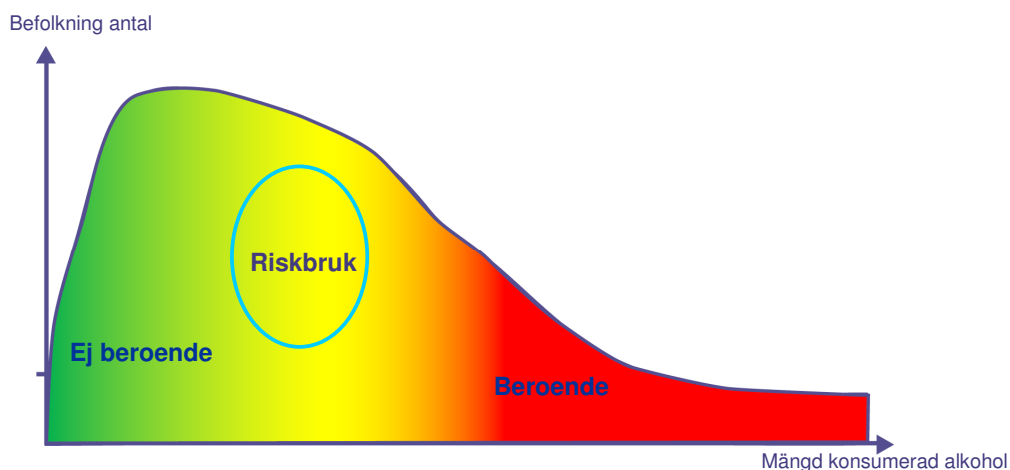
ökade satsningen på förebyggande insatser i lokalsamhället har bidragit till minskningen. Det är inte omöjligt att den omfattande strukturella, planerade och brett genomförda utbildningen inom alkoholområdet, genom riskbruksprojektet, har bidragit till den generella minskningen. Alkoholkonsumtionen i Sverige uppgår idag till c:a 10 liter 100% alkohol per invånare 15 år och äldre. Tio liter 100 % alkohol i snitt/år motsvarar ca 90 flaskor vin (12 %) eller 30 flaskor sprit (40 %) eller ca 300 burkar starköl (4,8 %). Det här är ganska mycket.

Alkoholkonsumtionen är snett fördelad. Ungefär 10 % av befolkningen svarar för hälften av konsumtionen och dessa har förstås särskild stor risk för alkoholrelaterade medicinska och sociala problem. Alkoholkonsumtion ökar risken för hälsoproblem av alla slag, antingen linjärt eller exponentiellt, som för vissa alkoholrelaterade sjukdomar som skrumplever. Man kan utveckla ett beroende till följd om man har druckit mycket under en längre tid, om man har en genetisk belastning eller om det finns andra sociala eller psykologiska faktorer som inverkar.

Riskkonsumtion

Riskkonsumenter betecknar man dem som dricker för mycket men som ännu inte utvecklat ett beroende eller ett missbruk (bild 28). Kanske har de börjat utveckla alkoholrelaterade sociala problem eller hälsoeffekter som ett högt blodtryck de ännu inte känner av. Ett klart samband finns mellan blodtrycksnivå och alkoholkonsumtion. En del av riskkonsumenterna kan även ha börjat utveckla ett beroende.

Bild 28. Alkoholkonsumtionens fördelning i en befolkning.



Var ligger gränsen för riskkonsumtion? Man brukar ange gränsen till 14 standardglas alkohol i veckan för män och 9 för kvinnor. Ett *Standardglas* innehåller 12 gram alkohol vilket återfinns till exempel i ett vanligt glas bordsvin (15 cl), en liten flaska eller burk starköl (33 cl), ett glas dessertvin (8 cl) eller en snaps (4 cl) (SBU 2001, Andreasson, Allebeck, 2005). Epidemiologisk forskning har visat att en konsumtion över dessa gränser ökar risken för vissa problem som t.ex. risk för högt blodtryck och ökad risk för

bröstcancer hos kvinnor, även vid relativt låg konsumtion över denna gräns i en del studier. Den generella trenden i gräns för riskkonsumtion är att den sänkts successivt i många länder i takt med ökad kunskap om skadeverkningar.

Storkonsumtion innebär en konsumtion som överstiger 14 standardglas i veckan för män och 9 standardglas i veckan för kvinnor. I en enkätundersökning som görs av Folkhälsoinstitutet, och som upprepas varje år, är en rätt stor andel av befolkningen storkonsumenter. Minst 17 % av männen och 9 % av kvinnorna är storkonsumenter (Wåhlin 2009).

Beroende och missbruk

Enligt det ofta använda klassifikationssystemet DSM-IV gäller följande kriterier för alkoholberoende. Tre av dessa sju symtom skall infinna sig under 12 månader för att ett beroende skall föreligga.

1. Behov av allt större doser för effekt
2. Abstinensbesvär
3. Intag av större mängd/längre tid än planerat
4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att sluta
5. Mycket tid ägnas åt att skaffa, konsumera och återhämta sig
6. Viktiga social, yrkesmässiga och fritidsaktiviteter försummas
7. Fortsatt användning trots kroppsliga/psykiska skador

Missbruk är ett annat begrepp, skilt från beroende. För att ett tillstånd skall klassificeras som missbruk skall ett av följande fyra kriterier föreligga under de senaste 12 månaderna, samt att beroende inte föreligger.

1. Upprepat bruk med negativa följder för arbete/skola/hemmet
2. Upprepat bruk i riskfyllda situationer
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet som följd av missbruk
4. Fortsatt användning trots återkommande problem

Alkoholrelaterade sjukdomar

Alkohol kan ge upphov till många olika skador och sjukdomar. Följande tillstånd vet man har samband med hög alkoholkonsumtion.

- Stroke
- Olyckor, förgiftningar och skador
- Självmord och självmordsförsök; Unipolär depression
- Epilepsi, lillhjärnsskada, nedsatt kognitiv förmåga, demens
- Tumörer i munhåla, svalg, matstrupe, magsäck, lever, grovtarm, ändtarm och bröstkörtel
- Högt blodtryck, kardiomyopati, hjärtarytmier
- Matstrupsbräck, esofagit
- Gastroesofageal blödning, gastrit
- Skrumplever, alkoholhepatit, fettlever
- Bukspottkörtelinflammation
- Spontan abort, låg födelsevikt, intrauterin tillväxtretardation
- Osteoporos, myopati, neuropati, nedsatt immunförsvar

Det finns en del stöd för att låg eller måttlig alkoholkonsumtion minskar risken för hjärtinfarkt men det är inte helt fastställt. Man kan inte rekommendera alkohol som medicin, och det är viktigt att förstå att den möjliga skyddande effekten av alkohol på hjärtat uppstår först vid 40-50 år för män och i något högre ålder för kvinnor. För att erhålla den eventuella skyddseffekten av alkohol räcker det i så fall att inta den i form av ett glas vin varannan dag, då har man 75 % effekt. Ett annat alternativ är att motionera regelbundet för att uppnå samma skyddseffekt.

EU-perspektivet

I Europa är 55 miljoner personer storkonsumenter. Där brukar man ange gränsnivåerna för riskbruk mycket högre än i Sverige, med 40 gram/dag för män och 20 gram/dag för kvinnor (i Sverige gäller 24 gram/dag för män och 15 gram/dag för kvinnor). Det förekommer en hög andel alkoholrelaterade dödsfall i Europa, ca 195 000/år. Av de dödliga trafikolyckorna är ¼ alkoholrelaterade (ungefär 10 000/år). Fler än 25 % av dödsfallen bland unga män och 10 % av dödsfallen bland unga kvinnor beror på alkoholen, t.ex. trafikolyckor, våld och mord. Alkohol är i dag den tredje viktigaste livsstilsfaktorn för död och sjuklighet efter tobak och högt blodtryck.

Problembilden i Sverige

Alkoholkonsumtionen i Sverige ökade med 30 % mellan åren 1995-2003, för att därefter gå ned med 4-5%. Det har även skett en ökning i den alkoholrelaterade slutna somatiska sjukvården vad avser vård för skrumplever och bukspottkörtelinflammation. Antal vårdtillfällen i slutenvård med alkoholdiagnos var 1998 ca 37 000 och år 2006 ca 44 000 vilket är 3 % av alla vårdtillfällen. Antal förstagångsvårdade med alkoholdiagnoser har sedan 1998 ökat med 26 % från 8 400 till 10 600 år 2006, en ökning med 26 %. De alkoholrelaterade dödsfallen har ökat med 11 % från 1998 från 1 522 till 1 682 år 2006.

Många studier finns över alkohol och våld. Vid en undersökning gjord på Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm har visat att ca 71 % av samtliga misshandelsoffer varit alkoholpåverkade, flertalet män (87 %). Ingen av de misshandlade kvinnorna var nyktra. Man har även sett att andelen unga mellan 15-17 år har fördubblats sedan 1998 och hälften har misshandlat tidigare. Av förövarna bedöms 60 % vara 15-24 år och 75 % av fallen sker på eller nära en nöjeslokal. Av alla misshandelfall avser 60 % att inte anmäla men trots det anmäls årligen 60 000 våldsbrott till polisen.

En studie gjord i Sverige, vid Centrum för alkohol och drogforskning i Stockholm, har försökt att beräkna alkoholens totala kostnader för samhället. Man fann att dessa kostnader för år 2002 var 29 400 miljoner kronor, fördelat på olika poster som visas i bild 29.

Bild 29. Alkoholens totala kostnader år 2002.

	Totalt 29.400 milj
Hälsa och sjukvård	3.292
Sociala myndigheter	4.364
Kriminalitet	2.850
Forskning och förebyggande	479
Tidiga dödsfall	8.520
Förtidspension	3.177
Kriminalitet	614
Sjukfrånvaro	6.083

Effekt av insatser inom sjukvården

I en SBU-rapport från 2001 gick man bland annat igenom kunskapsläget av olika insatser genomförda på storkonsumenter inom sjukvården. Man fann 27 randomiserade studier och 18 av 25 studier (sammanlagt 7 800 patienter ingick) visade en signifikant positiv effekt. GT-prov togs i ett par studier och bekräftade en minskad rapporterad alkoholkonsumtion. I samtliga studier utan statistisk signifikant effekt fanns bättre resultat bland dem som fått intervention jämfört med kontrollgrupperna.

Alkoholrådgivning och dess effekt inom primärvården

I en Cochrane-studie 2007 gjordes en genomgång av 29 kontrollerade studier, varav 24 i primärvården. Tjugotvå var metaanalyser. Studierna utgår från patienter som själva sökt vården och där insatserna genomförts av ordinarie personal. Deltagarantalet var 7 600 med en genomsnittsålder av 42 år och med en genomsnittskonsumtion av 45 gram 100 % alkohol/dag (4,5 flaskor vin/vecka). En ökad rådgivning gav en måttlig ökad effekt med en genomsnittligt minskad alkoholkonsumtion motsvarande 62 gram. Resultaten visade att alkoholkonsumtionen minskade med 41 gram 100 % alkohol/vecka (en dryg halv flaska vin eller 2 burkar starköl). Effekten kvarstod vid uppföljning ett år senare i 17 av studierna och var den samma för primärvård och akutsjukvård. Dock var effekten hos kvinnor sämre med en minskning av 10 gram jämfört med männen som minskade med 57 gram.

Vid en studie i Malmö under tiden 1976-96 gjordes hälsoundersökningar med bl.a. det alkoholrelaterade GT-provet på sammanlagt 11 000 män. De patienter som visade upp ett högt GT-värde slumpades till antingen behandlings- eller kontrollgrupp. Behandlingen bestod i ett läkarbesök var tredje månad föregått av GT-prov, vars värde innebar ett ganska objektiva mått på alkoholkonsumtion veckorna innan. Resultatet visade att vård dagarna på sjukhus minskade med 60 %, dödligheten minskade med 50 % och sjukfrånvaron blev hela 80 % lägre (Kristenson et al 1983).

I en studie gjord i Värmland identifierades 78 patienter också med hjälp av bland annat GT-prover vid hälsoundersökning. Patienterna delades in i en insatsgrupp och en kontrollgrupp. Insatsen bestod av ett återbesök hos läkaren, lätt integrerad i rutinerna samt GT-provtagning. Resultatet visade att alkoholkonsumtionen minskade från 170 gram/dag till 101 gram/vecka och de alkoholrelaterade labbproverna minskade signifikant samt att sjukdagarna blev mindre i förhållande till kontrollgruppen (Persson et al 1989).

I en studie i primärvården i Stockholms län 1984-1985 identifierades 83 högkonsumer via enkätfrågor, blodprov med GT, mm. Patienter som hade allvarliga alkoholproblem uteslöts ur studien. Patienterna delades in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Insatserna var ett läkarbesök hos ordinarie läkare var tredje månad under ett år. Resultatet visade att GT-värdena sjönk från 2,3 till 1,9 i behandlingsgruppen och från 1,6 till 1,5 i kontrollgruppen. Alkoholkonsumtionen minskade från 35 gram till 28 gram i behandlingsgruppen och var oförändrad i kontrollgruppen. Skillnaderna var dock inte statistiskt signifikanta (Romelsjö et al 1989).

I en annan studie 1998 i Stockholms län utfördes insatser gjorda av sjuksköterskor. 2 300 personer i åldern 25-54 år genomgick en hälsoundersökning och av dessa hade 222 patienter ett högt GT-värde. Dessa randomiserades till en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp. Personer i behandlingsgruppen fick träffa en sjuksköterska var tredje månad med ett motiverande samtal och personer i kontrollgruppen fick ett läkarbesök utan specifik insats med alkoholrådgivning. Resultatet efter 2 år visade att GT-värdet minskade i behandlingsgruppen från 1,52 till 1,21 och ökade i kontrollgruppen från 1,75 till 2,16. I behandlingsgruppen minskade alkoholkonsumtionen från 337 gram 100 % alkohol/vecka till 228 gram/vecka (Tomson et al 1998).

Att upptäcka och samtala med patienter som har ett riskbruk

Det är vanligt att alkoholrelaterad ohälsa inte upptäcks i vården. Många gånger kan det bero på att patienten söker för annan ohälsa och att läkaren behandlar den ohälsa patienten söker för och därför inte upptäcker en överkonsumtion av alkohol. Läkaren kan även vara okunnig om att de aktuella symtomen kan vara alkoholrelaterade. Det kan även vara så att läkaren låter bli att ta upp frågan om alkohol, även om misstanke finns att problemen kan vara alkoholrelaterade. Det kan bero på stress, att läkaren känner att tiden inte skulle räcka till för ett sådant samtal innan nästa patient, eller att man känner sig okunnig om sättet att ställa frågor och bedöma och hantera svaret. Det kan också vara så att läkaren vill "skydda/inte skada" sin patient eller stöta sig med patienten. Det kan även bero på att läkaren associerar alkoholskador till tunga alkoholister och tänker inte på att välfungerande patienter kan ha alkoholrelaterade problem.

Då många hälsoproblem är alkoholrelaterade finns ofta skäl att fråga patienterna om dess alkoholvanor, och det kan nästan sägas att det är ett konstfel att inte göra det. Det finns olika metoder för att "screena" (identifiera) de patienter som sannolikt har ett alkoholproblem. En metod är att använda de tre första frågorna i AUDIT-instrumentet till samtliga patienter med frågorna: "Hur ofta dricker du

alkohol?”, ”Hur många glas dricker du en typisk dag?” samt ”Hur ofta dricker du sex eller fler sådana glas vid samma tillfälle?”, och sedan värdera svaren enligt AUDIT. Screeningfrågorna kan även kompletteras med ett labprov, exempelvis GT.

För några år sedan undersöktes hur ofta läkare frågar om alkohol. 2 115 män och 2 406 kvinnor i åldern 16-80 år intervjuades via en telefonintervju 2006. Studien ingår i de så kallade Monitor-undersökningarna som görs på SoRAD. Av alla patienter svarade 14 % att de hade fått svara på frågor om alkohol, 18 % män och 11 % kvinnor. Det var vanligare att yngre hade fått frågan. Några tog upp frågan själv, 2,5 % män och 1 % kvinnor och 3 % av männen och 0,5 % av kvinnorna fick råd om alkohol.

Idag har vi blivit bättre på att ta upp frågan om alkohol med patienter, mycket tack vare Riskbruksprojektet. I dag är det mer naturligt att fråga om alkohol, liksom om rök- och motionsvanor. Kunskapsläget är också bättre om riskerna med alkohol och möjligheter till insatser. Det är också mer naturligt att hjälpa patienter till förändring liksom det länge funnits stöd när det gäller diabetes och övervikt, och metoden ”motiverande samtal” har kommit att bli mer känd. Det är också mer vanligt idag att man integrerar korta, glesa och billiga vårdkontakter till mottagningen, i synnerhet som det finns ett starkt vetenskapligt stöd som styrker detta arbetssätt.

I ett motiverande samtal med patienten används öppna frågor för att få fram information. En koppling kan göras till alkoholen genom att utforska om patienten känner till något om hur alkohol kan påverka dennes hälsoproblem, utforska om patienten vill ha information om sambandet samt utforska vad patienten tänker om sin alkoholkonsumtion efter att information givits (om patienten ville ha information). Man bör även använda ett reflektivt lyssnande, det vill säga återberätta för patienten det patienten säger dig. Använda ett empatiskt förhållningssätt och bekräfta att du hört och förstått patienten samt locka fram och lyft fram de förändringar patienten själv förmedlar. Lägg upp en åtgärdsplan utifrån patientens egna behov samt boka in ett uppföljningsbesök (Wåhlin 2009).

Alkohollinjen

Det finns olika typer av alkoholrådgivning att erbjuda patienterna idag, ett av dem är Alkohollinjen (bild 30). Alkohollinjen är en telefonlinje som ger stöd per telefon för den som vill ha hjälp att förändra sina alkoholvanor eller för en anhörig som behöver stöd. Den är kostnadsfri och det går att vara anonym. Trots det väljer 85 % att lämna antingen namn, adress, personnummer eller telefonnummer.

Bild 30. Bild på Alkohollinjens logga.



Metoden som används vid samtal med den som ringer bygger på det motiverande samtalet (MI). Syftet är att öka individens motivation och förmåga till förändring. Behandlingen anpassas efter hur allvarliga alkoholproblemen är och vilka förändringar individen är beredd att genomföra. För vissa kan det räcka med ett ensamtal, andra kan behöva få stöd vid flera tillfällen. Den som kontaktar Alkohollinjen kan välja mellan att ringa själv vid behov eller att bli uppringd av en rådgivare på överenskomna tider. Cirka 65 % ringer bara en gång och drygt 20 % har mer än tre samtal.

Bland rådgivarna finns allmänläkare, hälsopedagoger, folkhälsovetare, psykologer, sjuksköterskor och socionomer. Alkohollinjen öppnade 2007 och drivs av den Samhällsmedicinska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset. Erfarenheter från Sluta-Röka-Linjen har bidragit till utvecklingen av Alkohollinjen.

Slutsatser

Alkohol är fortfarande eftersatt i förhållande till tobak och fysisk aktivitet när det gäller bedömning och insatser inom vården. Andelen vårdcentraler som har rutin och program för alkohol varierar mellan landstingen, från 48 % till 100 %. Förhållandevis få vårdcentraler använder sig av ett bedömningsinstrument, t.ex. AUDIT eller motiverande samtal.

Det finns dock stora möjligheter att inom sjukvården kunna identifiera problemet och att hjälpa storkonsumenter som ännu inte utvecklat beroende. Även om en rätt stor andel patienter idag får frågor om alkoholvanor (480 000 patienter) och ganska många även får råd att minska sin konsumtion (69 000) är det många med alkoholrelaterade symptom som inte tillfrågas, och många högkonsumenter som inte får råd. Det är en viktig uppgift för vården att öka denna andel.

Referenser

Andréasson S., Allebeck P. *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Statens folkhälsoinstitut. R 2005:11

Kristenson H., Öhlin H., Hultén-Nosslin MB et al. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983;7:203-9

Persson J., Magnusson PH. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol*. 1989 Sep-Oct;6(5):403-8.

Romelsjö A., Andersson L., Barrner H et al. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care. *Br J Addict*. 1989 Nov;84(11):1319-27. Erratum in: *Br J Addict* 1990 Mar;85(3):431.

SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym I*. Stockholm: SBU (Rapport No 156/I).

Tomson Y., Romelsjö A., Åberg H. Excessive drinking- brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 1998 Sep;16(3):188-92.

Wåhlin. Att samtala om alkohol. *Läkartidningen* 2009;106:2289-93.

ISBN: 978-91-86313-30-2

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**