

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014

Sjukdomsförebyggande metoder

Indikatorer och underlag för bedömningar

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Artikelnummer 2015-1-11
Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2015

Förord

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

Resultaten i utvärderingen presenteras i två rapporter. Denna underlagsrapport innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Resultaten sammanfattas också i rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*, som även innehåller Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer.

Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård. Den kan även vara till nytta för patientföreningar, vårdprofessioner och medier.

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

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
Socialstyrelsens rekommendationer	7
Inledning	9
Beskrivning av uppdraget	9
Levnadsvanor i fokus	9
Samtalsmetoder är grunden för åtgärderna	10
Ett hälsofrämjande förhållningssätt stödjer patienten	10
Syfte och avgränsningar	10
Intressenter	11
Samverkan och kommunikation	11
Rapportens disposition	12
Metod	13
Förutsättningar för uppföljning	13
Datakällor	14
Principer för resultatredovisningen	17
Befolkningens levnadsvanor och attityder	18
Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade	18
Stöd från hälso- och sjukvården	25
Vårdpersonalens och chefernas syn på arbetet med levnadsvanor	29
Landstingens förändringsarbete	37
Strukturer för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor	45
Utmaningar och stödjande faktorer i implementeringen	60
De åtgärder patienterna har fått	62
Rekommenderade åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor	62
Vilka åtgärder har patienterna fått?	64
Sjukdomsförebyggande åtgärder inom primärvården	66
Sjukdomsförebyggande åtgärder inom den somatiska öppenvården	78
Sjukdomsförebyggande åtgärder inom den psykiatriska öppenvården	83
Sjukdomsförebyggande åtgärder inför planerad operation	89
Sjukdomsförebyggande åtgärder för gravida	92
Hur kan uppföljningen förbättras?	98
Sjukdomsförebyggande arbete inom kommunal hälso- och sjukvård ...	103

Referenser	107
Bilaga 1. Projektorganisation.....	108
Bilaga 2. Beskrivning av samtalsmetoder	109
Bilaga 3. Landstingens arbete med sjukdomsförebyggande metoder – enkätstudie december 2013.....	111

Sammanfattning

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

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

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

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

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

Socialstyrelsens rekommendationer

I utvärderingen lyfter Socialstyrelsen fram följande förbättringsområden:

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

Ny utvärdering inom några år

Utvärderingen visar att många landsting har vidtagit en rad åtgärder för att stärka det sjukdomsförebyggande arbetet. En viss tröghet i landstingens styr-

processer gör dock att det tar tid innan åtgärderna får fullt genomslag i hälso- och sjukvården, i synnerhet då landstingens alla verksamheter omfattas av riktlinjerna. Detta innebär också att effekten av den nationella satsningen på att stödja införandet av de nationella riktlinjerna inte kommer att bli tydlig förrän om ett par år.

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

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

Inledning

Beskrivning av uppdraget

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

Den här rapporten ingår i en serie av nationella utvärderingar som utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Utgångspunkten är de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder från år 2011. Utvärderingen har gjorts inom ramen för regeringens uppdrag att stödja införandet av de nationella riktlinjerna. I det uppdraget ingår även att utveckla metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning. Arbetet med detta har skett parallellt med utvärderingen.

Socialstyrelsen har tidigare publicerat utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer inom hjärtsjukvård [1], psykiatrisk vård [2,7], strokevård [3], diabetesvård [4], cancervård [5], tandvård [6], vård och omsorg vid demenssjukdom [8] samt vård vid rörelseorganens sjukdomar [9].

Levnadsvanor i fokus

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

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

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

Samtalsmetoder är grunden för åtgärderna

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården ska använda någon form av rådgivning eller samtal för att hjälpa patienten att förändra sin ohälsosamma levnadsvana. Åtgärderna har delats upp i tre nivåer – *enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal* (åtgärderna beskrivs mer utförligt i bilaga 2). Indelningen grundas på flera aspekter, som åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning.

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

Ett hälsofrämjande förhållningssätt stödjer patienten

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

Rådgivande samtal kan vara mer eller mindre hälsofrämjande. Med hälsofrämjande samtal menas att de stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den. Ett hälsofrämjande samtal stärker patientens egenmakt (empowerment) och gör att patienten får en central roll i sin egen hälsoutveckling. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i ett sådant samtal är framför allt att ge patienten kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling. Det innebär att samtalet utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan, och som tar hänsyn till patientens motivation till förändring.

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

Syfte och avgränsningar

Rapportens syfte

Rapporten är en utvärdering av landstingens och regionernas strukturer, processer och resultat för arbete med sjukdomsförebyggande metoder. Syftet med rapporten är att jämföra och utvärdera svensk hälso- och sjukvård utifrån följande frågor:

- Bedrivs arbete med sjukdomsförebyggande metoder i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer?
- Bedrivs arbete med sjukdomsförebyggande metoder i enlighet med de sex kriterierna för en god vård och omsorg, det vill säga är vården kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik samt tillgänglig?

I rapporten ger Socialstyrelsen, utifrån det som kommit fram i utvärderingen, rekommendationer om vilka områden som behöver förbättras.

Rapportens avgränsningar

Utvärderingen omfattar huvudsakligen den del av hälso- och sjukvården som bedrivs inom landsting och regioner, och endast till en begränsad del den kommunala hälso- och sjukvården. Utvärderingen har avgränsats till att endast behandla personer som är 18 år och äldre, vilka fortsättningsvis kallas för vuxna.

Intressenter

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

Samverkan och kommunikation

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

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

Rapportens disposition

Kapitlet *Metod* beskriver hur underlaget till rapporten samlats in genom enkäter. Målgruppen för enkäterna var olika yrkesgrupper och chefer inom hälso- och sjukvården, landstingsledningar samt befolkningen

Resultaten från enkäterna presenteras, tillsammans med andra underlag, i fem kapitel. Det första av dem handlar om befolkningens hälsa och attityder, det andra om vårdpersonal och chefer och de följande tre om olika aspekter av arbetet i landstingen.

I kapitlet *Ohälsosamma levnadsvanor – förekomst och befolkningens attityder* presenteras förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen samt deras attityder till och erfarenheter av hur hälso- och sjukvården arbetar med stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

I kapitlet *Vårdpersonalens och chefers attityder och arbetssätt med levnadsvanor* redovisas olika yrkesgruppers syn på och erfarenheter av att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder.

I kapitlet *Vilket förändringsarbete har landstingen inlett?* beskrivs de insatser som landstingen har genomfört för att implementera riktlinjerna i den egna verksamheten.

Kapitlet *Strukturer för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor* handlar om hur landstingens strukturer för det sjukdomsförebyggande arbetet ser ut, till exempel i form av organisation och kompetens.

Kapitlet *Landstingens sjukdomsförebyggande åtgärder* innehåller en beskrivning av de individuella åtgärder som landstingen har vidtagit för att förändra patienternas levnadsvanor.

Slutligen innehåller rapporten två bilagor. *Bilaga 1* innehåller en beskrivning av olika former av rådgivande samtal, medan *Bilaga 2* beskriver hur landstingen arbetar med levnadsvanor.

Enkäterna till landstingsledningar, vårdpersonal och chefer samt befolkningen finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats (<http://www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering>).

Metod

I det här kapitlet redovisas det underlag som ligger till grund för utvärderingen och jämförelserna. Först presenteras förutsättningarna för undersökningen och de indikatorer som följs upp. Därefter beskrivs hur data har samlats in genom olika enkätundersökningar. Slutligen följer en presentation av de olika nationella register som också använts som datakällor.

Förutsättningar för uppföljning

Enligt *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* kan en stor del av den samlade sjukdomsburden tillskrivas fyra levnadsvanor: tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol samt ohälsosamma matvanor [10]. Indikatorerna i de nationella riktlinjerna utgår ifrån dessa fyra levnadsvanor och handlar om vilka åtgärder patienterna inom hälso- och sjukvården har fått för att förändra en ohälsosam levnadsvana, samt om åtgärderna har lett till önskat resultat.

Målet med denna rapport är att följa upp hur landstingen arbetar med sjukdomsförebyggande metoder, med fokus på hur de förhåller sig till Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området. Utgångspunkten för uppföljningen är de indikatorer som finns i riktlinjerna, indikatorer som ofta baserar sig på registerdata.

Som datakälla för indikatorerna anges i samtliga fall patientregistret. I dagsläget är det dock inte möjligt att använda patientregistret som en datakälla för att följa upp indikatorerna. Detta beror på att insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare och uppgifter om primärvården inte får samlas in enligt gällande lagstiftning. En förutsättning för att kunna följa upp landstingens sjukdomsförebyggande åtgärder är att även dessa uppgifter rapporteras till patientregistret.

Vi har i stället valt att samla in uppgifter direkt från landstingen. Uppgifterna samlades in via en enkät, där vi efterfrågade aggregerad data om hur många patienter som fått åtgärder när det gäller olika levnadsvanor. Det har dock inte varit möjligt att följa upp indikatorerna som handlar om huruvida åtgärderna har lett till några resultat.

Förhoppningen är att förutsättningarna att följa upp landstingens sjukdomsförebyggande arbete kommer att förbättras framöver. I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ingår bland annat att utveckla metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning [11]. Det pågår också ett utvecklingsarbete kring patientregistret, där möjligheten att registrera åtgärder från andra yrkeskategorier än läkare prövas. Det finns också förslag på att utveckla patientregistret till att även omfatta primärvårdens insatser [12].

Datakällor

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

Enkätundersökningar

Vårdpersonalens och chefernas syn på arbetet med levnadsvanor

För att ta reda på vårdpersonalens syn på och erfarenheter av att arbeta med levnadsvanor genomfördes två enkätundersökningar; en riktad till vårdpersonalen och en till chefer inom hälso- och sjukvården. Den första enkätundersökningen genomfördes under hösten 2012 och den andra under hösten 2014.

Undersökningen genomfördes av Statistiska centralbyrån i form av postala enkäter. Urvalsramen var Yrkesregistret från år 2010 respektive 2012. År 2012 drogs urvalet för vårdpersonalen efter åtta yrkeskategorier med 385 personer i varje, utom för dietister där urvalet var 305 personer. År 2014 utökades urvalet till 585 personer, utom för dietister där urvalet var 320 personer och dessutom lades yrkeskategorin distriktssköterska till. För cheferna stratifierades urvalet utifrån om man var högre eller lägre chef. Bägge grupper bestod av 450 personer, och urvalsstorleken var densamma bägge åren.

Den första undersökningsperioden var september till oktober 2012. Efter två påminnelser var svarsfrekvensen 67 procent (vårdpersonal) respektive 68 procent (chefer). År 2014 var undersökningsperioden augusti till september och svarsfrekvensen var 64 (vårdpersonal) respektive 52 procent (chefer).

Enkäten till vårdpersonalen innehöll totalt 21 frågor och enkäten till cheferna 20 frågor.

Landstingens strukturer och implementeringsåtgärder

För att kartlägga hur landstingen arbetar med levnadsvanor, till exempel hur organisationen, kompetensen, resurserna och rutinerna kring arbetet ser ut, genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning i december år 2013. I enkäten ombads landstingen även besvara frågor om hur de nationella riktlinjerna tagits emot och implementerats i landstingsledningen.

Enkäten skickades ut via e-post till hälso- och sjukvårdsdirektörerna i samtliga landsting och regioner. Samtliga 21 landsting besvarade enkäten. Enkäten innehöll totalt 21 frågor och det fanns möjlighet att lämna kommentarer på varje fråga.

Landstingens åtgärder till patienter

För att följa upp vilka sjukdomsförebyggande åtgärder landstingen vidtagit på individnivå har en del uppgifter hämtats från Socialstyrelsens patientregister. För att få en mer heltäckande bild skickade Socialstyrelsen i april 2014 ut en enkät till landstingen, där de ombads ta fram aggregerade data från journalsystemen för den specialiserade öppenvården respektive primärvården.

Femton landsting besvarade enkäten, men alla hade inte möjlighet att lämna samtliga uppgifter som efterfrågades.

I enkäten ombads landstingen lämna in uppgifterna uppdelade på män och kvinnor. Flertalet landsting kunde dock inte lämna könsuppdelade uppgifter, vilket gör att könsuppdelade uppgifter inte redovisas i rapporten.

Socialstyrelsens frågor till befolkningen

För att få bättre kunskap om befolkningens syn på hälso- och sjukvårdens möjligheter att bidra till att stödja en önskad levnadsvaneförändring ställde Socialstyrelsen ett antal frågor direkt till befolkningen. Befolkningsundersökningen var en del av SCB:s Omnibus hösten 2012, där populationen utgjordes av personer i åldern 18–74 år som är folkbokförda i Sverige. En postal enkät skickades till ett slumpmässigt urval om 2 000 personer och svarsfrekvensen blev 53 procent. Denna undersökning upprepades hösten 2014, men då i Socialstyrelsens regi med ett urval om 3 000 personer. Svarsfrekvensen blev 48 procent.

Sjukdomsförebyggande arbete inom kommunal hälso- och sjukvård

På Socialstyrelsens uppdrag genomförde Ramböll en kartläggning under hösten 2014 för att följa upp hur det sjukdomsförebyggande arbetet bedrivs inom den kommunala hälso- och sjukvården. Studien riktade sig till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) samt verksamhetschefer/medicinskt ledningsansvariga inom elevhälsan. Studien bestod dels av intervjuer med ett urval personer i målgruppen, dels två postala enkäter; en till MAS och MAR inom den kommunala hälso- och sjukvården samt en till verksamhetschefer för elevhälsan. Svarsfrekvensen i enkätundersökningen till MAS och MAR var 59 procent, och inom elevhälsan 35 procent.

Underlag från andra enkätundersökningar

Hälsa på lika villkor

Enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor* genomförs årligen av Folkhälsomyndigheten. Syftet är att mäta hur befolkningen mår och följa förändringar i hälsa över tid. Enkäten omfattar ett urval om 20 000 personer mellan 16 och 84 år och 2013 var svarsfrekvensen cirka 50 procent. För mer information om undersökningen se www.folkhalsomyndigheten.se.

I denna utvärdering presenteras resultat från *Hälsa på lika villkor* för att beskriva hälsoläget i befolkningen per landsting.

Vårdbarometern

Vårdbarometern är en enkätundersökning som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen genomförs årligen i alla landsting. Vårdbarometern har varit en årlig mätning sedan år 2001. Mer information om Vårdbarometern finns på www.skl.se.

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården är viktigt att följa för att beskriva hur väl vården fungerar. Uppgifterna som

redovisas i denna rapport avser år 2013 och datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med cirka 41 000 slumpvis utvalda individer. Svarsfrekvensen var 63 procent.

Resultaten från Vårdbarometern används här för att beskriva befolkningens inställning till hälso- och sjukvårdens arbete med levnadsvanor.

Nationell patientenkät

Den nationella patientenkäten belyser patienternas erfarenheter av det senaste besöket eller vårdtillfället. År 2013 skickades cirka 265 000 enkäter till slumpvis utvalda patienter som gjort ett läkarbesök inom primärvården. Svarsfrekvensen för riket var 53 procent och det är enbart resultaten för patienter som är 16 år eller äldre som redovisas här. Mer information om den nationella patientenkäten finns på www.skl.se.

I denna utvärdering redovisas resultat från den nationella patientenkäten för att beskriva huruvida patienten hade fått ett samtal om levnadsvanor eller inte.

Socialstyrelsens individbaserade register

Socialstyrelsen ansvarar för ett antal hälsodataregister och socialtjänstregister som används för att följa och analysera utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Patientregistret

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister och det innehåller personnummerbaserade uppgifter om individers vårdkontakter och diagnoser. Det innehåller också uppgifter om yttre orsaker till sjukdom och död samt vidtagna vårdåtgärder.

Patientregistret omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare, både i den öppna och slutna specialiserade vården. Registret omfattar i dagsläget inte primärvården, eller uppgifter om insatser som gjorts av andra yrkesgrupper än läkare inom den specialiserade öppenvården.

Registret uppdateras årligen. När databearbetningar för denna rapport genomfördes fanns det tillgängliga rikstäckande uppgifter till och med 2013.

I utvärderingen används uppgifter från Patientregistret för att beskriva det sjukdomsförebyggande arbetet inom den specialiserade slutenvården.

Medicinska födelseregistret

Sedan 1973 finns det ett medicinskt födelseregister över graviditeter som lett till förlossning i Sverige. Registret innehåller uppgifter om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn som rapporteras av mödrahälsovården, förlossningsvården och nyföddhetsvården.

De uppgifter som ingår är bland annat kvinnans tidigare graviditeter, rökning, smärtlindring, förlossningssätt, diagnoser hos moder och barn samt barnets tillstånd vid födelsen.

I denna rapport utgör födelseregistret ett underlag för analys av kvinnors tobaksbruk under graviditet.

Nationella kvalitetsregister

Det finns ett hundratal kvalitetsregister med nationell finansiering. Nationella kvalitetsregister skiljer sig från Socialstyrelsens hälsodataregister på flera områden. För det första är inrapporteringen av uppgifter till hälsodataregister obligatorisk medan hälso- och sjukvården själva kan välja om de vill rapportera till kvalitetsregister eller inte. Dessutom har patienterna möjlighet att avböja registrering i ett kvalitetsregister, en möjlighet som inte finns när det gäller Socialstyrelsens hälsodataregister.

Graviditetsregistret

Graviditetsregistret startade 1 januari 2013 och är en sammanslagning av Mödrahälsovårdsregistret, Fosterdiagnostikregistret och Obstetriska registret. Arbetet med att samordna de befintliga registren pågår fortfarande. Uppgifter från landstingens journalsystem överförs automatiskt till registret. Sedan den 1 januari 2014 deltar alla landsting i registret, vilket innebär att de flesta gravida kvinnor som skrivs in vid mödrahälsovården ingår.

Syftet med registret är att ge underlag för kvalitetsförbättring och forskning som ökar kvaliteten inom mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård.

Principer för resultatredovisningen

I rapporten presenteras och jämförs uppgifterna utifrån organisatorisk nivå (riket respektive landsting/region) samt där det är möjligt även patientkarakteristika så som ålder, kön och utbildning. Syftet med att jämföra uppgifterna på dessa nivåer är att synliggöra eventuella ojämlikheter i arbetet med sjukdomsförebyggande metoder.

Diagrammen visar en viss rangordning av landstingen. Principen är att det starkaste resultatet finns högst upp i diagrammet och det svagaste finns längst ner. Där det inte går att värdera resultaten rangordnas de i stället utifrån principen högsta till lägsta värde. Syftet med rangordningen är inte primärt att ställa olika landsting mot varandra utan att synliggöra de variationer som finns i landet.

I nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder föreslås ett antal utvecklingsindikatorer. De är indikatorer där möjligheten för uppföljning med hjälp av nationella datakällor saknas i nuläge.

I rapporten kommer fortsättningsvis beteckningen landsting även att användas för Region Halland, Region Gotland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Landstingen benämns oftast dessutom enbart med den geografiska delen av namnet.

Befolkningens levnadsvanor och attityder

Detta kapitel inleds med en presentation av förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen. Därefter redovisas befolkningens syn på vikten av att diskutera levnadsvanor i mötet med hälso- och sjukvården och erfarenheter av detta.

Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade

Till de riskfaktorer som orsakar en stor del av sjukdomsburden i Sverige hör tobak, lågt intag av frukt och grönsaker, fysisk inaktivitet och alkohol. För alla riskfaktorerna utom för alkohol gäller att andelen i befolkningen är högre bland personer med låg utbildning än för personer med hög utbildning. Män- niskors utbildning påverkar en mängd aspekter av deras livsvillkor och lev- nadsvanor.

Eftersom ohälsosamma levnadsvanor påverkar den samlade sjukdomsbur- den är det av intresse att följa befolkningens rapportering om ohälsosamma levnadsvanor. I följande fyra avsnitt redovisas statistik över andelen i befolk- ningen som har sådana vanor, det vill säga som

- är dagligrökare
- har riskfyllda alkoholvanor
- har en stillasittande fritid
- äter för lite frukt och grönsaker.

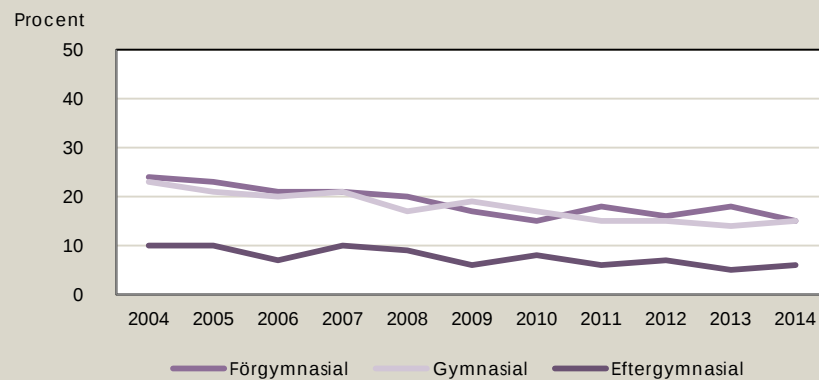
Uppgifterna som presenteras i diagrammen är hämtade från den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*. Resultaten per landsting redovisas i avsnittet *Sjukdomsförebyggande åtgärder*, där vidtagna åtgärder sätts i relat- ion till förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen.

De flesta dagligrökare vill sluta röka

Tio procent av befolkningen är dagligrökare. Denna andel har sjunkit sakta under hela 2000-talet, något mer för män än för kvinnor (diagram 1 och 2). Skillnaderna är stora mellan personer med olika lång utbildning, framför allt bland män.

Diagram 1. Dagligrökande kvinnor

Andel dagligrökande kvinnor, 16-84 år, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*

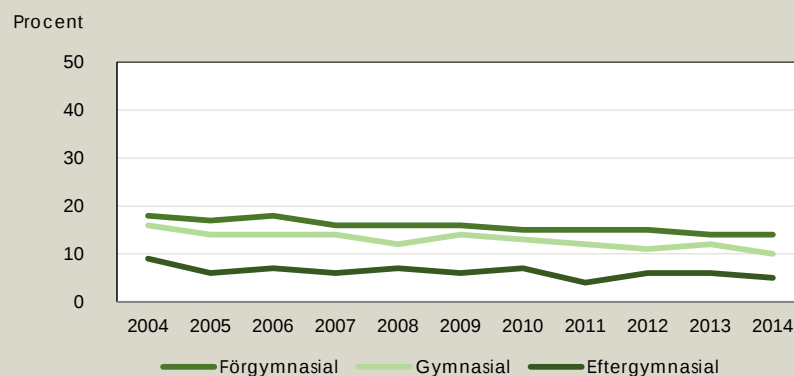


*16-74 år före 2010

Källa: Hälsa på lika villkor.

Diagram 2. Dagligrökande män

Andel dagligrökande män, 16-84 år, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*



*16-74 år före 2010

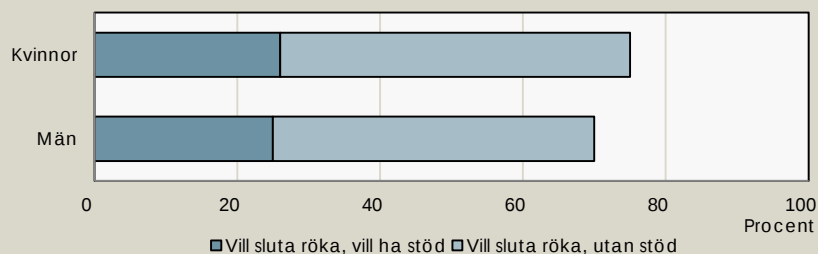
Källa: Hälsa på lika villkor.

I folkhälsoenkäten finns också frågor som handlar om viljan att förändra en ohälsosam levnadsvana och behovet av stöd för detta.

Resultatet visas i diagram 3. Drygt 70 procent av alla dagligrökare vill sluta röka och drygt en tredjedel av dessa önskar stöd för detta.

Diagram 3. Vilja att sluta röka

Andel personer som vill sluta röka, grupperat efter kön, baserat på urvalsdata från år 2014.



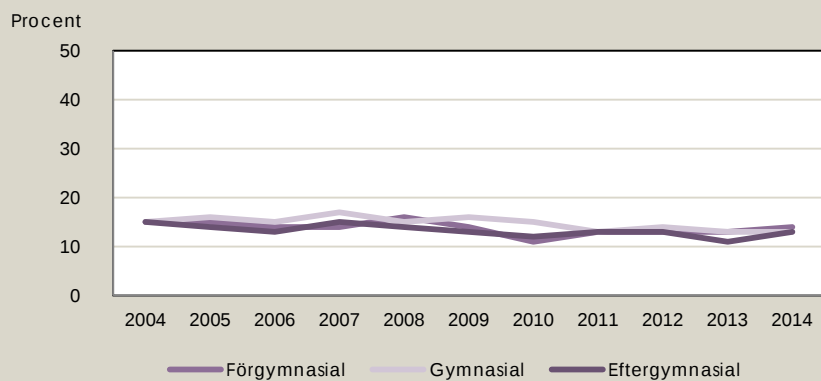
Källa: Hälsa på lika villkor.

Var tredje vill minska sin alkoholkonsumtion

Var femte man och drygt var tionde kvinna har riskfyllda alkoholvanor. Andelen har minskat något under den senaste tioårsperioden, både för män och för kvinnor. Alkoholvanorna skiljer sig inte åt mellan personer med olika utbildningsbakgrund (diagram 4 och 5).

Diagram 4. Kvinnor som är riskkonsumenter av alkohol

Andel kvinnor som är riskkonsumenter av alkohol, 16-84 år, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*

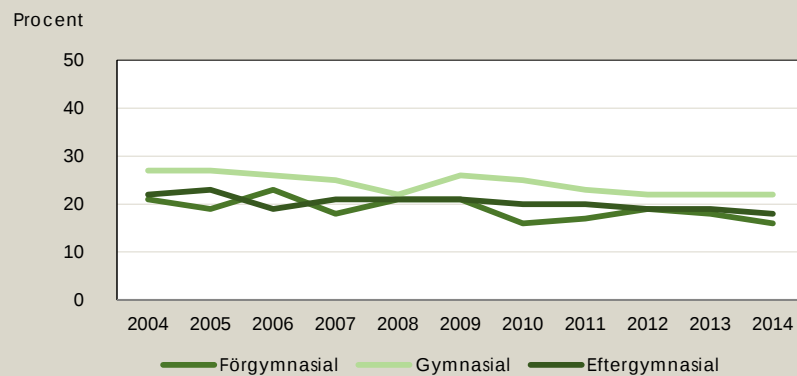


*16-74 år före 2010

Källa: Hälsa på lika villkor.

Diagram 5. Män som är riskkonsumenter av alkohol

Andel män som är riskkonsumenter av alkohol, 16-84 år, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*



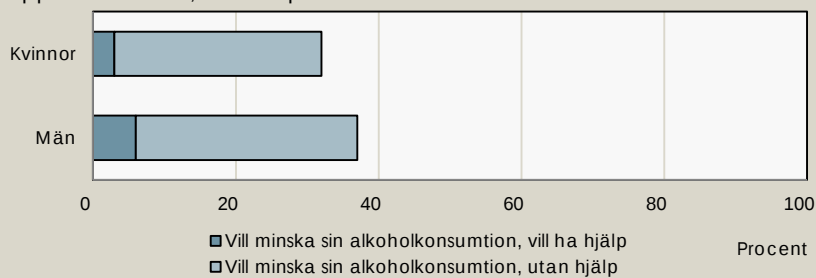
*16-74 år före 2010

Källa: Hälsa på lika villkor.

Var tredje person av de som har riskfyllda alkoholvanor svarar att de vill minska sin alkoholkonsumtion, men endast en femtedel av dessa personer anger att de har behov av stöd. Bland de riskkonsumenter som är 45 år och äldre anger hälften att de vill minska sin alkoholkonsumtion.

Diagram 6. Vill minska sin alkoholkonsumtion

Andel personer som är riskkonsumenter av alkohol som vill minska sin konsumtion, grupperat efter kön, baserat på urvalsdata från 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor.

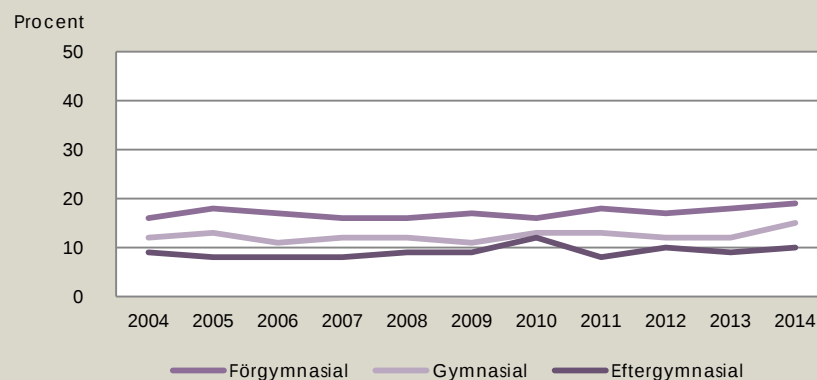
Fysiskt inaktiva vill röra sig mer

Knappt 15 procent av befolkningen har en stillasittande fritid (diagram 7 och 8). Andelen är lika stor bland män och kvinnor. Andelen fysiskt inaktiva har varit relativt konstant under de senaste tio åren.

Personer med kortare utbildning har otillräcklig fysisk aktivitet i högre grad än personer med längre utbildning.

Diagram 7. Kvinnor med stillasittande fritid

Andel kvinnor, 16-84 år, med stillasittande fritid, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*

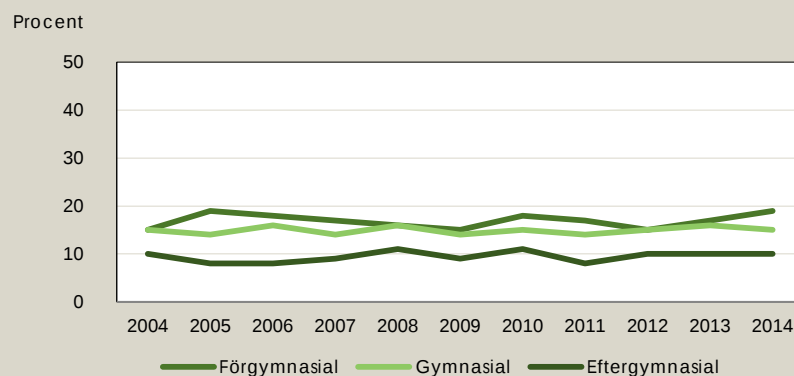


*16-74 år före 2010

Källa: Hälsa på lika villkor.

Diagram 8. Män med stillasittande fritid

Andel män, 16-84 år, med stillasittande fritid, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*



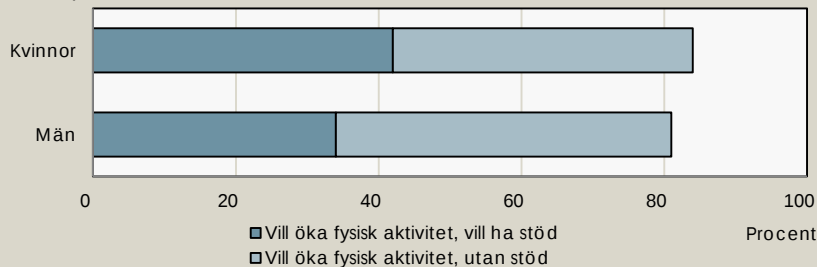
*16-74 år före 2010

Källa: Hälsa på lika villkor.

Bland de som har en stillasittande fritid vill fyra av fem öka sin fysiska aktivitet, och närmare hälften vill ha stöd för detta. Kvinnor svarar oftare än män att de har behov av stöd (diagram 9).

Diagram 9. Vill öka sin fysiska aktivitet

Andel stillasittande personer som vill öka sin fysiska aktivitet, grupperat efter kön, baserat på urvalsdata från 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor.

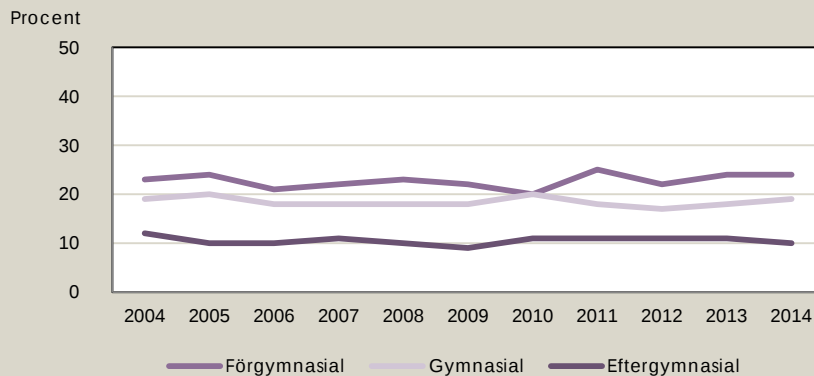
Många äter för lite frukt och grönsaker

En fjärdedel av alla invånare äter för lite frukt och grönsaker. Det är dubbelt så vanligt bland män som kvinnor. Andelen som äter för lite frukt och grönt har inte förändrats under det senaste decenniet.

Utbildningen spelar stor roll för kostvanorna; andelen som inte äter tillräckligt mycket frukt och grönsaker är betydligt högre bland lågutbildade än bland högutbildade (diagram 10 och 11).

Diagram 10. Kvinnor som äter för lite frukt och grönt

Andel kvinnor som äter för lite frukt och grönt, 16-84 år, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*

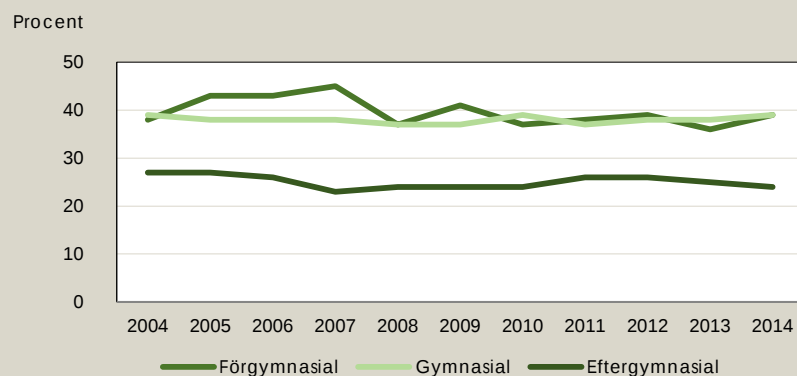


*16-74 år före 2010

Källa: Hälsa på lika villkor.

Diagram 11. Män som äter för lite frukt och grönt

Män som äter för lite frukt och grönt, 16-84 år, indelat efter utbildningsnivå, genomsnittsvärden baserat på urvalsdata.*



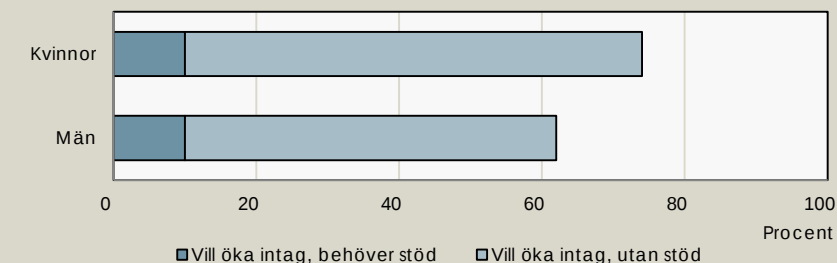
*16-74 år före 2010

Källa: Hälsa på lika villkor.

Bland de som äter för lite frukt och grönt svarar tre fjärdedelar av kvinnorna och två tredjedelar av männen att de vill äta mer frukt och grönsaker. Knappt var femte uppger att de vill ha stöd för att ändra sina matvanor.

Diagram 12. Vill öka sitt intag av frukt och grönt

Andel personer som äter lite frukt och grönt (0-1,3 ggr per dag), som vill öka sitt intag av frukt och grönt, grupperat efter kön, baserat på urvalsdata från 2014.

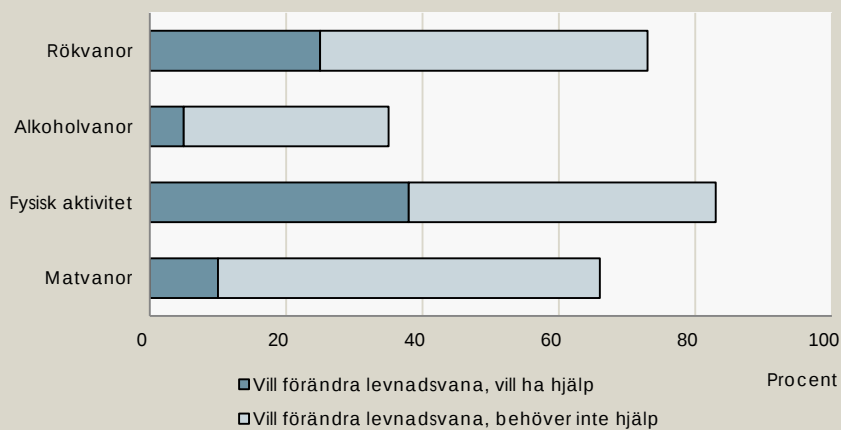


Källa: Hälsa på lika villkor.

Diagram 13 visar andelen som vill förändra olika levnadsvanor, och i vilken utsträckning man önskar stöd för detta. Det är vanligast att personer som är fysiskt inaktiva vill ändra sin levnadsvana, och det är också i denna grupp som flest vill ha stöd till förändringen. När det gäller alkohol är andelen avsevärt mindre, och endast en liten del vill ha stöd.

Diagram 13. Andel som vill förändra levnadsvana

Andel personer som vill förändra levnadsvana, baserat på urvalsdata från 2014.



Källa: Hälsa på lika villkor.

Stöd från hälso- och sjukvården

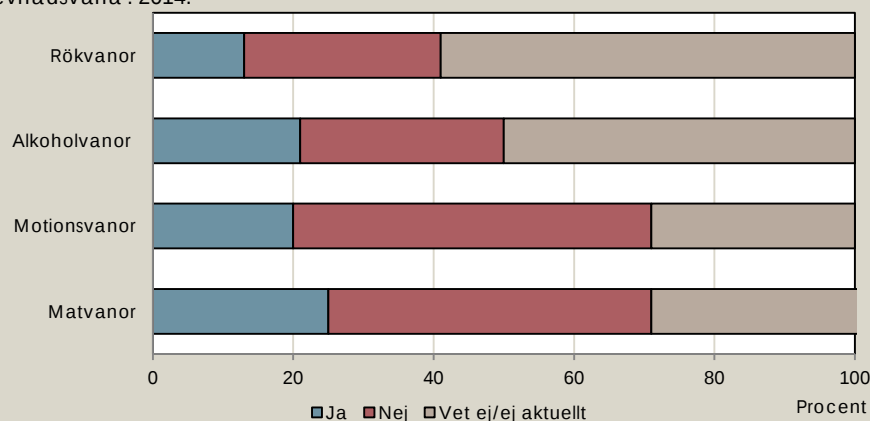
Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* visar att en ungefär en tredjedel av de som har en ohälsosam levnadsvana skulle vilja ha stöd för att förändra denna. För att ta reda på om folk skulle vända sig till hälso- och sjukvården för sådan hjälp, lät Socialstyrelsen göra en undersökning där den frågan ställdes. Resultaten visar att andelen som skulle söka sig till vården för stöd varierar beroende på vilken levnadsvana det handlar om. Var fjärde person i befolkningen skulle vända sig till sjukvården om de skulle känna behov att ändra sina matvanor. Var femte skulle göra det för att få stöd att ändra alkoholvanor. Samma andel gäller motionsvanor. För tobaksvanor är det drygt var tionde. Dessa siffror gäller hela befolkningen i stort, inte bara för de som har en ohälsosam vana.

Bland de som anser att frågan är aktuell skulle närmare varannan vända sig till vården för att få hjälp med att förändra alkoholvanor och var tredje för att få hjälp med att förändra de övriga levnadsvanorna.

Viljan att vända sig till hälso- och sjukvården för stöd varierar också i olika befolkningsgrupper. Kvinnor vill i högre grad vända sig till vården för att få hjälp med att förändra matvanor och yngre personer är mer benägna för att söka hjälp för att förändra alkoholvanor. Personer som är födda utanför Sverige vill oftare vända sig till vården än övriga för att få hjälp med att ändra såväl rök- som motionsvanor.

Diagram 14. Vill vända sig till hälso- och sjukvården

Andelen i befolkningen 18-84 år efter huruvida de skulle vända sig till hälso- och sjukvården om de skulle vilja diskutera att ändra någon levnadsvana . 2014.



Källa: Socialstyrelsens 2014.

I enkäten ställdes också frågor om eventuella kontakter med hälso- och sjukvården under de senaste sex månaderna och huruvida man då hade diskuterat levnadsvanor. Drygt hälften av befolkningen hade haft en vårdkontakt under den tidsperioden. Av de som har besökt vården anger en tredjedel att de har diskuterat levnadsvanor med läkare eller annan vårdpersonal. Av dessa uppger hälften att de själva har tagit upp frågan med vårdpersonalen. För två tredjedelar har samtalet resulterat i någon åtgärd.

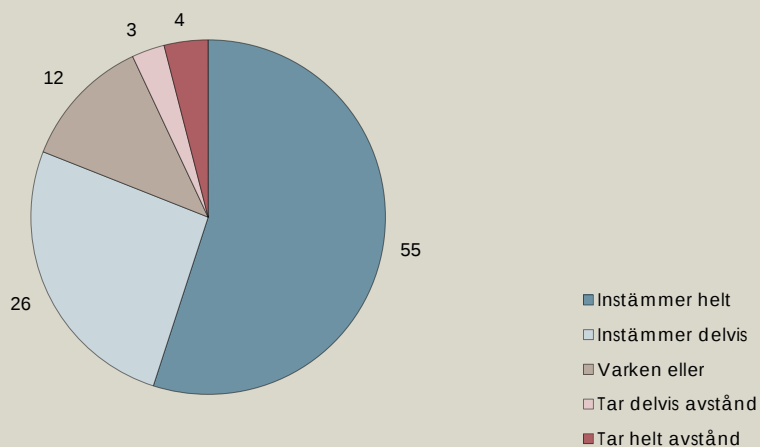
Alla som har diskuterat levnadsvanor med vårdpersonalen är övervägande mycket positiva till samtalet; nio av tio förstod varför ämnet togs upp, kände sig respektfullt bemötta och tyckte att vårdpersonalen hade lyssnat på dem.

Befolkningen positiv till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor

För att hitta de personer som kan behöva stöd för att ändra sina levnadsvanor är det viktigt att vårdpersonalen tar upp frågor om levnadsvanor vid vårdkontakt. Enligt Vårdbarometern 2013 är fyra av fem invånare positiva till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor vid besök i vården (diagram 15).

Diagram 15. Positivt att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor

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



Källa: Vårdbarometern 2013.

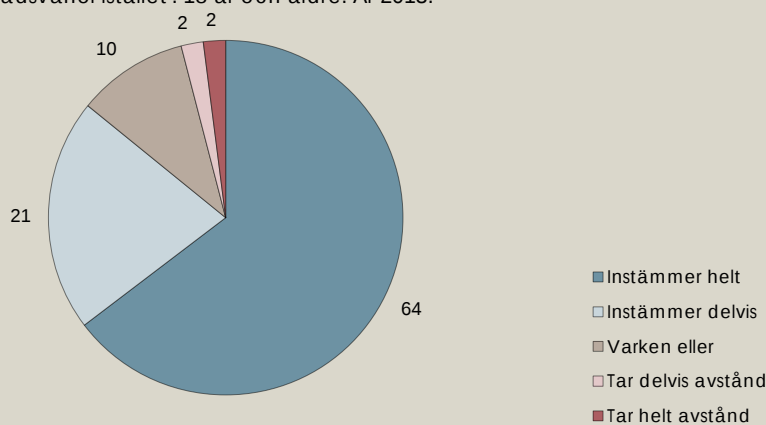
Personer med lägre utbildning är mindre positiva till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor än vad personer med högre utbildning är. Detsamma gäller personer som uppskattat sin hälsa som dålig, dessa är i mindre grad positiva till att diskutera sina levnadsvanor.

Förändring av levnadsvanor som alternativ till läkemedelsbehandling

Det finns flera tillstånd och sjukdomar där hälsosamma levnadsvanor kan förhindra sjukdom och där förändrade levnadsvanor kan ge en förbättring som är likvärdig den vid läkemedelsbehandling. Det gäller till exempel högt blodtryck, diabetes typ-2, benskörhet, övervikt och fetma. I flera landsting ingår rådgivning om levnadsvanor i landstingens läkemedelsrekommendationer. En majoritet av befolkningen är positiv till att vårdpersonalen ger stöd till levnadsvaneförändringar framför att skriva ut ett läkemedel (diagram 16).

Diagram 16. Stöd för att ändra levnadsvanor istället för läkemedel

Om motion och bättre kostvanor ger lika bra eller till och med bättre effekt än läkemedelsbehandling, tycker jag att hälso- och sjukvården ska stödja mig att ändra mina levnadsvanor istället. 18 år och äldre. År 2013.



Källa: Vårdbarometern 2013.

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

Starkt stöd för rökuppehåll inför operation

En stor riskfaktor för komplikationer efter en operation är rökning. Samtidigt är det en av de riskfaktorer som lättast går att åtgärda. Rökare drabbas av dubbelt så många komplikationer efter operation som icke-rökare. Rökuppehåll inför operation minskar risken för komplikationer som infektion, sårläkningsstörning och blodpropp med 50 procent. Bland befolkningen finns ett starkt stöd för rökuppehåll inför operationer, nio av tio invånare tycker att sjukvården kan kräva detta. Inställningen påverkas inte av kön, ålder, utbildningsnivå eller födelseland.

Bedömning av resultaten

Underlag från olika enkätundersökningar riktade till befolkningen visar att det finns ett starkt stöd för att hälso- och sjukvården ska arbeta med levnadsvanor. Nästan fyra av fem personer som har en ohälsosam levnadsvana vill förändra denna, och många vill ha stöd för att åstadkomma en förändring. Särskilt många vill ha stöd gällande rökning och fysisk aktivitet.

Fyra av fem personer är positiva till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor vid kontakt med vården. Det stora flertalet – nio av tio – av de som har diskuterat levnadsvanor med vårdpersonal är nöjda med samtalen de haft. En lika stor andel av befolkningen är positiv till att vårdpersonalen ger stöd till levnadsvaneförändringar, och tar hellre sådant stöd än får ett läkemedel utskrivet.

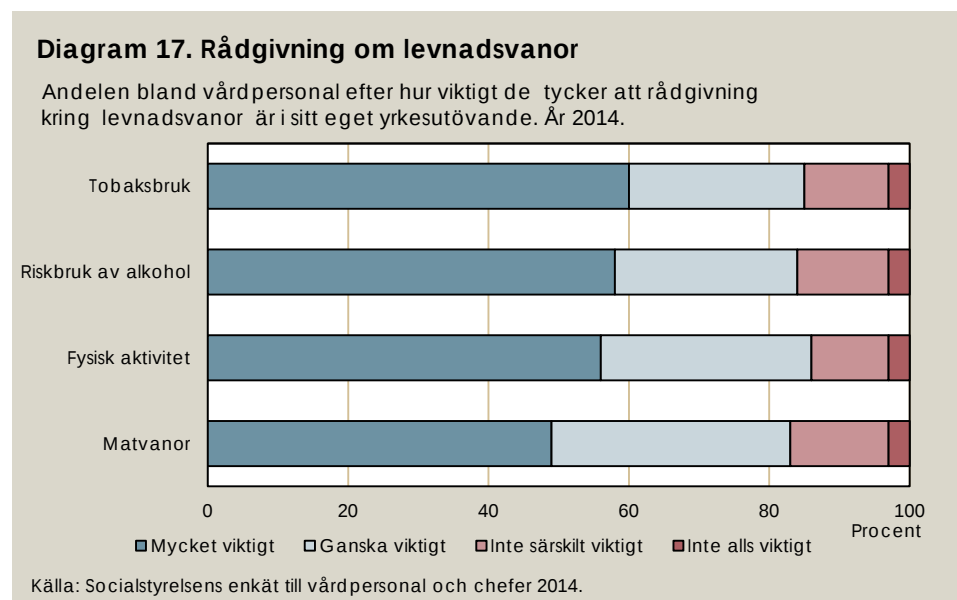
Vårdpersonalens och chefernas syn på arbetet med levnadsvanor

Som en del av den nationella utvärderingen har Socialstyrelsen undersökt vårdpersonalens och chefernas attityder till och erfarenheter av arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. Undersökningen gjordes genom två enkäter som riktade sig till olika yrkesgrupper bland vårdpersonalen och till chefer inom hälso- och sjukvården.

Syftet med undersökningen var att få kunskap om inställningen till att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården samt hur väl förberedd sjukvården är för att stärka det sjukdomsförebyggande arbetet. Chefernas och vårdpersonalens attityder och kunskaper har stor betydelse för ett framgångsrikt arbete med att implementera de nationella riktlinjerna och det ska finnas strukturer som stödjer detta arbete.

Vårdpersonalen tycker det är viktigt med sjukdomsförebyggande arbete

I stort sett samtliga svarande anser att det är viktigt att sjukvården generellt ger råd om levnadsvanor. Drygt 80 procent av vårdpersonalen och 90 procent av cheferna anser att rådgivning är viktigt i den verksamhet där de själva arbetar (diagram 17).



Läkare och barnmorskor tycker i högre grad än övriga yrkeskategorier att rådgivning vid tobaksbruk är viktigt i det egna arbetet medan dietister, psykologer och kuratorer tycker det i lägre grad (drygt 90 procent respektive 50–70 procent). När det gäller riskbruk av alkohol tycker fysioterapeuter och

arbetsterapeuter i något mindre utsträckning än andra yrkesgrupper att rådgivning är viktigt i deras arbete. Samstämmigheten är större mellan alla yrkesgrupper vad gäller rådgivning om fysisk aktivitet och matvanor.

Av dem som arbetar inom primärvården och psykiatri anser drygt 90 procent att rådgivning om levnadsvanor är viktigt i deras arbete. När det gäller rådgivning om riskbruk av alkohol och fysisk aktivitet anser närmare 100 procent att rådgivning är viktigt. Av de som arbetar inom den somatiska specialistvården anser omkring 80 och 85 procent att rådgivning om levnadsvanorna är viktigt.

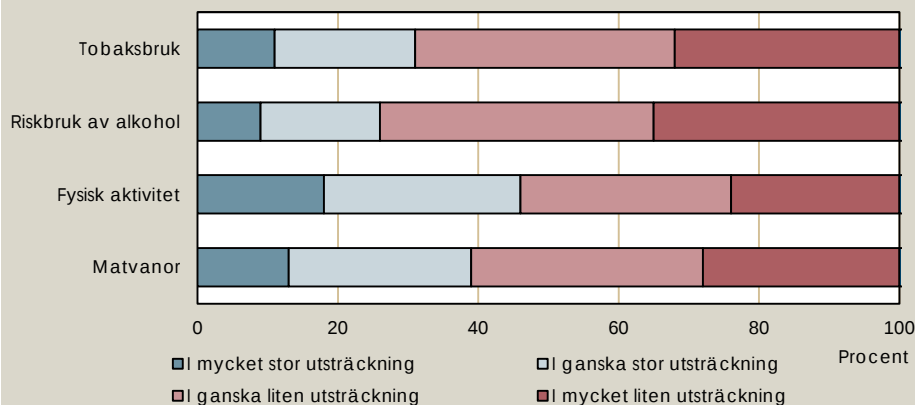
Även bland cheferna är det cirka 90 procent som anser att rådgivning om alla levnadsvanor är viktigt i den egna verksamheten.

Arbete med levnadsvanor sker i begränsad omfattning

Mindre än hälften av vårdpersonalen anger att de arbetar med levnadsvanor i stor utsträckning. Personalen bedömer att de arbetar mer med rådgivning kring fysisk aktivitet och matvanor än med rådgivning kring tobaksbruk och riskbruk av alkohol (diagram 18).

Diagram 18. Arbetar med levnadsvanor

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



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

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

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

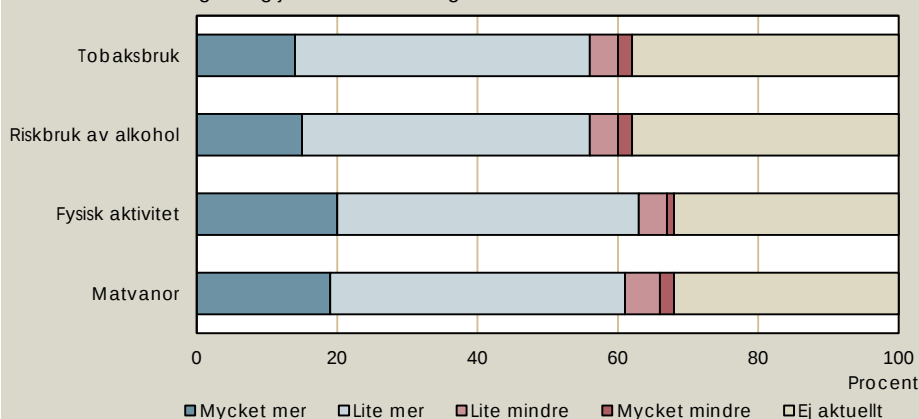
Både chefer och vårdpersonal vill arbeta mer med rådgivning

Både chefer och vårdpersonal är eniga om att hälso- och sjukvården borde arbeta mer med sjukdomsförebyggande rådgivning än vad den gör i dag. Cirka 60 procent av vårdpersonalen uppger att de skulle vilja arbeta mer med rådgivning om fysisk aktivitet och matvanor, och hälften med tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Samtidigt är det mellan fem och tio procent av personalen som skulle vilja arbeta mindre med dessa frågor än de gör i dag. Övriga har svarat att frågan inte är aktuell.

Cheferna önskar i ännu större utsträckning att deras verksamhet skulle arbeta mer med rådgivning kring levnadsvanor. Cirka 70 procent av cheferna önskar detta. Cirka 90 procent av cheferna inom primärvården och psykiatrin skulle vilja att verksamheterna arbetade mer med levnadsvanor. Bland cheferna inom den somatiska specialistvården är andelen cirka 70 procent.

Diagram 19. Skulle vilja arbeta med rådgivning

Andelen bland vårdpersonal efter i vilken utsträckning de skulle vilja arbeta med rådgivning jämfört med idag. År 2014.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

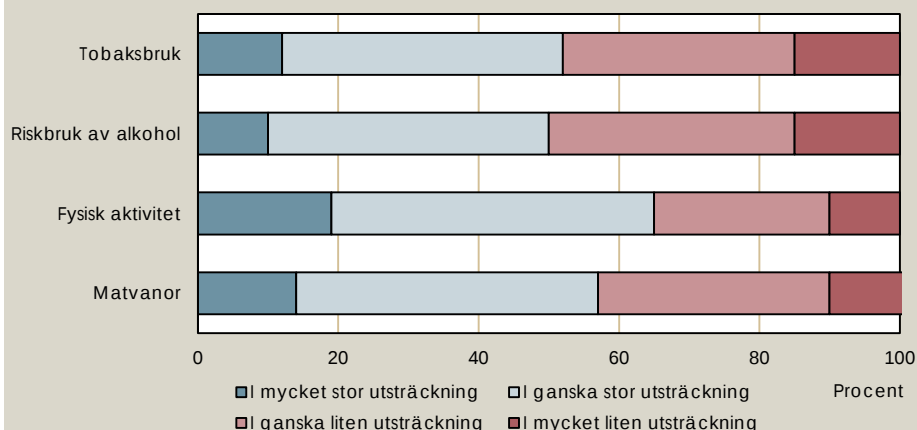
Vårdpersonalen anger brist på tid som den viktigaste orsaken till att de inte arbetar med rådgivning kring levnadsvanor i den omfattning som de skulle önska. Av läkarna och barnmorskorna uppger nio av tio detta som skäl. Två tredjedelar menar att rådgivningen inte är en prioriterad fråga på arbetsplatsen. Hälften av vårdpersonalen anger även brist på kompetens i samtalsmetodik och ämneskompetens kring levnadsvanor som skäl till varför man inte arbetar så mycket med dessa frågor som man skulle önska.

Ökad kompetens och mer utbildning behövs

Många av de tillfrågade ser ett behov av ökad kompetens och mer utbildning för att kunna arbeta med rådgivning. Majoriteten vill främst utveckla kompetensen inom samtalsmetodik, men många vill även ha mer utbildning inom levnadsvanorna. Ämneskompetensen tycks generellt vara något högre för rådgivning om fysisk aktivitet och matvanor än om tobaksbruk och riskbruk av alkohol (diagram 20).

Diagram 20. Ämneskompetens om levnadsvanor

Andelen bland vårdpersonal efter i vilken utsträckning de tycker att de har ämneskompetens för att arbeta med rådgivning kring levnadsvanor. År 2014.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

Personalen i primärvården upplever i större utsträckning än personalen i den övriga hälso- och sjukvården att de har kompetens att arbeta med rådgivning om både tobaksbruk och fysisk aktivitet. Personalen inom den psykiatriska vården anger i högre grad än övriga att man har kompetens om rådgivning om riskbruk av alkohol och matvanor.

Skillnaderna mellan olika yrkesgrupper är mycket stora; 75–80 procent av läkarna och barnmorskorna bedömer att de har god kompetens i rådgivning om tobaksbruk medan endast omkring 20 procent av dietisterna och arbetsterapeuterna bedömer att de har det. Alla dietister har däremot bedömt att de har god kompetens för att arbeta med rådgivning kring ohälsosamma matvanor.

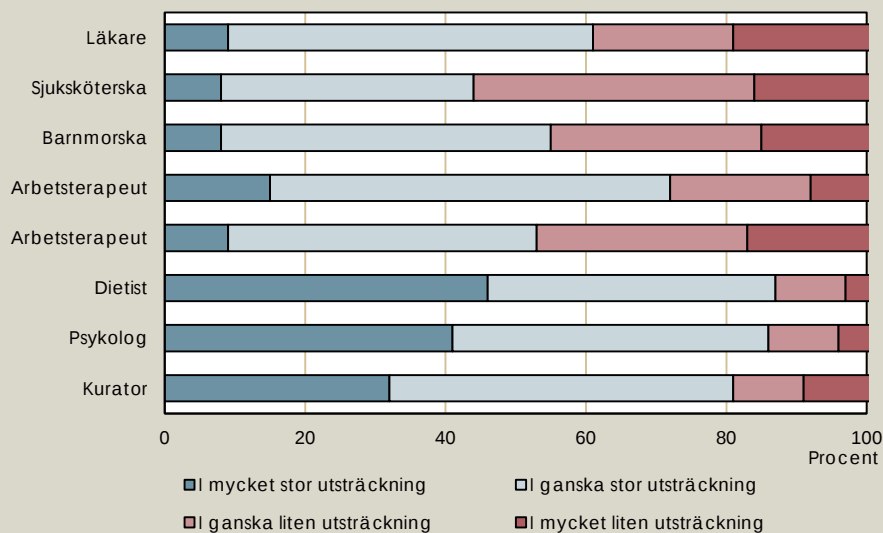
För riskbruk av alkohol är det framför allt läkare, barnmorskor, psykologer och kuratorer som bedömer att de har goda kunskaper för rådgivning.

När det gäller rådgivning om fysisk aktivitet är det främst fysio- och arbetsterapeuter som bedömer att de har god ämneskompetens.

Kompetensen om samtalsmetodik för att arbeta sjukdomsförebyggande tycks vara större inom primärvården och psykiatrin än inom övriga hälso- och sjukvården. Men även inom primärvården och psykiatrin anser var fjärde av personalen att de saknar tillräcklig kunskap om samtalsmetoder. Kompetensen varierar också mycket mellan olika yrkeskategorier (Diagram 20A).

Diagram 20A. Kompetens i samtalsmetodik

Andelen bland vårdpersonal efter i vilken utsträckning de tycker att de har kompetens i samtalsmetodik för att arbeta med rådgivning kring levnadsvanor. År 2014.



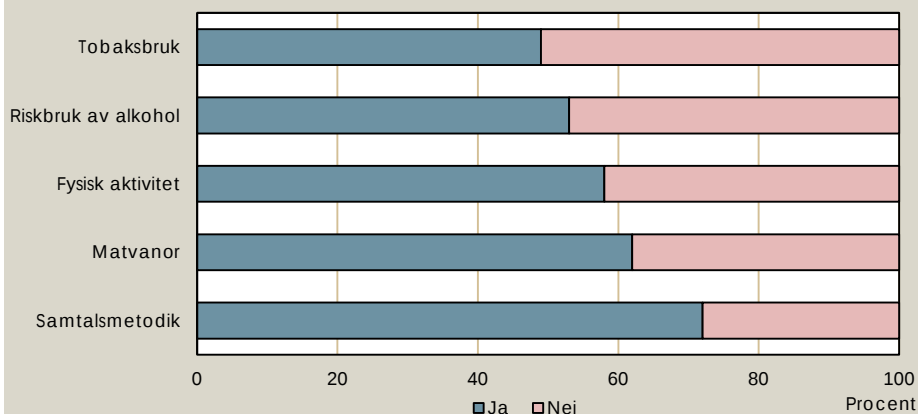
Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

Majoriteten vill främst utveckla kompetensen inom samtalsmetodik, men många vill även ha mer utbildning kring levnadsvanorna.

Behovet av kompetensutveckling om de olika levnadsvanorna upplevs som större inom primärvården och psykiatri än inom den specialiserade somatiska vården. De yrkesgrupper som i högre grad än övriga önskar sig mer utbildning i samtalsmetodik är fysio- och arbetsterapeuter samt dietister (diagram 21).

Diagram 21. Utveckla kompetens om levnadsvanor

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



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

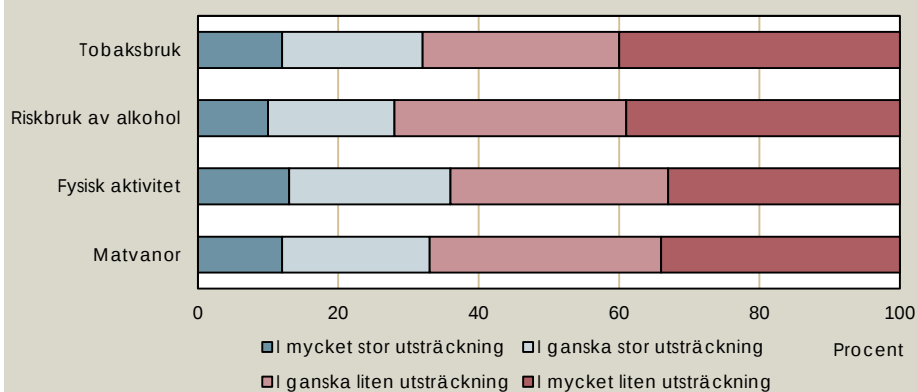
Majoriteten av vårdpersonalen bedömer att de inte har goda förutsättningar att kompetensutveckla sig när det gäller det sjukdomsförebyggande arbetet. Cirka 60 procent svarar att de inte har tillräckliga möjligheter att utveckla sin kompetens inom områden där de saknar kunskap. Inom den specialiserade somatiska vården är det ännu fler som anser att möjligheten till kompetensutveckling är otillräcklig. Detta verkar stämma med chefernas syn på situationen inom den specialiserade somatiska vården där endast hälften av cheferna menar att personalen har goda möjligheter till kompetensutveckling inom de områden där kompetensen är bristfällig. Däremot anser cirka 90 procent av cheferna inom primärvården och psykiatrien att personalen har goda möjligheter till kompetensutveckling.

Det saknas tydliga rutiner för att arbeta med levnadsvanor

För att det sjukdomsförebyggande arbetet ska bli en naturlig del av hälso- och sjukvården behöver det finnas tydliga uppdrag och väl fungerande rutiner för detta, som är kända av personalen och som tillämpas i praktiken. Socialstyrelsen har frågat de som arbetar i vården om det finns sådana rutiner inom deras verksamheter. Omkring en tredjedel av de svarande anser att så är fallet (diagram 22). Bristen på rutiner för att arbeta med levnadsvanor gäller hela hälso- och sjukvården, men är störst inom den specialiserade vården.

Diagram 22. Tydliga rutiner för levnadsvanor

Andelen bland vårdpersonal efter i vilken utsträckning de tycker att det finns tydliga rutiner för arbete med rådgivning kring levnadsvanor på arbetsplatsen. År 2014.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

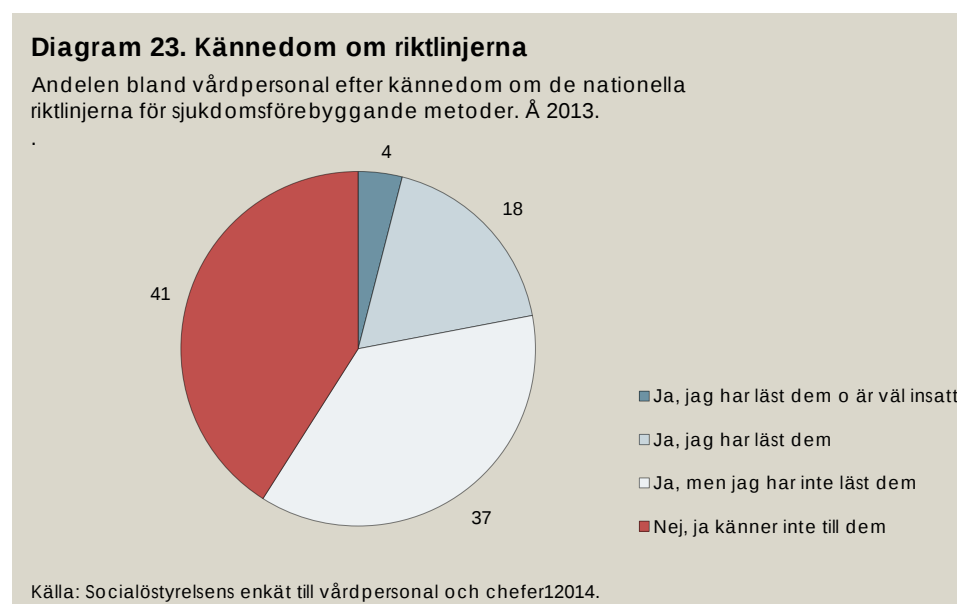
Det finns mycket stora skillnader mellan olika yrkesgruppernas uppfattning om rutiner för levnadsvanor. Barnmorskor är den enda professionen där hälften anser att det finns tydliga rutiner för arbetet med tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Cirka 80 procent av fysioterapeuterna och 60 procent av arbetsterapeuterna anser att det finns tydliga rutiner för arbetet med fysisk aktivitet, och 80 procent av dietisterna att det finns tydliga rutiner för arbetet med matvanor.

Inom primärvården har man kommit längst när det gäller tydliga rutiner för rådgivning om tobaksbruk och fysisk aktivitet, mellan 60–65 procent svarar att det finns rutiner inom dessa områden. När det gäller matvanor och riskbruk av alkohol svarar bara drygt hälften att det finns tydliga rutiner. För den specialiserade vården är bristen på rutiner större; endast 20 procent svarar att det finns tydliga rutiner för riskbruk av alkohol och för de övriga levnadsvanorna är andelen cirka 30 procent. Hälften av dem som arbetar inom den psykiatriska vården svarar att det finns rutiner för rådgivning om riskbruk av alkohol, medan denna andel för de övriga levnadsvanorna är 20–40 procent.

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

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

Många känner till riktlinjerna – men få har läst dem
Mer än hälften av vårdpersonalen känner till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Det är dock betydligt färre som anger att de har läst dem (diagram 23).



Kunskapen om riktlinjerna varierar mellan olika yrkeskategorier och verksamhetsområden. Kunskapen om riktlinjerna är störst inom primärvården. Tre av fyra av de som arbetar inom primärvården känner till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, jämfört med hälften av de som arbetar inom den slutna specialiserade vården.

Drygt hälften av cheferna har läst riktlinjerna och ytterligare var tredje känner till dem. Det är fler chefer inom primärvården och psykiatri som har läst riktlinjerna än inom övriga vården.

Bedömning av resultaten

Resultaten visar att det sjukdomsförebyggande arbetet har starkt stöd bland både chefer och vårdpersonal. De allra flesta som arbetar inom hälso- och sjukvården – mer än nio av tio – tycker att det är viktigt att vården arbetar med levnadsvanor.

Flertalet anser dock att de idag arbetar med levnadsvanor i liten eller mycket liten utsträckning. Den främsta orsaken anges vara tidsbrist, men många anser också att de saknar kompetens – både i samtalsmetodik och i ämneskompetens om olika levnadsvanor. Rådgivning anses inte heller vara en prioriterad fråga på arbetsplatsen: mer än hälften av de vårdanställda anger att det saknas tydliga rutiner för arbetet. Bristen på rutiner upplevs som större inom den specialiserade vården än inom primärvården.

De flesta – både chefer och vårdpersonal – anger att de skulle vilja att verksamheten arbetade mer med levnadsvanor. För att kunna göra det behövs både ökad ämneskompetens och kompetens i samtalsmetodik. Mer än varannan vårdpersonal skulle vilja öka kompetensen inom dessa områden. När det gäller samtalsmetodik är det nästan tre fjärdedelar som skulle vilja öka sin kunskap.

Socialstyrelsen bedömer att landstingen skulle behöva utveckla tydligare rutiner för att arbeta med levnadsvanor. Många chefer anger att det finns rutiner för arbetet, men vårdpersonalen upplever att det inte finns. Det är därför angeläget att landstingen aktivt arbetar med att sprida kunskap om de rutiner som finns, och utarbeta rutiner när sådana saknas.

Socialstyrelsen menar också att det finns behov av att öka utbildningsinsatserna på området – både när det gäller ämneskompetens och samtalsmetodik. En förutsättning för att personalen ska kunna tillämpa de nyvunna kunskaperna i praktiken är att arbetet med levnadsvanor prioriteras i verksamheten samt att personalen får tid att arbeta med dessa frågor.

Landstingens förändringsarbete

I december 2013 skickade Socialstyrelsen en enkät till hälso- och sjukvårdsdirektörerna i landstingen för att ta reda på vilket förändringsarbete som landstingen har inlett med anledning av riktlinjerna. I enkäten fanns frågor dels om hur de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har tagits emot och implementerats, dels om förutsättningarna för vårdens arbete med levnadsvanor och uppföljningen av detta arbete.

Insatser för att öka följsamheten till riktlinjerna

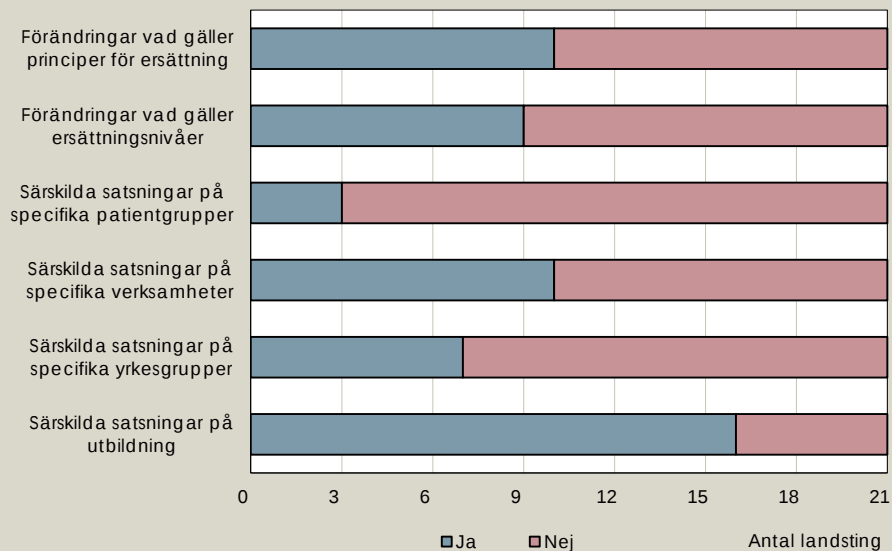
Nästan alla landsting har behandlat de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder i en politisk nämnd eller styrelse. Undantagen är Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Västerbotten och Norrbotten. I Region Skåne är riktlinjearbetet integrerat i det ordinarie utvecklingsarbetet, genom att strategin för hälsoinriktad hälso- och sjukvård beslutats i hälso- och sjukvårdsnämnden (2006, reviderad 2011). I Västra Götalandsregionen kommer ett förslag till regionuppdrag till följd av riktlinjerna att behandlas under år 2014, i enlighet med regionens process för "ordnat införande" av nationella riktlinjer.

Många har satsat resurser på utbildning

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har framför allt lett till särskilda satsningar på utbildning; tre landsting av fyra har anordnat utbildningar till följd av riktlinjerna. Hälften av landstingen har ändrat principer för ersättning och ersättningsnivåer och lika många har genomfört särskilda satsningar på olika verksamheter inom landstinget. Däremot har det inte varit så många satsningar som berör specifika patientgrupper (diagram 24).

Diagram 24. Satsningar med anledning av nationella riktlinjer

Har de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder lett till:



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Norrbottnen har gjort satsningar inom alla områden medan fyra landsting – Dalarna, Jämtland, Västernorrland och Västra Götaland – inte har förändrat ersättningar eller genomfört några särskilda satsningar till följd av de nationella riktlinjerna (tabell 1).

Tabell 1. Har de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder lett till:

Landsting	Förändringar vad gäller principer för ersättning	Förändringar vad gäller ersättningsnivåer	Särskilda satsningar på specifika patientgrupper	Särskilda satsningar på specifika verksamheter	Särskilda satsningar på specifika yrkesgrupper	Särskilda satsningar på utbildning
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Blekinge	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Halland	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Uppsala	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

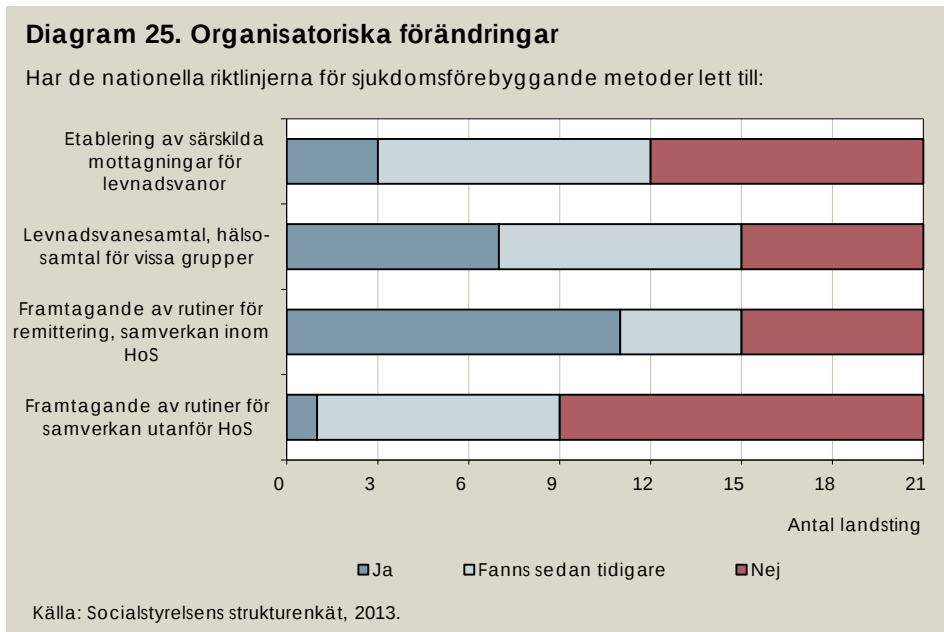
Källa: Socialstyrelsens strukturenkät 2013.

Riktlinjerna stödjer det pågående arbetet

Den vanligaste förändringen som landstingen har genomfört med anledning av de nationella riktlinjerna är att man har tagit fram rutiner för remittering och samverkan inom hälso- och sjukvården när det gäller levnadsvanor. En tredjedel av landstingen har infört levnadsvanesamtal för vissa grupper, lika många hade sådana redan tidigare. Drygt två tredjedelar av landstingen har således rutiner för remittering och levnadsvanesamtal. Hälften av landstingen har också etablerat särskilda mottagningar för levnadsvanor (diagram 25).

Endast ett landsting anger att det har tagits fram rutiner för samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvården med anledning av riktlinjerna, men närmare hälften av landstingen har sådana rutiner sedan tidigare.

Tre landsting – Dalarna, Västernorrland och Jämtland – har inte genomfört några organisatoriska förändringar.



Av kommentarerna i enkäten framgår att riktlinjerna stödjer det redan pågående arbetet inom hälso- och sjukvården i flertalet landsting:

Etableringar av särskilda mottagningar har ökat i och med riktlinjerna. Levnadsvanesamtal för vissa grupper pågår redan, men i och med riktlinjerna har dessa förtydligats och fått en tydligare struktur till viss del. Rutiner för remittering har funnits sen tidigare, framför allt för tobak och fysisk aktivitet, men kan förbättras. Rutiner för samverkan med andra aktörer sker främst inom området fysisk aktivitet (Region Skåne).

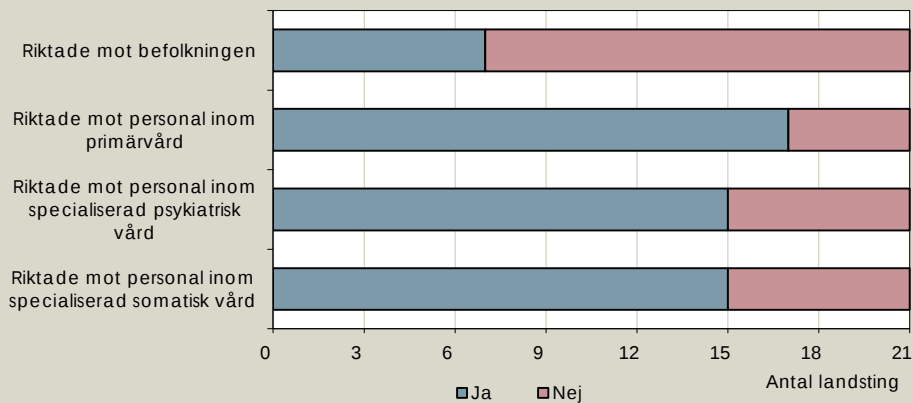
Vanligt med kommunikationsinsatser för att stödja implementeringen

De flesta landsting har genomfört särskilda kommunikationsinsatser riktade mot hälso- och sjukvårdspersonal för att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Mest förekommande har kommunikationsinsatser riktade mot personal inom primärvården varit. Däremot har endast var tredje landsting informerat befolkningen om riskerna med ohälsosamma levnadsvanor (diagram 26).

Fyra landsting – Uppsala, Västra Götaland, Örebro och Dalarna – har inte arbetat med riktade kommunikationsinsatser. Stockholm och Jönköping har endast genomfört kommunikationsinsatser inom primärvården.

Diagram 26. Kommunikationsinsatser

Har landstinget genomfört några särskilda kommunikationsinsatser för att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011?



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Vissa landsting har arbetat extra mycket med kommunikationsinsatserna, till exempel Gävleborg:

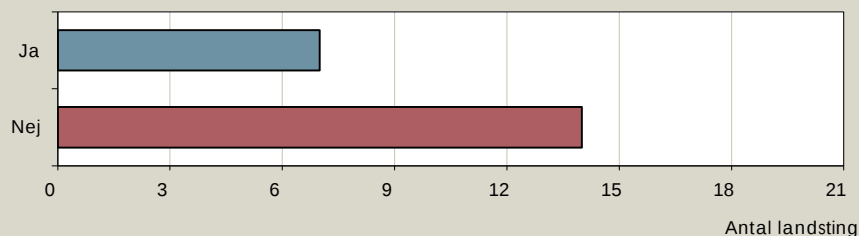
Många kommunikationsinsatser gentemot medarbetarna har genomförts under året. Vi har producerat två egna inspirationsfilmer om arbete för att stödja patienters förbättrade levnadsvanor. Ett stort utbildningspaket har marknadsförts till samtliga medarbetare inom primärvården och ett stort utbildningspaket har marknadsförts till berörda medarbetare inom specialistvården. Utbildningarna har filmats för spridning till nattpersonal, nya medarbetare med flera., och för att kunna visas på arbetsplatsträffar, lokala utbildningsdagar etcetera. Kommunikationskanaler som chefsdagar, ledningsgrupper, Chefsfokus (nyhetskanal för chefer), chefers nyhetsbrev, intranät och extern webbplats har använts. Ett särskilt utbildningspaket till chefer har tagits fram i form av länkar till de olika korta filmer som finns inom levnadsvanor (till exempel Enkla råd om tobak, Tobaksfri inför operation).

Strategi för att beakta jämlik hälsa vid implementeringen av riktlinjerna

En tredjedel av landstingen har en strategi för att beakta jämlik hälsa vid implementeringen av riktlinjerna.

Diagram 27. Strategi för jämlik vård

Har landstinget en strategi för att beakta jämlik hälsa vid implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011?



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Även om det saknas särskilda strategier för jämlik vård tas området upp i andra typer av dokument till exempel policydokument, likabehandlingsprogram, folkhälsost strategi och behovskartläggningar.

Det finns ingen strategi för det perspektivet och har inte funnits med på ett strukturerat sätt i själva implementeringsprocessen. Därmed inte sagt att perspektivet jämlik hälsa inte finns med i arbetet. Jämlik hälsa och kopplingen till levnadsvanor lyfts i utbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdspersonal, och i olika kunskapsunderlag till politiken, ex. Behovskartläggning 2013 och Förutsättningar för tillväxt och välfärd 2013 & 2014 (Region Halland).

Några landsting har också gett konkreta exempel på hur de arbetar med grupper med särskilda behov.

Landstinget i Uppsala har sedan år 2005 särskilda friskvårdslotsar. Friskvårdslotsarna riktar sig till patienter som behöver extra stöd för att öka sin fysiska aktivitet som en del i behandlingen, antingen som komplement till eller ersättning för läkemedel. Lotsarna strävar efter att hjälpa grupper som är svåra att nå idag, till exempel på grund av språksvårigheter eller funktionsnedsättning. Friskvårdslotsarna har ett nära samarbete med friskvårdsaktörer, invandrarföreningar och landstingets habiliteringsverksamhet.

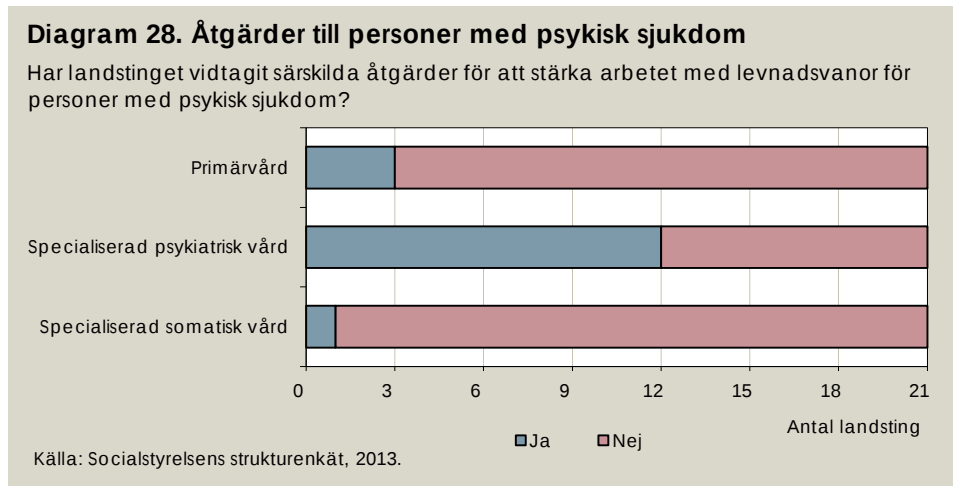
Landstinget i Värmland har projektet *Bättre levnadsvanor*, som särskilt riktar sig mot patienter inom psykiatri.

Åtgärder för att stärka arbetet med levnadsvanor för personer med psykisk sjukdom

Drygt hälften av landstingen har förstärkt arbetet med levnadsvanor inom den specialiserade psykiatriska vården. I några landsting har man till exempel utvecklat särskilda funktioner som arbetar med sjukdomsförebyggande åtgärder, exempelvis tobaksavvänjare eller hälsosamordnare som erbjuder hälsosamtal till psykospatienter.

Det är inte många av landstingen som har vidtagit särskilda åtgärder inom primärvården eller den specialiserade somatiska vården. Västra Götaland är det enda landsting som har vidtagit särskilda åtgärder i alla delar av hälso-

och sjukvården för att stärka arbetet med att förebygga ohälsosamma levnadsvanor för personer med psykisk sjukdom.



Flera landsting svarar att det inte har genomförts några åtgärder hittills, men att sådana planeras.

Det är önskvärt. I ackrediteringen till vårdvalet ges särskild ersättning för undersökning av somatisk hälsa till personer med psykosjukdom dock inte med direkt koppling till levnadsvanorna (Region Skåne).

Bedömning av resultaten

I stort sett alla landsting har behandlat de nationella riktlinjerna i en politisk nämnd eller styrelse. Enkätsvaren visar också att riktlinjerna har lett till särskilda satsningar, i form av utbildningar om levnadsvanor, kommunikationsinsatser och förändringar i ersättningsnivåer. Många landsting framhåller att riktlinjerna ger stöd åt det utvecklingsarbete som pågår sedan tidigare. Ett fåtal landsting – Dalarna, Jämtland, Västernorrland och Västra Götaland – har dock inte gjort några satsningar än.

De flesta landsting har genomfört särskilda kommunikationsinsatser riktade mot hälso- och sjukvårdspersonal för att stödja implementeringen av riktlinjerna. Däremot har endast var tredje landsting informerat befolkningen om riskerna med ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen anser att det vore önskvärt att öka befolkningens kunskap om vilka insatser som hälso- och sjukvården kan erbjuda.

Många av landstingen har tagit fram rutiner för remittering och samverkan inom hälso- och sjukvården när det gäller levnadsvanor. Däremot är det ovanligt att motsvarande rutiner har tagits fram för samverkan med aktörer utanför landstingen, som till exempel kommunerna. Sådana rutiner finns i dag i knappt hälften av landstingen. Socialstyrelsen bedömer att landsting som helt saknar rutiner för remittering och samverkan skulle behöva utveckla sådana. Det skulle också vara önskvärt att fler landsting tog fram styrdokument för samverkan med andra aktörer.

Enkätsvaren visar att det är ovanligt att landstingen har tagit fram en strategi för att beakta jämlik hälsa vid implementeringen av riktlinjerna. Få kan ge konkreta exempel på hur de har bedrivit arbetet för att minska skillnaderna mellan olika patientgrupper. Eftersom levnadsvanorna varierar avsevärt mellan bland annat olika socioekonomiska grupper bedömer Socialstyrelsen att detta är ett viktigt utvecklingsområde för landstingen.

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

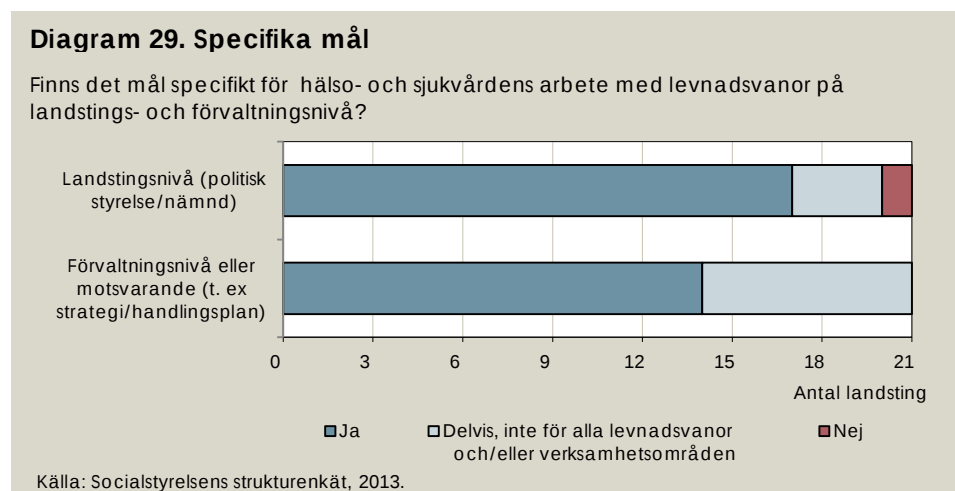
Strukturer för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor

Detta avsnitt beskriver hur landstingen arbetar för att styra mot en mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård. Här redogörs för i vilken utsträckning arbete med levnadsvanor ingår i landstingens styrdokument, rutiner för uppföljning och ersättningssystem. I avsnittet beskrivs också vilken kompetensutveckling som landstingen erbjuder.

Mål för hälsofrämjande hälso- och sjukvård och arbete med levnadsvanor

Samtliga landsting har landstingsövergripande mål för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, som är förankrade i en politisk styrelse eller nämnd. Alla landsting utom Sörmland har också övergripande mål på förvaltningsnivå, i form av en strategi eller mer konkret handlingsplan. I vissa landsting gäller målen enbart vissa levnadsvanor eller verksamhetsområden.

De flesta landsting har också mål specifikt för hälso- och sjukvårdens arbete med levnadsvanor (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor), både på landstings- och förvaltningsnivå (diagram 29).



I flera landsting gäller målen i huvudsak primärvården, där verksamheternas uppdrag preciseras tydligare på grund av vårdvalet.

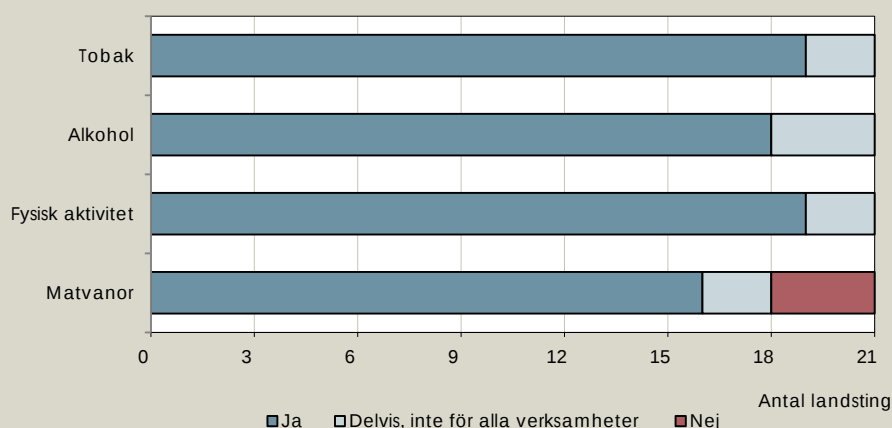
Mål finns integrerade i landstingets budget med flerårsplan - både övergripande och per förvaltning. I Regelbok för primärvården 2013 finns specifika mål för levnadsvanorna (Landstinget i Jönköping).

Arbetet med levnadsvanor i uppdragsbeskrivningar

Arbete med levnadsvanor ingår i de allra flesta landstingens uppdragsbeskrivningar inom primärvården. I Stockholm och Västmanland regleras arbetet med tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor bara i vissa verksamheter, och i Västerbotten gäller detta alkohol och matvanor. I Gävleborg och Jämtland ingår inte arbete med matvanor i uppdragsbeskrivningen.

Diagram 30. Uppdragsbeskrivning inom primärvården

Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets uppdragsbeskrivningar som reglerar utförarnas verksamhet inom primärvården?

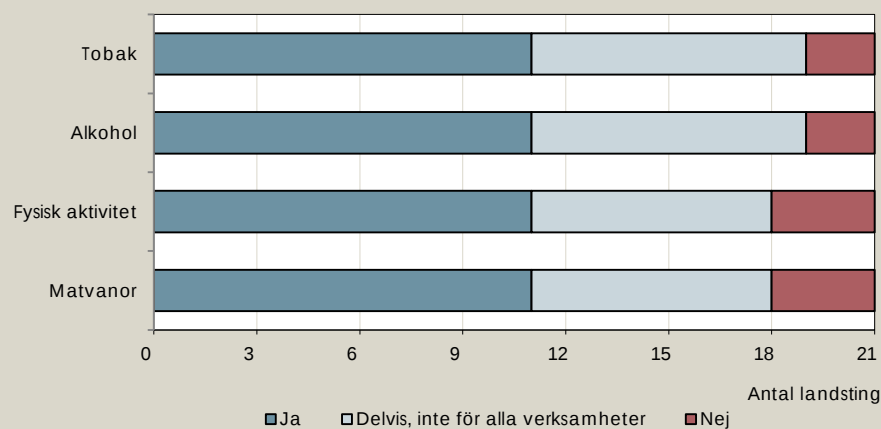


Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

I hälften av landstingen ingår arbete med samtliga levnadsvanor i uppdragsbeskrivningar för psykiatri. I Dalarna och Gävleborg finns inga beskrivningar som reglerar arbetet med levnadsvanor.

Diagram 31. Uppdragsbeskrivning inom specialiserad psykiatri

Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets uppdragsbeskrivningar som reglerar utförarnas verksamhet inom specialiserad psykiatrisk vård?



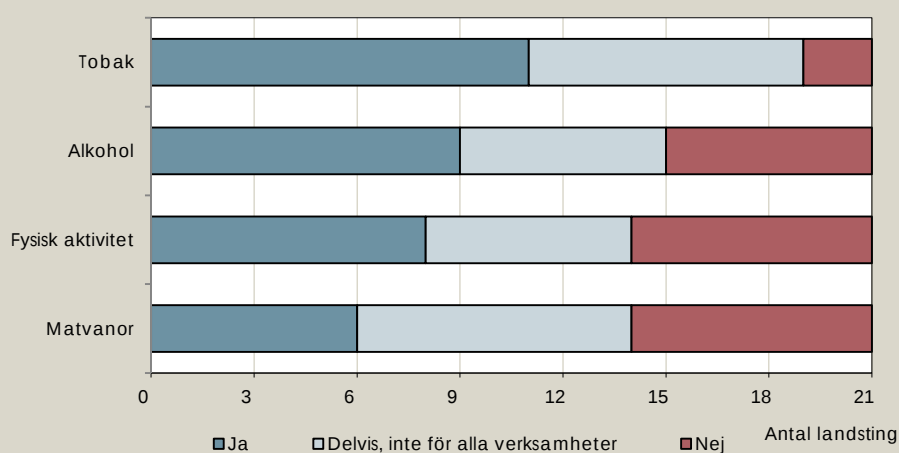
Källa: Socialstyrelsens strukturenkät.

Inom den specialiserade somatiska vården är det vanligt att arbete kring tobakspreventiva åtgärder ingår i verksamhetens uppdragsbeskrivning, åtminstone i vissa verksamheter. I Dalarna och Gävleborg ingår inte tobaksprevention.

Även när det gäller arbete med alkohol, fysisk aktivitet och matvanor är det vanligt att detta är reglerat i uppdragsbeskrivningen. Det saknas dock i var tredje landsting.

Diagram 32. Uppdragsbeskrivning inom specialiserad somatik

Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets uppdragsbeskrivningar som reglerar utförarnas verksamhet inom specialiserad somatisk vård?



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Några landsting anger att de inte har någon beställar-utförarorganisation,. Detta innebär att de inte tar fram tydliga uppdragsbeskrivningar för verksamheten, annat än för primärvården.

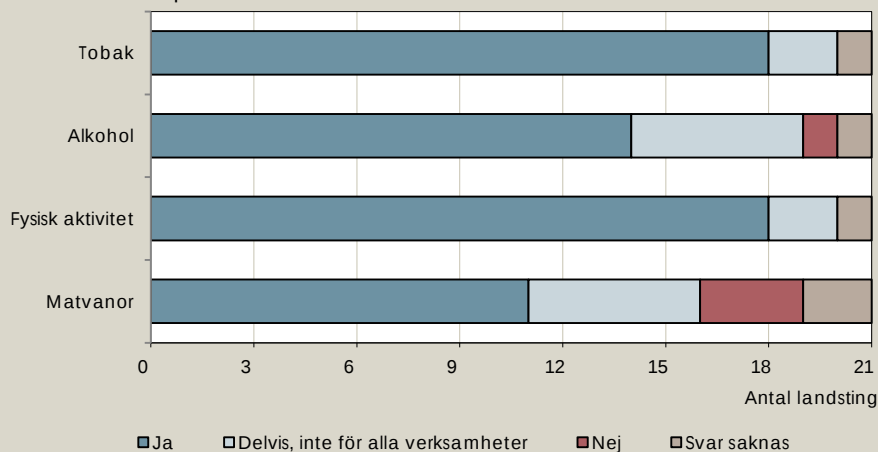
Uppdragsbeskrivningen för primärvården/vårdvalet är politiskt beslutad. Landstinget Kronoberg är ingen beställarorganisation och därför finns inga övriga uppdragsbeskrivningar tagna av politiker, utan det är den landstingsövergripande budgeten samt medicinska riktlinjer som styr verksamheterna (Landstinget Kronoberg).

Arbetet med levnadsvanor i landstingens årliga planer för uppföljning

I merparten av landstingen ingår arbetet med levnadsvanor i landstingets årliga planer för uppföljning av utförarnas verksamhet inom primärvården. I vissa landsting följs bara vissa av levnadsvanorna upp: Västra Götaland, Värmland och Jämtland följer inte upp arbetet med matvanor, och Jämtland följer heller inte upp arbetet för att minska riskbruk av alkohol (diagram 33).

Diagram 33. Uppföljning inom primärvården

Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets årliga planer för uppföljning av utförarnas verksamhet inom primärvård?



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Inom primärvården följs arbetet med levnadsvanor upp tillsammans med annan uppföljning av vårdvalet.

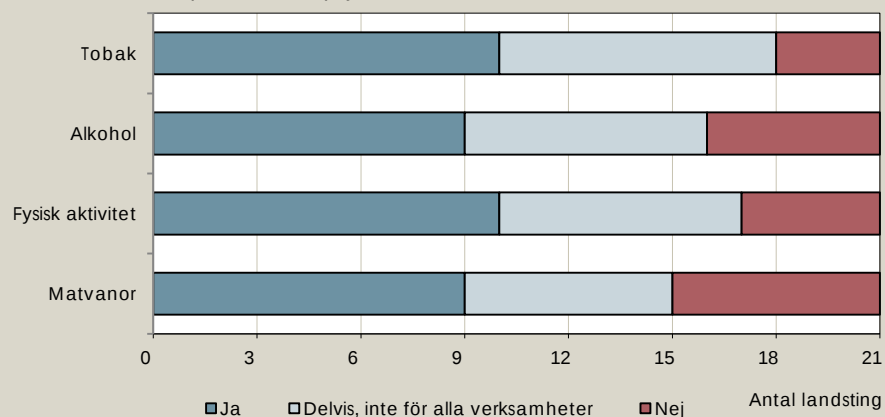
Ingår i årlig uppföljning av Regelbok för primärvården. Vi använder indikatorerna inom nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (Lands-tinget i Jönköping).

Inom den specialiserade psykiatriska vården följer de flesta landsting upp arbetet med samtliga levnadsvanor. I Stockholm följer man endast upp arbe- tet med fysisk aktivitet, och i Örebro och Västmanland endast det tobakspre- ventiva arbetet (diagram 34).

I Gävleborg och Värmland ingår ingen av levnadsvanorna i de årliga pla- nerna för uppföljning.

Diagram 34. Uppföljning inom specialiserad psykiatri

Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets årliga planer för uppföljning av utförarnas verksamhet inom specialiserad psykiatrisk vård?



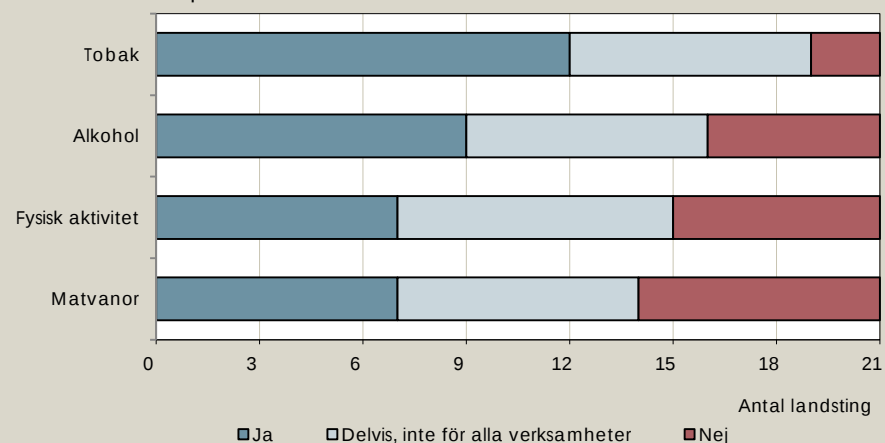
Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Ungefär hälften av landstingen följer upp samtliga levnadsvanorna inom den specialiserade somatiska vården. Det är något vanligare att arbetet med tobak och alkohol ingår i planer för uppföljning än att arbetet med fysisk aktivitet och matvanor gör det (diagram 35).

Västmanland och Gävleborg följer inte upp arbetet med någon av levnadsvanorna.

Diagram 35. Uppföljning inom specialiserad somatik

Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets årliga planer för uppföljning av utförarnas verksamhet inom specialiserad somatisk vård?



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Landstingens kommentarer handlar till stor del om primärvården, men några exempel gäller övriga verksamheter, till exempel rökfrihet i samband med operation.

Uppdragsspecifikationen styr inom primärvårdens uppföljning. Nyckeltalen styr delvis. Några kliniker har påbörjat ett arbete med att skriva fram egna handlingsplaner med uppföljning, till exempel rehabiliteringskliniken (Landstinget Kronoberg).

Vanligt med ekonomisk ersättning för arbete med levnadsvanor

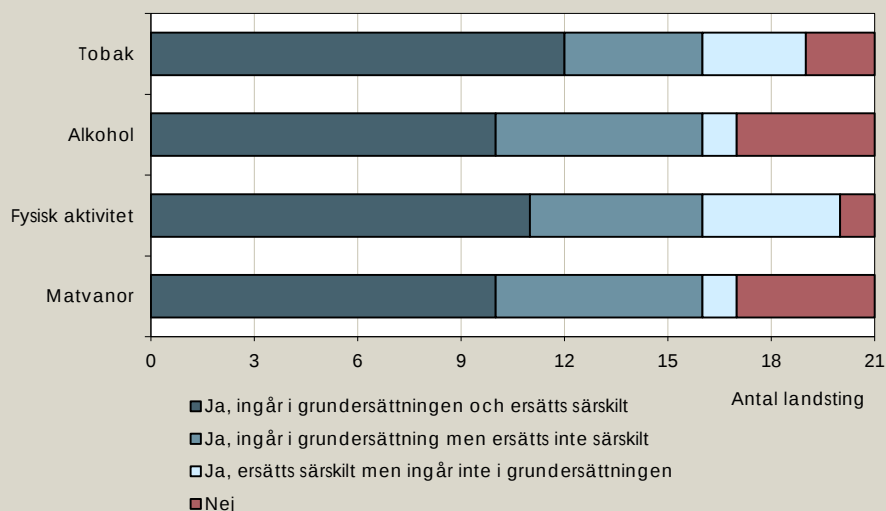
Alla landsting utom Dalarna ger utförarna inom primärvården ekonomisk ersättning för arbetet med levnadsvanor. Ersättning till andra delar av vården, som olika specialistverksamheter, är ovanligare i hela landet.

De flesta landsting ger primärvården ersättning kopplad till samtliga levnadsvanor, men några landsting ersätter endast arbetet med vissa levnadsvanor. Insatser kring fysisk aktivitet ger ersättning i alla landsting utom i Dalarna, och insatser kring tobak i alla utom Dalarna och Örebro.

Den vanligaste formen på ersättning är att utförarna får både grundersättning och särskild ersättning. Detta finns i hälften av landstingen.

Diagram 36. Ersättning inom primärvården

Ersätter landstinget utförarna inom primärvården för arbetet med levnadsvanor?



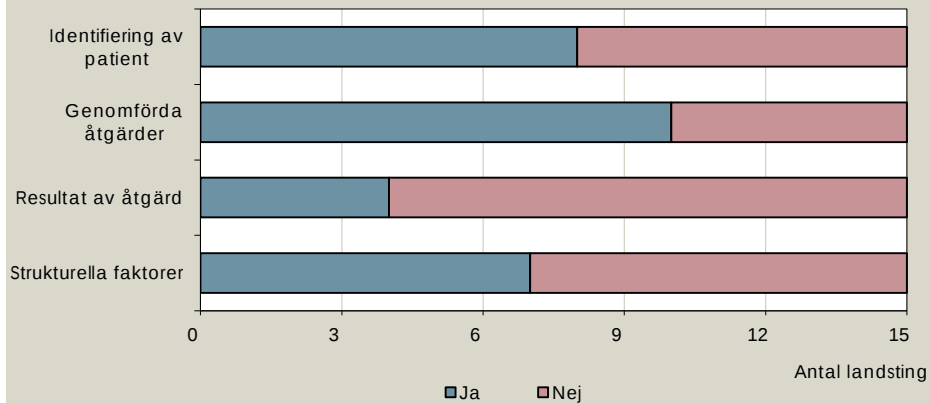
Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

De landsting som ger en särskild ersättning för utförarna inom primärvården för arbetet med tobaksprevention har främst valt att ge ersättning för genomförda åtgärder i enlighet med riktlinjerna. Hälften av landstingen ersätter dessutom utförarna för att identifiera patienter som röker. Även strukturella faktorer som att det finns en handlingsplan och utbildad personal, kan ge ekonomisk ersättning.

Endast fyra landsting ersätter utförarna för uppnådda resultat av åtgärder (diagram 37).

Diagram 37. Särskild ersättning, tobak

Om särskild ersättning för tobak, för vad ersätts utförarna inom primärvården?



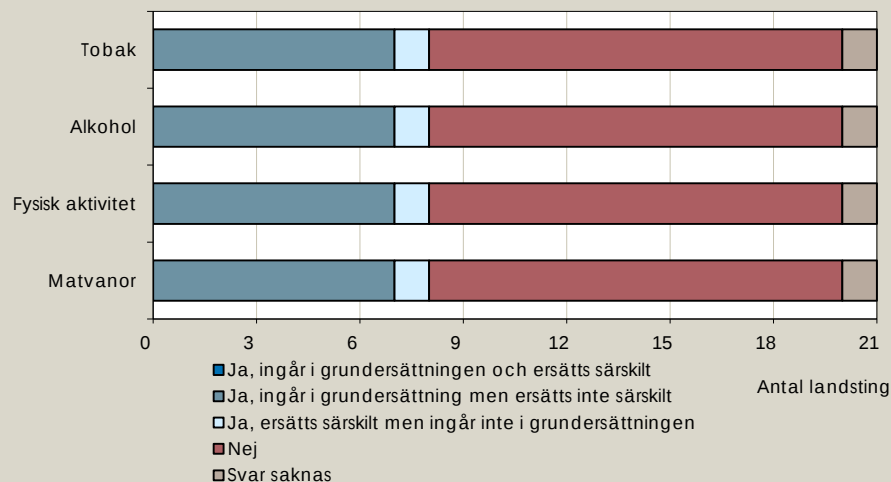
Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

Även när det gäller övriga levnadsvanor (alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor) är det vanligast att ersättning ges för genomförda åtgärder, och relativt ovanligt med ersättning för resultat av åtgärder.

De nämnda siffrorna gäller ersättning till primärvården. Det är ovanligare att landstingen ersätter utförarna inom den psykiatriska vården för arbetet med levnadsvanor. Detta sker i knappt hälften av landstingen, och då ingår ersättningen som regel i grundersättningen. Endast i region Skåne får utförarna en särskild ersättning för arbetet med de olika levnadsvanorna (diagram 38). Ersättning ges både för vissa strukturella faktorer och för antalet genomförda åtgärder.

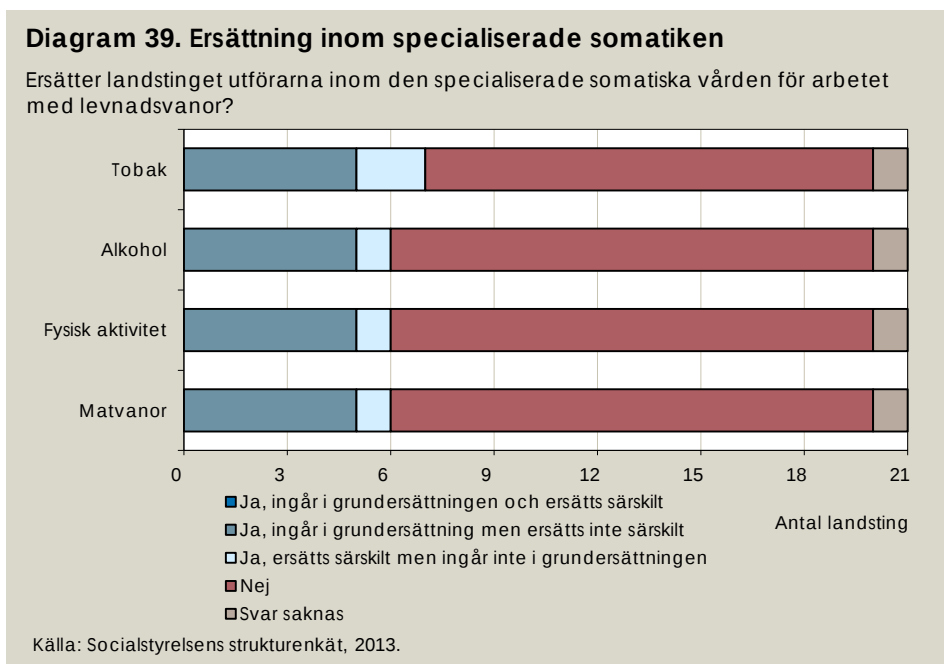
Diagram 38. Ersättning inom specialiserade psykiatri

Ersätter landstinget utförarna inom den specialiserade psykiatriska vården för arbetet med levnadsvanor?



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

En tredjedel av landstingen ersätter utförarna inom den specialiserade somatiska vården för arbetet med levnadsvanor. I de flesta av dessa landsting ingår ersättningen i grundersättningen (diagram 39). I Skåne får utförarna en särskild ersättning för arbetet med samtliga levnadsvanor. I Kalmar får de särskild ersättning för att identifiera patienter som är rökare.



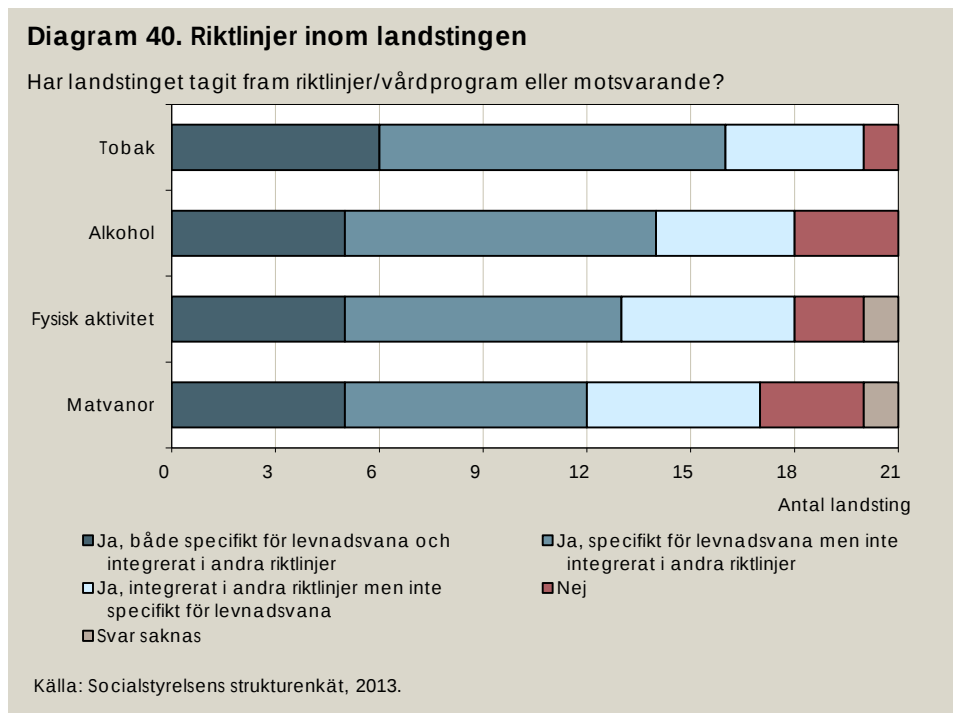
Huvuddelen av landstingen har försökt styra resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet genom särskilda ersättningar. Inom primärvården har till exempel 15 landsting valt att göra riktade satsningar på arbetet med tobak och fysisk aktivitet. 10 respektive 12 landsting har gett prestationsbaserade ersättningar för genomförda åtgärder och 7 respektive 6 landsting har använt strukturbaserade ersättningar inom områdena tobak och fysisk aktivitet. Satsningar har också gjorts inom områdena riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor men i något mindre utsträckning.

Erfarenheterna av att arbeta med prestationsbaserade ersättningar är blandade. En forskningsstudie från Umeå universitet som Socialstyrelsen har initierat [13] visar att ersättningssystem har stor betydelse för införandet men att de också har en baksida. I studien nämns risken för att personalen kan reagera negativt på ekonomiska styrmedel och därför tappa i motivation. Framgångsfaktorer som lyfts fram i studien är att anpassa ersättningssystemet till de behov och mål som finns, att ha ett långsiktigt tänkande och en tydlighet gentemot verksamheterna om avsikten med incitamenten. Till detta måste det också finnas ett väl anpassat implementeringsstöd.

Det är vanligt med lokala riktlinjer

I alla landsting utom Halland finns det riktlinjer eller vårdprogram för arbetet med tobak, och i de flesta även för fysisk aktivitet – undantagen är Halland och Gotland. Det är vanligast att riktlinjen gäller en specifik levnadsvana,

men det förekommer också att riktlinjerna är integrerade i sjukdomsspecifika vårdprogram (diagram 40).



Flera landsting har i enkäten angett att integrering i andra riktlinjer är på gång.

Målet är att andra regionala riktlinjer och vårdprogram ska kompletteras/integreras med vårdprogrammet för levnadsvanor. Detta får bli en process efter hand som de andra riktlinjerna och vårdprogrammen uppdateras (Region Skåne).

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

Kommentarerna visar att det är vanligast att det finns rutiner för att arbeta med rökstopp inför operation.

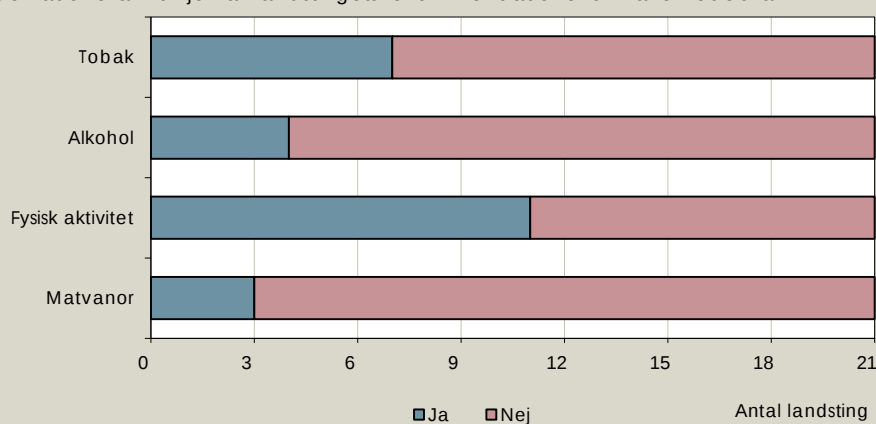
För tobak och fysisk aktivitet finns tydliga flöden upparbetade som är rutin på respektive vårdcentral/sjukhus. Flödesbeskrivningarna kan variera mellan vårdenheter, men rutinen är ofta gemensam (Landstinget i Jönköping).

Ovanligt med rådgivning om levnadsvanor i läkemedelsrekommendationer

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

Diagram 41. Rådgivning om levnadsvanor

Ingår rådgivning om levnadsvanor i enlighet med de rekommenderade åtgärderna i de nationella riktlinjerna i landstingets rekommendationer om läkemedelsval?



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

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

Tabell 2. Ingår rådgivning om levnadsvanor i enlighet med de rekommenderade åtgärderna i de nationella riktlinjerna i landstingets rekommendationer om läkemedelsval?

Landsting	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Nej	Ja	Nej
Sörmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Värmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Ja	Nej
Örebro	Nej	Nej	Ja	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbottn	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne	Nej	Nej	Nej	Nej
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät 2013.

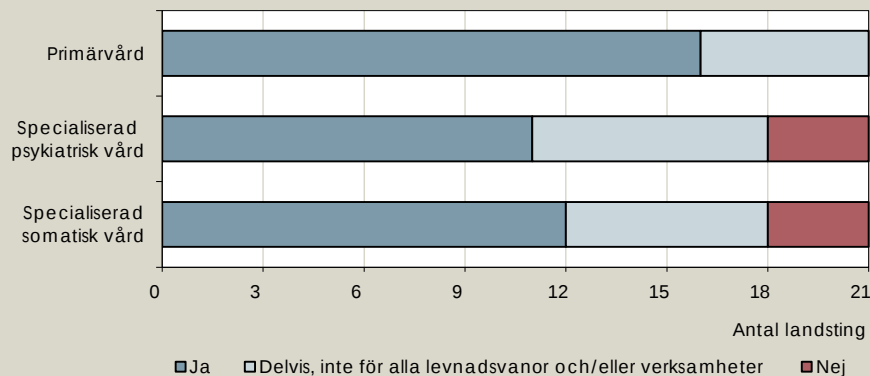
Landstingens journalsystem möjliggör dokumentation av åtgärderna i riktlinjerna

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

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

Diagram 42. Dokumentation av åtgärder

Möjliggör landstingets journalsystem dokumentation av åtgärderna i riktlinjerna för



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

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

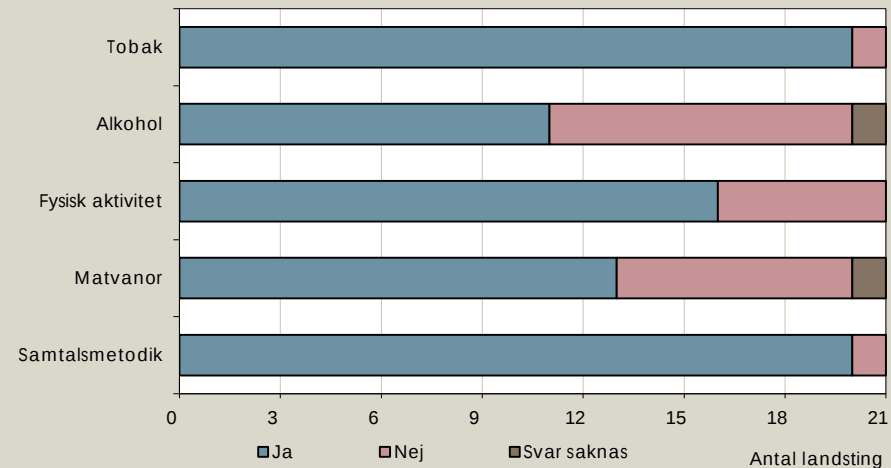
En första uppdatering av dokumentationsstrukturen genomfördes i maj 2012 för området tobak. Det prioriterades utifrån det pågående arbetet med den nationella RIV-specifikationen, och införande av en regional ny rutin för tobaksfri operation. Dokumentationsstrukturen för övriga levnadsvanor har uppdaterats i år och genomfördes 1 oktober (Region Halland).

Goda möjligheter till kompetensutveckling

Större möjligheter till kompetensutveckling är något som vårdpersonalen efterfrågar i Socialstyrelsens enkät om arbetet med levnadsvanorna. I dag erbjuder i stort sett samtliga landsting kontinuerliga möjligheter till kompetensutveckling om tobaksbruk och samtalsmetodik. Endast Västmanland anger att det saknas fortlöpande utbildning om tobak, och endast Västra Götaland saknar fortlöpande utbildning om samtalsmetodik. Minst vanligt är kompetensutveckling kring alkohol, något som endast hälften av landstingen erbjuder kontinuerligt (diagram 43).

Diagram 43. Kompetensutveckling kring levnadsvanor

Erbjuder landstinget kontinuerligt möjlighet till kompetensutveckling kring



Källa: Socialstyrelsens strukturenkät, 2013.

I dag erbjuder hälften av landstingen kontinuerlig kompetensutveckling i samtliga levnadsvanor och även samtalsmetodik. De övriga har kompetensutveckling för ett eller flera av områdena (diagram 43A).

Tabell 3. Erbjuder landstinget kontinuerligt möjlighet till kompetensutveckling?

Landsting	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor	Samtalsmetodik
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbottn	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Ja	-	Ja	-	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Sörmland	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej

- Svar saknas

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät 2013.

Landstingen anger många olika exempel på utbildningar, men utbildning inriktad mot tobaksavvänjning och Motiverande samtal (MI) är de som nämns oftast.

Inom tobaksområdet erbjuds grund- och certifieringsutbildning till tobaksavvänjare. Inom området fysisk aktivitet erbjuds utbildningar i FaR-förskrivning och FYSS. För alla fyra levnadsvanor erbjuds en halvdagsutbildning "Samtal om hälsa och levnadsvanor". MI erbjuds som grund- och vidareutbildning. Alla utbildningar erbjuds till alla verksamheter, antingen i riktad form eller som öppna utbildningar (Landstinget i Kronoberg).

Bedömning av resultaten

Enkätsvaren visar att landstingen har styrdokument för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Samtliga landsting har övergripande mål för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, som är förankrade i en politisk styrelse eller nämnd. I nästan alla landsting ingår arbete med levnadsvanor i

primärvårdens uppdragsbeskrivningar. Även när det gäller specialistvården ingår arbete med levnadsvanor i landstingens uppdragsbeskrivningar – åtminstone för vissa verksamheter. Arbetet med levnadsvanor ingår nästan överallt i landstingens årliga planer för uppföljning – framförallt inom primärvården. I de flesta landsting finns också vårdprogram eller andra riktlinjer för arbetet. Huvuddelen av landstingen har även försökt styra resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet genom särskilda ersättningar, i första hand genom prestationsbaserade ersättningar för genomförda åtgärder mot tobaksbruk och otillräcklig fysisk aktivitet.

I ungefär en tredjedel av landstingen ingår rådgivning om levnadsvanor i rekommendationerna om läkemedelsval. Vanligast är att fysisk aktivitet, ofta i form av FaR (fysisk aktivitet på recept), rekommenderas som ett alternativ till läkemedel. Socialstyrelsen bedömer att fler landsting borde erbjuda sjukdomsförebyggande åtgärder som ett alternativ till läkemedel. Det finns också ett starkt stöd för detta i befolkningen, eftersom nio av tio anger att det är positivt att vårdpersonalen ger stöd till levnadsvaneförändringar i stället för läkemedelsbehandling (se avsnittet *Befolkningens levnadsvanor och attityder*).

I stort sett samtliga landsting anger att de kontinuerligt ger möjlighet till kompetensutveckling när det gäller tobak och samtalsmetodik. När det gäller fysisk aktivitet och matvanor är det ungefär två tredjedelar som kontinuerligt erbjuder personalen kompetensutveckling. Möjligheterna till kompetensutveckling är minst när det gäller alkohol. Tidigare resultat visar att vårdpersonalen bedömer att de inte har tillräckliga möjligheter till kompetensutveckling när det gäller arbetet med levnadsvanor (se avsnittet *Vårdpersonalens och chefernas syn på arbetet med levnadsvanor*). Resultaten visar också att alkohol är det område där vårdpersonalen anser att de har minst kompetens. Socialstyrelsen bedömer att landstingen behöver utveckla utbudet av kompetenshöjande insatser; framförallt inom de områden där sådana saknas.

Utmaningar och stödjande faktorer i implementeringen

Utmaningar

I Socialstyrelsens enkät till landstingen ombads landstingen beskriva de största utmaningarna de har haft i arbetet med att införa de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder från 2011. Alla landsting har delgett oss sina erfarenheter.

Flertalet landsting betonar är att i stora organisationer tar det tid att nå ut med information och ny kunskap. Flera nämner svårigheten med att ändra attityden till sjukdomsförebyggande arbete i vissa yrkesgrupper, i synnerhet bland läkarna. Att integrera arbetet med levnadsvanor i annat arbete är också något som lyfts fram, liksom vikten av kompetensutveckling. Så här beskriver landstinget i Kronoberg sina utmaningar:

Att få information och kunskap att flytta sig från ledningsnivå till operativ nivå. Att få arbetet med levnadsvanor att bli integrerat med annat arbete. Att få med sig läkargruppen. Att samlas runt ett gemensamt förhållningssätt till frågorna. Att samlas runt en gemensam målbild.

Flera landsting tar upp olika typer av problem med att få till en enhetlig dokumentationsstruktur. Det förekommer även svårigheter att få ut statistik ur journalerna vilket är nödvändigt för att kunna utveckla uppdrag och uppföljning och bidra till verksamhetsuppföljning.

En annan utmaning är att dokumentation och kodning av åtgärder kräver tid och engagemang hos en redan administrativt belastad personal (Landstinget Sörmland).

Stödjande faktorer

En fråga i enkäten handlade om de viktigaste stödjande faktorerna i arbetet med införandet av riktlinjerna. Även denna fråga har besvarats av alla landsting. Av svaren framgår tydligt att stöd från politisk ledning och ledning på tjänstemannanivå har haft stor betydelse för framgångsrikt arbete. Sådant stöd har också medfört att frågorna har lyfts i olika politiska dokument och handlingsplaner och att det finns styrgrupper för arbetet. Så här exemplifierar Västra Götalandsregionen framgångsfaktorer för arbetet:

Regionalt stöd från ledningen, t.ex. visionsdokument "Det goda livet", övergripande mål i Budget 2014, handlingsprogram för God vård, REK-lista (läkemedelslista) som inkluderar rekommendationer betr. fysisk aktivitet, och avvänjningsstöd för alkohol och tobak, samt regionens hand-

lingsplan "Framtidens hälso- och sjukvård". Regionalt nätverk/styrgrupp för hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Att tillföra extra resurser för implementeringsarbetet har också positiva effekter. I flera landsting har man kopplat arbete med sjukdomsförebyggande metoder till Vårdval vilket har medfört förbättrade förutsättningar att arbeta strategiskt med frågorna.

Av politiken tillsatta ekonomiska resurser har varit helt avgörande för att få igång arbetet - det har inneburit flera "händer" som kunnat föra dialog med verksamheterna, anordna utbildningsinsatser, utveckla journalsystem m.m. (Landstinget Blekinge).

I flera landsting har man arbetat med frågorna sedan tidigare vilket också har bidragit till att arbetet har varit framgångsrikt. I flera landsting hade man till exempel redan en inarbetad process för att främja hälsosamtal.

Allt arbete som tidigare genomförts i vårt landsting kopplat till riktlinjen. MI utbildning sedan 2006 (i kombination med riskbruksprojektet), rutin för FaR-förskrivning sedan 2006, arbetet med tobaksavvänjning sedan kanske 10-15 år, Hälsofrämjande och förebyggande satsningar (Landstinget i Värmland).

Andra viktiga faktorer som landstingen framhåller är ett bra och nära samarbete inom och mellan olika organisationer samt erfarenhetsutbyte mellan landsting.

Att vi haft strukturer med kontaktpersoner (Hälsokoordinatorskonceptet) inom primärvården samt enstaka kontaktpersoner inom somatiska vården som vi regelbundet träffar på nätverksmöten och som hjälper till att föra ut ny kunskap och information samtidigt som det ger oss strategier kunskap och insikt om vad professionerna efterfrågar för stöd och kompetens (Landstinget Sörmland).

Regionalt nätverk/styrgrupp för hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Socialstyrelsens implementeringsprojekt och professionernas levnadsvaneprojekt. Regionalt medlemskap i HFS-nätverket. SKLs positionspapper om hälsofrämjande hälso- och sjukvård (Västra Götalandsregionen).

De åtgärder patienterna har fått

I detta avsnitt redovisas resultaten av enkäten Socialstyrelsen bad landstingen besvara våren 2014. Frågorna handlar om vilka åtgärder som hälso- och sjukvården har gett patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Innan redovisningen presenteras de rekommenderade åtgärderna för varje ohälsosam levnadsvana.

Rekommenderade åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor

Merparten av åtgärderna i riktlinjerna består av någon form av rådgivning eller samtal, som syftar till att stödja en förändring av levnadsvanor. Åtgärdsnivåerna är gemensamma för alla fyra levnadsvanor, men kan skilja sig åt när det gäller omfattning samt vilka verktyg och hjälpmedel som ingår.

Rekommenderade åtgärder vid tobaksbruk

Tobaksbruk, och i synnerhet rökning, anses i dag vara en av de främsta orsakerna till ohälsa och för tidig död. Minst hälften av dem som rökt länge dör i förtid, och rökning förkortar livet med i genomsnitt tio år. Rökare drabbas av många sjukdomar som en direkt eller indirekt följd av sin rökning och har en sämre livskvalitet. Rökning orsakar till exempel sjukdomar i hjärta, kärl och lungor samt flera olika typer av cancer.

Enligt de nationella riktlinjerna ger ett kvalificerat rådgivande samtal bättre effekt än andra åtgärder för att uppnå rökfrihet och ska därför erbjudas när en patient vill ha stöd att sluta röka. Enkla råd och rådgivande samtal används i första hand för att identifiera tobaksbruk och för att motivera till tobaksstopp. Det kvalificerade rådgivande samtalet är ofta längre än det rådgivande samtalet och patienten erbjuds i regel en serie med samtal. Samtalen bör ske vid särskilt bokade möten, antingen individuellt eller i grupp.

Det kvalificerat rådgivande samtalet är mer systematiskt än det rådgivande samtalet när det gäller att stötta patientens beteendeförändring. Därför är det viktigt på denna nivå att personalen har utbildning i den samtalsmetod som används. I Sverige finns etablerat en metod för tobaksavvänjning som har fått spridning i landstingen. Den metoden innebär att man börjar behandlingen med motiverande samtal (MI-metoden) och att man sedan stöttar patienten med praktiska tips för att stödja förändringen. Den metod som diplomerade tobaksavvänjare har utbildning i kan klassas som ett kvalificerat rådgivande samtal.

Rekommenderade åtgärder vid riskbruk av alkohol

Alkohol är, efter rökning och högt blodtryck, den tredje största riskfaktorn för ökad ohälsa och för tidig död. Redan ganska måttliga mängder alkohol kan ha en negativ inverkan på hälsan, även om det inte finns något som talar

för att det är mer hälsosamt att helt avstå från alkohol än att dricka mindre mängder. Bland de tillstånd som kan vara relaterade till alkoholkonsumtionen kan nämnas högt blodtryck, ångest och depression, cancer i olika organ, mag- och tarmproblem, övervikt, olika skador i samband med olycksfall och ökad risk för missfall under de första tre månaderna. Riskbruk av alkohol ökar dessutom risken för att man ska utveckla ett skadligt bruk eller ett beroende av alkohol.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är ett rådgivande samtal effektivt för att uppnå förändring av alkoholkonsumtion och ska erbjudas alla patienter som vill ha stöd för att förändra sina alkoholvanor. Enkla råd används för att identifiera riskbruk och motivera till förändrade alkoholvanor. Ett kvalificerat rådgivande samtal kan erbjudas vid behov av mer omfattande insatser.

Det rådgivande samtalet ger mer tid för dialog med patienten än det enkla rådet. Då finns till exempel tidsmässigt utrymme för ett samtal enligt MI-metoden. Den längre behandlingstiden gör att patientens eventuella ambivalens kan kartläggas och behandlaren får större möjlighet att stötta patienten till förändring. Den MI-baserade metod som det så kallade Riskbruksprojektet har utbildat i motsvarar nivån rådgivande samtal.

Rekommenderade åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet motverkar uppkomsten av en rad sjukdomar och ökar livskvaliteten. Otillräcklig fysisk aktivitet under en längre tid innebär en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtidig död. Exempelvis ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar, fetma och typ 2 diabetes. Dessutom ökar risken för vissa cancersjukdomar, framförallt tjocktarmscancer och bröstcancer. Regelbunden fysisk aktivitet har även en behandlande effekt till exempel vid förekomst av kardiovaskulära riskfaktorer, diabetes, depression och artros. En måttligt fysiskt aktiv person lever i genomsnitt 6–9 år längre än någon som är fysiskt inaktiv.

Enligt riktlinjerna har ett rådgivande samtal stor effekt vid otillräcklig fysisk aktivitet, när det kombineras med andra insatser, som fysisk aktivitet på recept (FaR), skriftlig information, stegräknare och särskild uppföljning. Rådgivande samtal ska därför erbjudas patienter som är otillräckligt fysiskt aktiva och som önskar stöd för att förändra sin aktivitetsnivå.

Patienter som har behov av mer omfattande uppföljningsinsatser ska erbjudas kvalificerade rådgivande samtal. Patienter med speciella behandlingsbehov kan erbjudas fysisk träning inom sjukvården.

Rekommenderade åtgärder vid ohälsosamma matvanor

Maten har stor betydelse för människans hälsa och välbefinnande. Hälsosamma matvanor kan skydda mot vissa sjukdomar och därigenom minska behovet av vissa läkemedel. Ohälsosamma matvanor kan däremot ge en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtidig död. Ohälsosamma matvanor ökar risken att drabbas av fetma, hjärt-kärlsjukdom, typ 2-

diabets och vissa cancersjukdomar. Att vara överviktig eller lida av fetma ökar i sin tur risken för att man drabbas av ytterligare ohälsa.

Den allmänna rekommendationen för att motverka kostrelaterade sjukdomar är livsmedelsverkets kostråd. Att bedöma matvanor är komplext och omfattar flera olika faktorer. Det är viktigt att personalen har kunskap om att patientens behov kan se olika ut i olika faser av livet och ta hänsyn till detta i rådgivningen och behandlingen.

Enligt riktlinjerna är ett kvalificerat rådgivande samtal den metod som är effektivast för att förändra ohälsosamma matvanor och ska därför erbjudas till alla patienter som önskar stöd. Det kvalificerat rådgivande samtalet är mer systematiskt än det rådgivande samtalet när det gäller att stötta patientens beteendeförändring. Det är viktigt på denna nivå att personalen har utbildning i den samtalsmetod som används. Det kan till exempel vara en kombination av metoder där man inleder med motiverande samtal och kompletterar med praktiska tips för att stödja förändringen. Vid rådgivning om hälsosamma matvanor är det viktigt att behandlaren beaktar ett flertal aspekter som påverkar patientens förutsättningar att lyckas med de önskade beteendeförändringarna. Det kan förutsätta att behandlaren har kunskap om kost och livsmedel samt mat och måltider i sitt sociala, kulturella och emotionella sammanhang.

Vilka åtgärder har patienterna fått?

För att fånga hälso- och sjukvårdens arbete med sjukdomsförebyggande metoder i primärvården och den specialiserade öppenvården skickade Socialstyrelsen ut en enkät i april 2014, riktad till samtliga landsting. Enkäten handlar om de åtgärder som patienter med ohälsosamma levnadsvanor hade fått under år 2013. De flesta landsting har påbörjat implementeringen av de nationella riktlinjerna inom primärvården, varför tyngdpunkten i enkätfrågorna ligger där.

För flertalet landsting var 2013 det första året då primärvården dokumenterade sjukdomsförebyggande åtgärder, vilket betyder att de inte har tillgång till uppgifter om vilka resultat åtgärderna har lett till. Några landsting börjar med dokumenteringen först under år 2014.

Merparten av enkäten besvarades av fjorton landsting:

- Stockholms läns landsting
- Landstinget i Uppsala län
- Landstinget Sörmland
- Landstinget i Östergötland
- Landstinget i Jönköpings län
- Landstinget i Kronobergs län
- Landstinget i Kalmar
- Region Gotland
- Landstinget Blekinge
- Region Skåne
- Region Halland

- Landstinget Västmanland
- Landstinget Västernorrland
- Norrbottens läns landsting

Ett landsting hade fyllt i enkäten bara delvis:

- Landstinget Gävleborg

Sex landsting meddelade att de inte kunde få fram de önskade uppgifterna:

- Västra Götalandsregionen
- Landstinget i Värmland
- Örebro läns landsting
- Landstinget i Dalarna
- Jämtland läns landsting
- Landstinget i Västerbotten

Brister i landstingens dokumentation

Resultaten som redovisas gäller primärvården, den psykiatriska öppenvården och den somatiska öppenvården. De underlag som landstingen har lämnat innehåller i flera fall brister. Generellt kan man säga att rapporteringen är bättre i primärvården än i den specialiserade vården.

Ytterst få landsting har kunnat lämna några uppgifter i fråga om gravida och patienter som ska genomgå en planerad operation.

Ett antal landsting har bara kunnat redovisa antingen antalet patienter med ohälsosamma levnadsvanor eller antalet patienter som har fått åtgärder. Till exempel har Region Skåne och landstinget i Kalmar inte kunnat få fram antalet patienter med respektive ohälsosam levnadsvana, däremot har de angett antalet åtgärder för patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Landstinget i Uppsala, Sörmland och Halland har redovisat antalet patienter som identifierats som rökare inför en planerad operation, men inte vilka åtgärder dessa patienter har fått.

Trots att underlaget är osäkert redovisas resultaten här det för att i möjligaste mån kunna belysa omfattningen av landstingens sjukdomsförebyggande arbete. Redovisningen kan också bidra till att förbättra dokumenteringen, vilket är en förutsättning för fortsatt uppföljningsarbete.

Dessutom pågår ett utvecklingsarbete och flera landsting bedömer att de från och med statistikåret 2014 kommer att kunna redovisa bättre underlag (se vidare avsnittet *Hur kan uppföljningen förbättras*).

Sjukdomsförebyggande åtgärder inom primärvården

I detta avsnitt redovisas landstingens svar på frågorna om sjukdomsförebyggande åtgärder i primärvården. Åtgärderna presenteras uppdelade på de fyra typerna av ohälsosamma levnadsvanor. Slutligen redovisas Socialstyrelsens helhetsbedömning av området.

Åtgärder vid tobaksbruk

Enligt riktlinjerna ger ett kvalificerat rådgivande samtal bättre effekt än övriga åtgärder för att uppnå rökfrihet och ska därför erbjudas när en patient vill ha stöd att sluta röka. Enkla råd och rådgivande samtal används för att identifiera tobaksbruk och för att motivera till tobaksstopp.

Identifiering av dagligrökare inom primärvården

För att patienter som är dagligrökare ska få hjälp och stöd med att sluta röka måste hälso- och sjukvården först identifiera dessa personer. I enkäten ombads landstingen ange hur många av primärvårdens patienter som identifierats som dagligrökare.

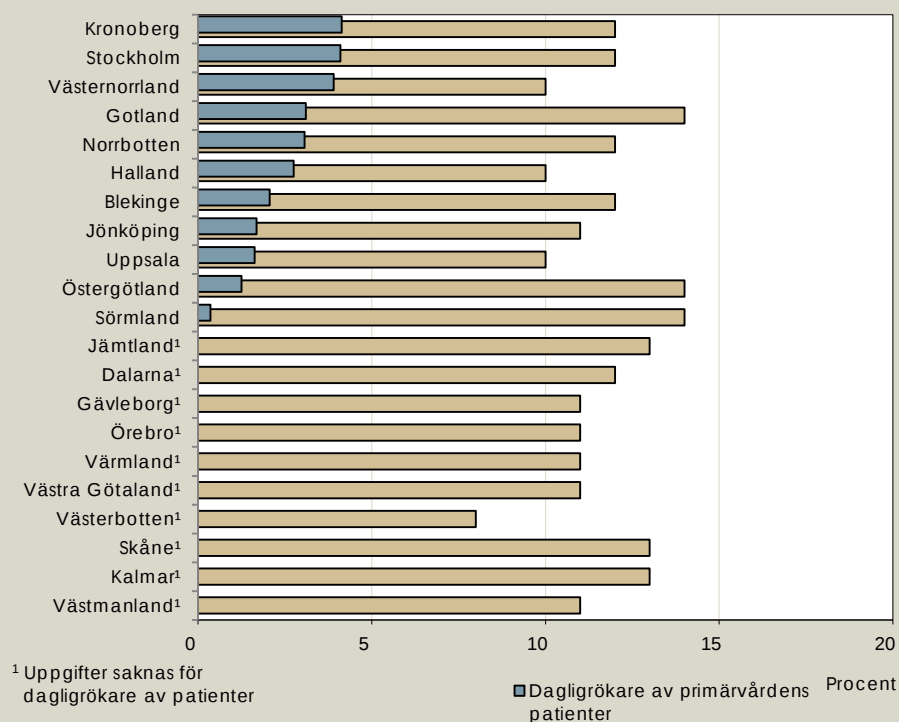
Svaren visar att endast 2,5 procent av primärvårdens patienter identifierades som dagligrökare under år 2013. Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor 2013* är andelen rökare i befolkningen cirka 11 procent, vilket tyder på att många personer som är dagligrökare inte identifieras och dokumenteras i journalen av hälso- och sjukvården (diagram 44).

Benägenheten att dokumentera personers rökvanor varierar avsevärt mellan landstingen. Andelen patienter som dokumenteras som dagligrökare varierar mellan 0,4 och 4,1 procent.

Tio landsting har inte lämnat in några uppgifter om antalet dagligrökare i primärvården. Sex av dessa har inte alls besvarat enkäten, medan övriga fyra (Skåne, Kalmar, Västmanland och Västerbotten) anger att de inte har möjlighet att ta fram uppgifterna. Detta beror på att det saknas rutiner för att dokumentera uppgifterna på ett systematiskt sätt.

Diagram 44. Dagligrökare i primärvården

Andelen av primärvårdens patienter som identifierats som dagligrökare jämfört med andelen dagligrökare i befolkningen, 2013.



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

Dokumentering av tobakspreventiva åtgärder inom primärvården

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

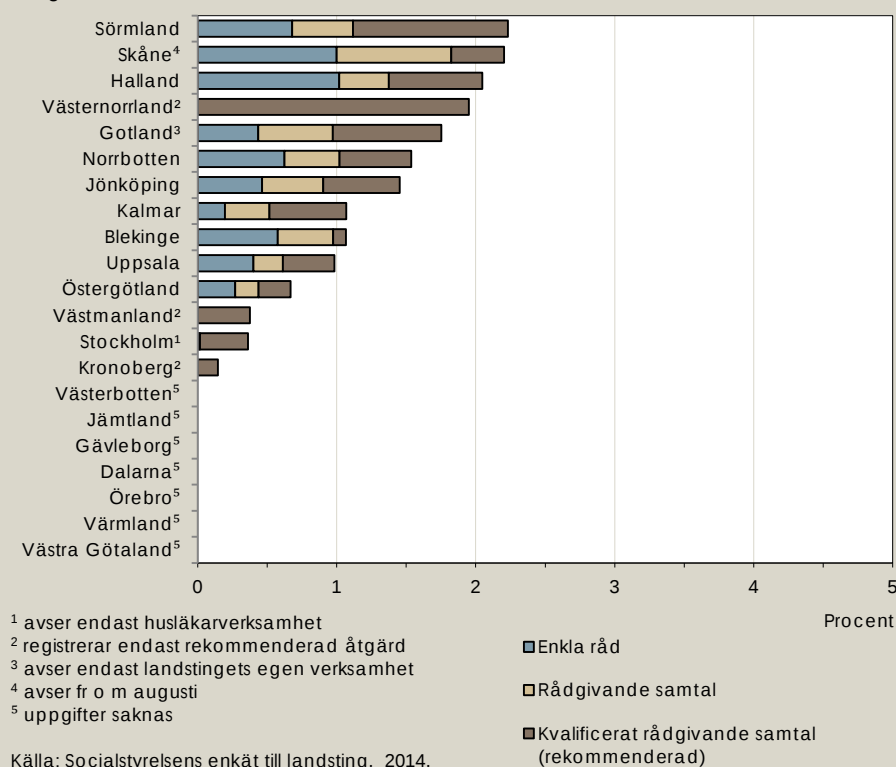
Svaren visar att det endast är drygt en procent av primärvårdens patienter som har fått någon dokumenterad åtgärd för sitt tobaksbruk under 2013. Det finns dock stora skillnader mellan landstingen. I vissa landsting (Sörmland, Skåne och Halland) har drygt 2 procent av patienterna inom primärvården fått någon åtgärd för att sluta röka, medan det i andra landsting är mindre än 0,5 procent som har fått en åtgärd. Här bör dock påpekas att det kan finnas åtgärder som genomförs, men som av någon anledning inte dokumenteras i journalsystemen. Och även om det är en liten andel av patienterna som har en dokumenterad åtgärd i journalen så är omkring 45 000 personer som har fått en åtgärd mot tobaksbruk, och då saknas svar från sju landsting

Det finns också skillnader mellan landstingen när det gäller vilka åtgärder som genomförs. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att patienterna i första hand ska få ett kvalificerat rådgivande samtal. Resultaten från enkäten tyder på att denna åtgärd också är den vanligaste i de flesta landsting (diagram 45).

I några landsting (Kronoberg, Stockholm, Västmanland och Västernorrland) noteras enbart den högst rekommenderade åtgärden, vilket kan påverka resultatet när det gäller hur stor andel av patienterna som uppges få någon av åtgärderna.

Diagram 45. Åtgärder till dagligrökare inom primärvården

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



Var femte dagligrökande patient får den rekommenderade åtgärden

I de nationella riktlinjerna föreslås ett antal utvecklingsindikatorer. En sådan indikator är andelen dagligrökande patienter som får ett kvalificerat rådgivande samtal.

Brister i tillgängliga data gör dock att det är svårt att redovisa resultaten för detta inom varje landsting. För att ändå ge en bild av i vilken utsträckning patienter som har identifierats som rökare också får åtgärder har vi använt underlag från de tio landsting som har rapporterat både antalet dagligrökare och antalet åtgärder. Underlaget från dessa landsting visar att var tredje dagligrökare har fått någon av åtgärderna och var femte den rekommenderade åtgärden, kvalificerat rådgivande samtal.

Åtgärder vid riskbruk av alkohol

Enligt riktlinjerna är ett rådgivande samtal effektivt för att uppnå förändring av alkoholkonsumtion och ska erbjudas alla patienter som vill ha stöd för att förändra sina alkoholvanor. Enkla råd används för att identifiera riskbruk och motivera till förändrade alkoholvanor. Ett kvalificerat rådgivande samtal kan erbjudas om patienten behöver mer omfattande insatser.

Identifiering av personer med riskbruk av alkohol inom primärvården

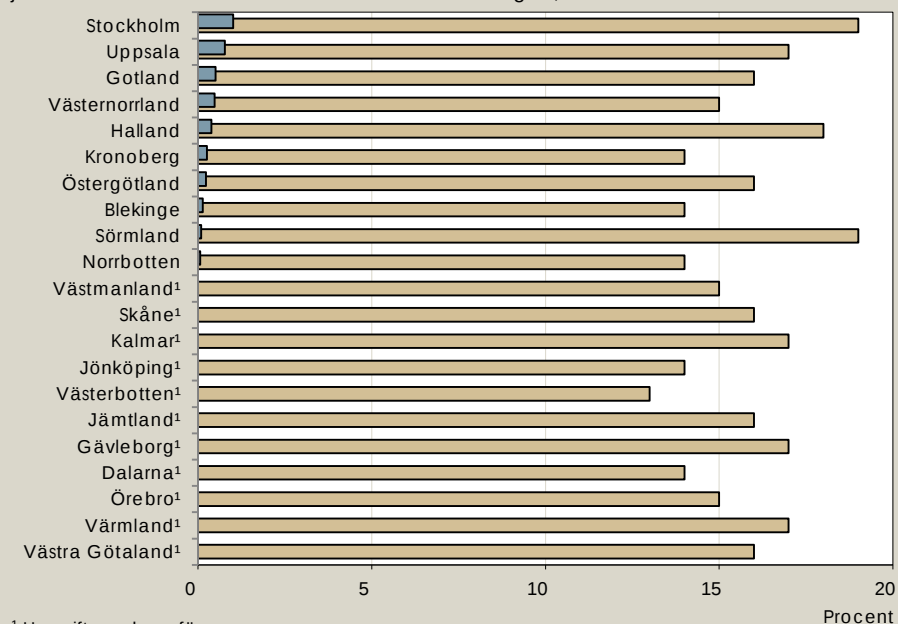
Resultaten från Socialstyrelsens enkät påvisar att primärvården identifierar få patienter med riskbruk av alkohol.

Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor 2013* är 17 procent av befolkningen riskkonsumenter av alkohol.

Trots det var det under år 2013 bara i genomsnitt 0,5 procent av patienterna inom primärvården som konstaterades ha ett riskbruk, som också dokumenterades i journalsystemet. Andelen varierade i landstingen, från 0,1 till 1,0 procent av patienterna. Sannolikt identifieras fler patienter, men vårdpersonalen saknar rutiner för att dokumentera eventuellt riskbruk (diagram 46).

Diagram 46. Riskkonsumenter av alkohol i primärvården

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



¹ Uppgifter saknas för registrerat riskbruk av alkohol

■ Primärvårdens patienter med riskbruk av alkohol
■ Riskkonsumenter av alkohol i befolkningen

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

Dokumentering av åtgärder för att minska patienternas alkoholkonsumtion

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

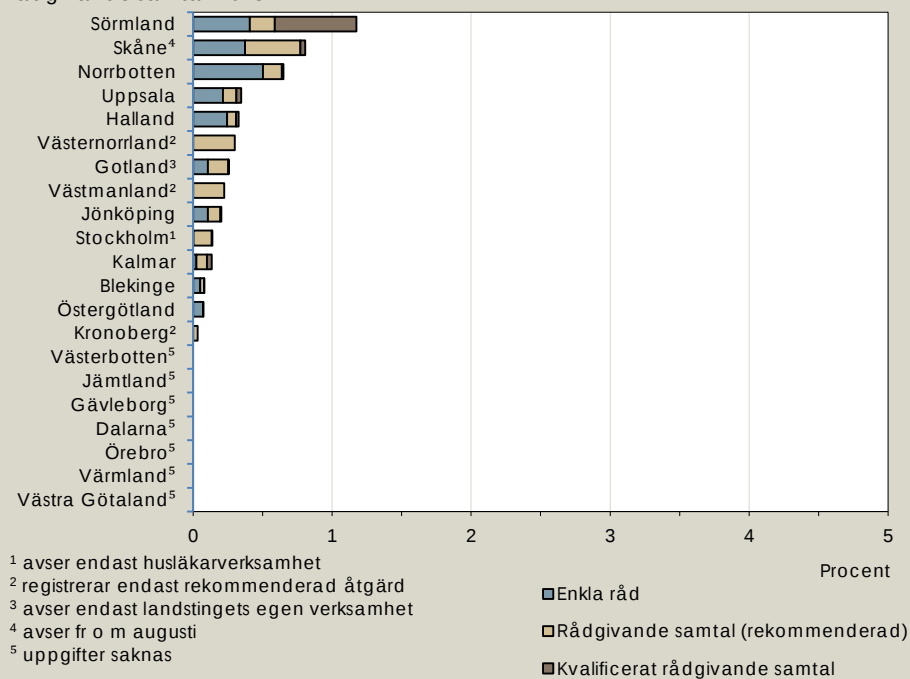
Svaren visar att det i genomsnitt är mindre än en halv procent av primärvårdens patienter som har fått någon dokumenterad åtgärd på grund av riskbruk av alkohol under 2013. Det finns skillnader mellan landstingen när det gäller hur många åtgärder som dokumenteras. I Sörmland och Skåne har omkring 1 procent av patienterna inom primärvården fått någon åtgärd för att minska alkoholkonsumtion, medan det i andra landsting är mindre än 0,2 procent som har fått en sådan åtgärd. Detta motsvarar omkring 15 000 patienter.

Det finns vissa skillnader mellan landstingen när det gäller vilka typer av åtgärder som genomförs och dokumenteras. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att patienterna i första hand ska få ett rådgivande samtal. Resultaten från enkäten tyder på att i de flesta landsting får patienterna endera ett enkelt råd eller ett rådgivande samtal (diagram 47).

I några landsting (Kronoberg, Stockholm, Västmanland och Västernorrland) noteras enbart den åtgärden som är den högst prioriterad i riktlinjerna, vilket kan påverka resultatet även när det gäller hur stor andel av patienterna som uppges få någon av åtgärderna.

Diagram 47. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol

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



Var fjärde riskbrukspatient får den rekommenderade åtgärden

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

Åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet

Enligt riktlinjerna har ett rådgivande samtal stor effekt vid otillräcklig fysisk aktivitet, i kombination med tillägg som exempelvis fysisk aktivitet på recept och särskild uppföljning. Rådgivande samtal ska därför erbjudas patienter som önskar stöd för att förändra sin aktivitetsnivå.

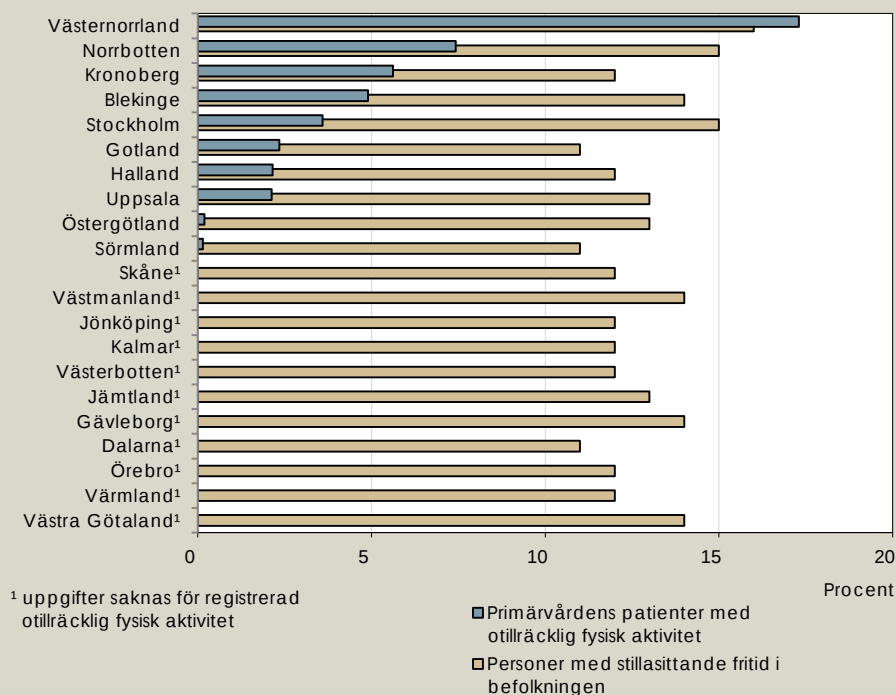
Identifiering av otillräcklig fysisk aktivitet inom primärvården

Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor 2013* är andelen av befolkningen som har en stillasittande fritid cirka 13 procent. Socialstyrelsens enkät till landstingen visar dock att endast 3 procent av primärvårdens patienter identifierades som fysiskt inaktiva under år 2013. Detta tyder på att många personer med otillräcklig fysisk aktivitet inte identifieras och dokumenteras i journalen av hälso- och sjukvården.

Benägenheten att dokumentera personers fysiska aktivitet varierar avsevärt mellan landstingen. I vissa landsting är det mindre än en procent som dokumenteras som otillräckligt fysiskt aktiva. I Västernorrland är motsvarande andel 17 procent, vilket tyder på att landstinget har arbetat aktivt med området (diagram 48).

Diagram 48. Otillräcklig fysisk aktivitet i primärvården

Andelen av primärvårdens patienter som identifierats med otillräcklig fysisk aktivitet jämfört med andelen i befolkningen med stillasittande fritid, 2013.



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

Dokumentering av åtgärder för att öka den fysiska aktiviteten

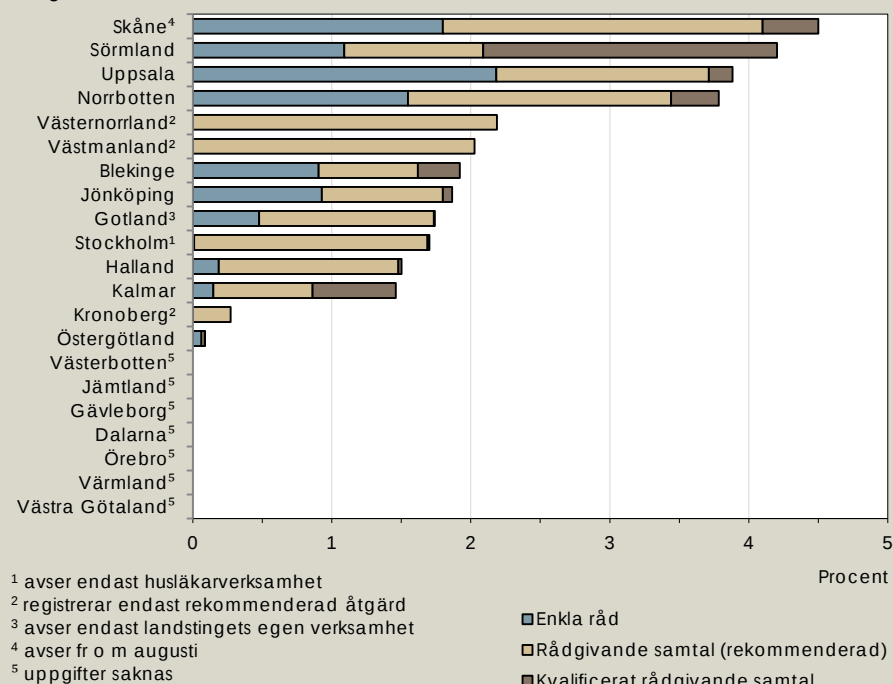
Det är knappt 3 procent av primärvårdens patienter som har fått någon dokumenterad åtgärd på grund av otillräcklig fysisk aktivitet under år 2013.

I Skåne, Sörmland, Uppsala och Norrbotten är andelen patienter som har fått en åtgärd nästan dubbelt så stor som i övriga landsting som lämnat uppgifter. Liksom när det gäller andra levnadsvanor kan det naturligtvis finnas åtgärder som genomförs, men som av någon anledning inte dokumenteras i journalsystemen.

Enligt riktlinjerna har ett rådgivande samtal med något tillägg stor effekt vid otillräcklig fysisk aktivitet och ska därför erbjudas patienter som är otillräckligt fysiskt aktiva och som önskar stöd för att förändra sin aktivitetsnivå. Resultaten från enkäten tyder på att patienterna i de flesta landsting får just denna åtgärd, om någon (diagram 49).

Diagram 49. Åtgärder till personer med otillräcklig fysisk aktivitet

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



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Drygt var tredje fysiskt inaktiv patient får den rekommenderade åtgärden

Andelen av de otillräckligt fysiskt aktiva som får rådgivande samtal är en utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna.

Majoriteten sex av tio av de fysiskt inaktiva patienterna får någon åtgärd inom primärvården. Detta enligt en beräkning baserad på uppgifter från de landsting som rapporterat både antalet personer med otillräcklig fysisk aktivitet och antalet åtgärder. Fyra av tio får ett rådgivande samtal, vilket är den åtgärd som är högst prioriterad.

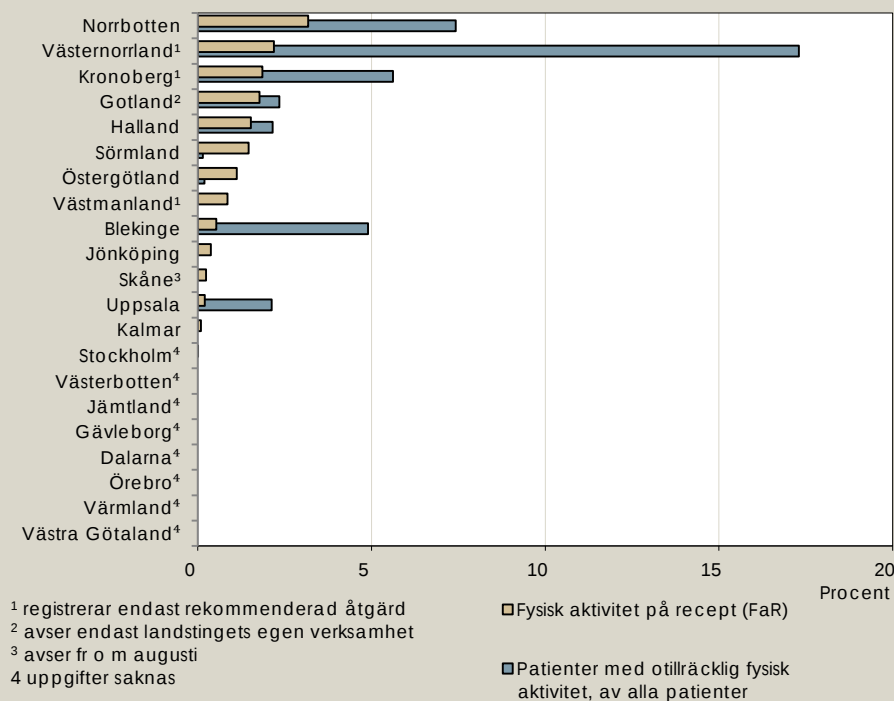
Fysisk aktivitet på recept, FaR

Fysisk aktivitet på recept, FaR, är en individuellt utformad skriftlig ordination på fysisk aktivitet. Receptet ges till individer som av hälsoskäl behöver öka sin fysiska aktivitet. FaR kan användas både i behandlande och förebyggande syfte. Det kan ordinerats som komplement till eller ersättning för läkemedel eller annan behandling. Enligt de nationella riktlinjerna kan FaR till exempel komplettera ett rådgivande samtal.

Diagram 50 visar att cirka 1 procent av alla primärvårdens patienter har fått recept på fysisk aktivitet under 2013. Detta kan jämföras med att 3 procent av patienterna har identifierats som otillräckligt fysiskt aktiva.

Diagram 50. Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR)

Andelen av primärvårdens patienter som har fått FaR jämfört med andelen patienter som har identifierats med otillräcklig fysisk aktivitet, 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Var fjärde patient som konstaterats vara otillräckligt fysiskt aktiv har fått en skriftlig ordination på fysisk aktivitet. FaR ges ofta i kombination med andra åtgärder: Av patienterna som har fått ett rådgivande samtal har hälften också fått fysisk aktivitet på recept. Dessa värden har beräknats utifrån uppgifterna för de landsting som dokumenterat både antalet patienter med otillräcklig fysiskt aktivitet och antalet utskrivna FaR.

Åtgärder vid ohälsosamma matvanor

Enligt riktlinjerna är ett kvalificerat rådgivande samtal den metod som är effektivast för att förändra ohälsosamma matvanor, och ska därför erbjudas till alla patienter som önskar stöd. Det kvalificerat rådgivande samtalet är mer systematiskt än det rådgivande samtalet när det gäller att stötta patientens beteendeförändring.

Identifiering av ohälsosamma matvanor inom primärvården

I enkäten ombads landstingen ange hur många av primärvårdens patienter som identifierats med ohälsosamma matvanor.

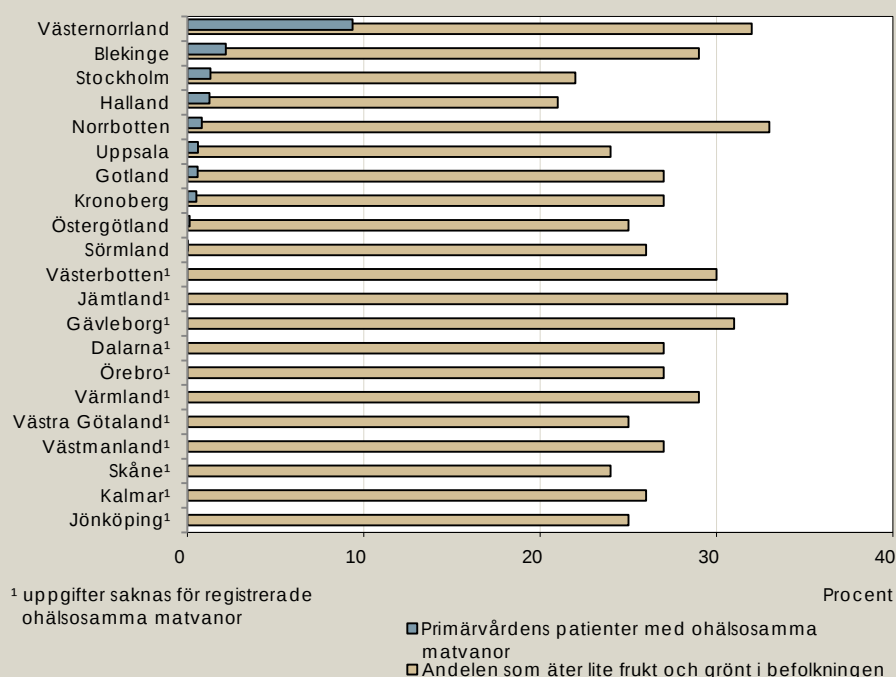
Resultaten visar att drygt 1 procent av patienterna ansågs ha ohälsosamma matvanor som också noterats i landstingets journalsystem. I de flesta landsting är andelen 1 – 2 procent av primärvårdspatienterna, utom i Väster-

norrland där mer än 9 procent av patienterna konstaterats ha ohälsosamma matvanor (diagram 51).

Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* äter 25 procent av befolkningen för lite frukt och grönt. Detta är naturligtvis inte samma sak som ohälsosamma matvanor men indikerar ändå att det sannolikt är betydligt mer än 1 procent av primärvårdspatienterna som har ohälsosamma matvanor (diagram 51).

Diagram 51. Ohälsosamma matvanor i primärvården

Andelen av primärvårdens patienter som identifierats med ohälsosamma matvanor jämfört med andelen i befolkningen som äter lite frukt och grönt, 2013.



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

Dokumentering av åtgärder för att motverka ohälsosamma matvanor

Svaren från landstingen visar att det under 2013 var knappt 2 procent av primärvårdens patienter som fick någon dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosamma matvanor. När man jämför landstingen intar Västernorrland en särställning, precis som när det gäller identifiering och dokumentering av ohälsosamma matvanor. Mer än 4 procent av patienterna i Västernorrland har fått en dokumenterad åtgärd. Även landstingen i Sörmland, Uppsala och Norrbotten har genomfört och dokumenterat relativt många åtgärder för att förbättra patienternas matvanor.

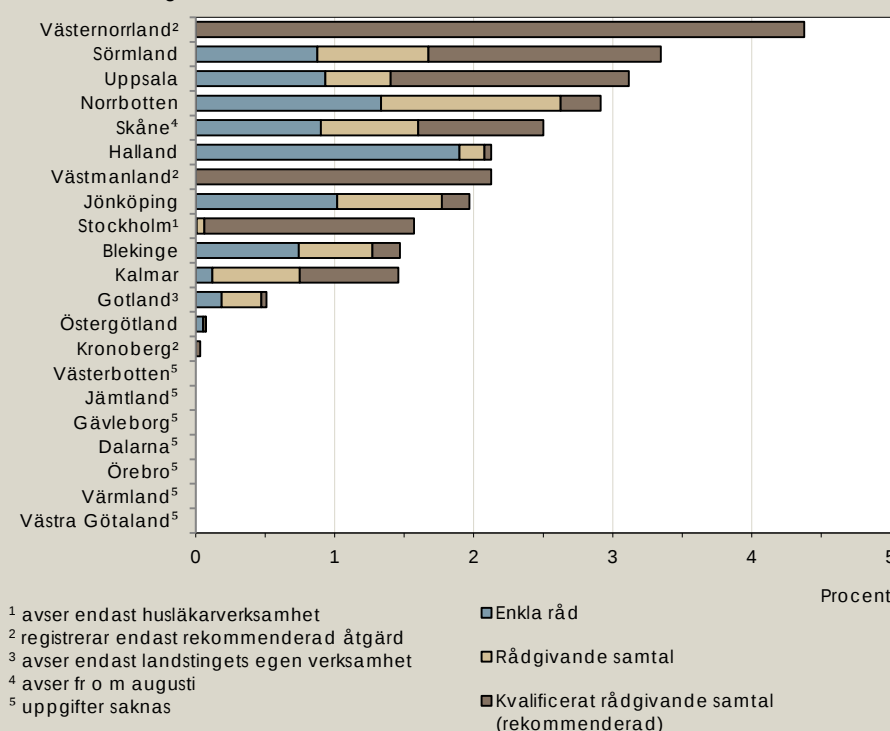
Det finns också skillnader mellan landstingen när det gäller vilka typer av åtgärder som genomförs. Enligt riktlinjerna är ett kvalificerat rådgivande samtal den metod som är effektivast för att förändra ohälsosamma matvanor

och bör erbjudas till alla patienter som önskar stöd. Resultaten från enkäten tyder på att patienterna får denna åtgärd dubbelt så ofta som de övriga åtgärderna (diagram 52).

Liksom när det gäller de övriga levnadsvanorna noterar landstingen i Kronoberg, Stockholm, Västmanland och Västernorrland enbart den högst prioriterade åtgärden. Detta påverkar sannolikt resultatet på frågan om hur stor andel av patienterna som uppges få någon av åtgärderna.

Diagram 52. Åtgärder till personer med ohälsosamma matvanor

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



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Andelen som får den rekommenderade åtgärden kan inte redovisas

En utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen med ohälsosamma matvanor som får ett kvalificerat rådgivande samtal. I Socialstyrelsens enkät gav dock denna fråga motstridiga resultat, varför inga resultat redovisas här. Problemet var att flera landsting angav ett större antal åtgärder än antal patienter med ohälsosamma matvanor, vilket naturligtvis ger en missvisande bild av verksamheten.

Bedömning av resultat

Enkätsvaren visar att det endast är en liten andel av primärvårdens patienter som identifieras med en ohälsosam levnadsvana, jämfört med motsvarande

siffror för befolkningen. Till exempel är det mindre än 3 procent av patienterna som dokumenteras som dagligrökare trots att motsvarande andel i befolkningen har uppskattats till 11 procent. Det är dock sannolikt fler patienter som identifieras än som dokumenteras. Detta antagande bygger på det faktum att primärvården relativt nyligen påbörjat dokumentering av levnadsvanor. Resonemanget stöds av uppgifter från den nationella patientenkäten, som visar att ungefär en fjärdedel av primärvårdens patienter har diskuterat sina tobaksvanor vid ett läkarbesök under det senaste halvåret alltså långt fler än de 3 procent som dokumenterats som dagligrökare. Även när det gäller övriga levnadsvanor är det sannolikt fler som identifieras än som dokumenteras.

Även när det gäller åtgärder finns det troligen en diskrepans mellan vad som dokumenteras och vad som faktiskt görs. I dagsläget är det endast en mycket liten andel patienter – mellan 1 och 2 procent – som får en dokumenterad åtgärd. Antagandet att inte alla åtgärder dokumenteras stöds av en enkät riktad till primärvårdens personal: majoriteten av personalen bedömde där att de arbetar med att främja goda levnadsvanor i större utsträckning än vad som dokumenteras i journalen [13].

Vissa landsting har kommit längre än andra när det gäller dokumentering av levnadsvanor. Landstingen i Västernorrland, Norrbotten och Kronoberg har identifierat och dokumenterat flest patienter i förhållande till befolkningen. Även när det gäller åtgärder har Västernorrland och Norrbotten flest dokumenteringar, tillsammans med Skåne, Sörmland och Uppsala.

Socialstyrelsen anser att landsting som ännu inte har påbörjat dokumentering av levnadsvanor bör ta tillvara erfarenheterna från de landsting som kommit längre i arbetet.

Resultaten tyder på att landstingen arbetar mer aktivt med vissa levnadsvanor än med andra. Dessutom finns det en obalans i hur mycket arbete som läggs på respektive levnadsvana, jämfört med hur stora problemen på området är. Ett exempel är alkoholkonsumtionen. Enligt den nationella folkhälsoenkäten är 17 procent i befolkningen riskkonsumenter av alkohol, men mindre än en procent av primärvårdens patienter uppmärksammas som riskkonsumenter. Mindre än en halv procent har fått en dokumenterad åtgärd för att minska sin alkoholkonsumtion. Enkätundersökningen riktad till vårdpersonal visar också att riskbruk av alkohol är den levnadsvana där personalen bedömer att de har lägst ämneskompetens, och det område som de arbetar minst med. Socialstyrelsen bedömer därför att landstingen dels behöver utveckla hur de arbetar med riskbruk av alkohol, dels höja personalens kompetens på området.

Sammanfattningsvis visar undersökningen att många landsting har påbörjat arbetet med att dokumentera levnadsvanor och åtgärder i primärvårdens journalsystem, men att detta fortfarande sker i begränsad omfattning. Sannolikt är det dock inte enbart brister i dokumentationsrutinerna som förklarar varför så få patienter dokumenteras. Socialstyrelsen bedömer att många primärvårdsenheter också skulle behöva utveckla arbetet med levnadsvanor, så att fler patienter får tillgång till sjukdomsförebyggande insatser.

Sjukdomsförebyggande åtgärder inom den somatiska öppenvården

De flesta landsting har påbörjat införandet av de nationella riktlinjerna i primärvården, varför enkätfrågorna fokuserade på den vården. När det gäller den specialiserade vården är enkätfrågorna begränsade till åtgärder vid tobaksbruk och riksbruk av alkohol för att underlätta landstingens arbete med att besvara enkäten. På sikt är det dock önskvärt att följa upp arbetet med alla levnadsvanor.

Åtgärder vid tobaksbruk

För vissa grupper är rökning mer riskfyllt än för andra, och det är särskilt angeläget att de får hjälp och stöd att sluta röka. Exempel på högriskgrupper är personer som har hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom, cancer, diabetes, sjukdom som rör det metabola syndromet eller psykiatrisk diagnos.

Enligt riktlinjerna ger ett kvalificerat rådgivande samtal bättre effekt än övriga åtgärder för att uppnå rökfrihet och ska därför erbjudas när en patient vill ha stöd att sluta röka

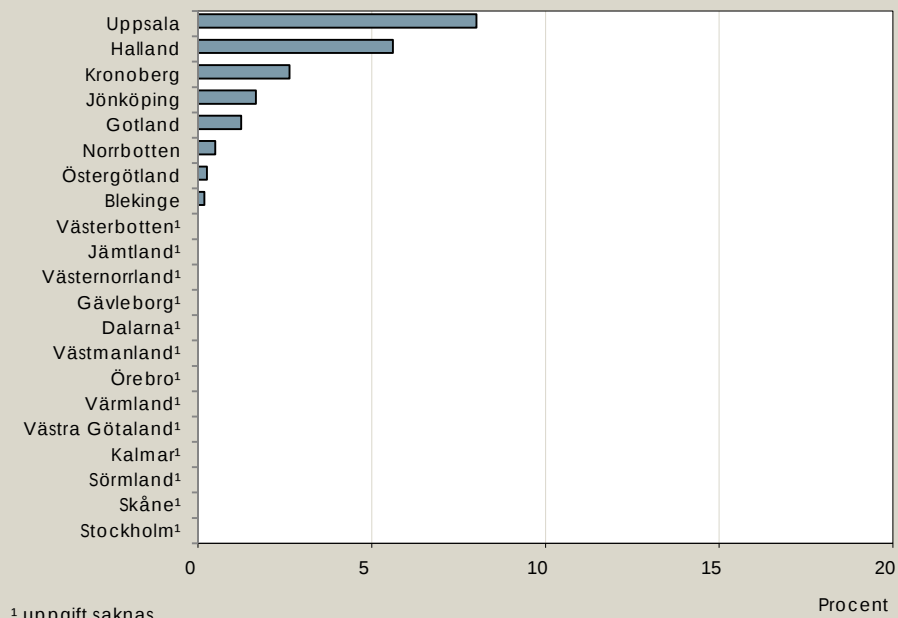
Identifiering av dagligrökare inom den somatiska öppenvården

Enkäten till landstingen visar att ungefär 3 procent av den somatiska öppenvårdens patienter identifierades som dagligrökare under år 2013. Andelen varierar stort mellan landstingen, från mindre än en halv procent till 8 procent. (diagram 53)

Sju av de landsting som besvarat enkäten uppmärksammar överhuvudtaget inte om patienten är dagligrökare eller inte.

Diagram 53. Dagligrökare inom somatisk öppenvård

Andel patienter som identifierats som dagligrökare inom den specialiserade somatiska öppenvården, 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Dokumentering av tobakspreventiva åtgärder inom den somatiska öppenvården

I enkäten uppmanades landstingen ange hur många av patienterna inom den somatiska öppenvården som fått någon av åtgärderna enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal.

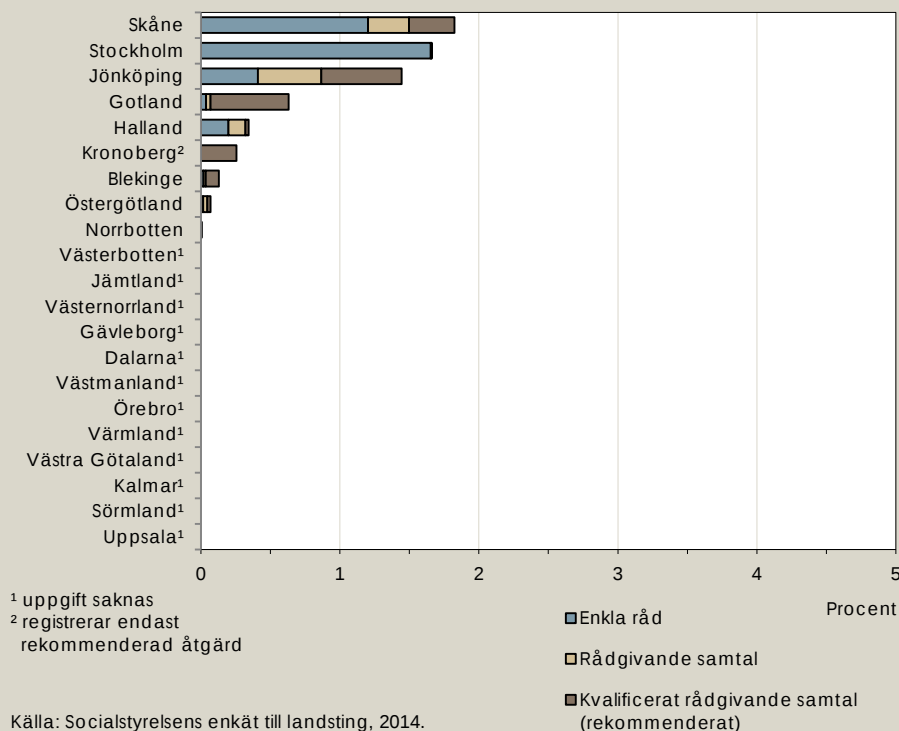
Resultaten visar att endast en procent av patienterna har fått någon dokumenterad åtgärd för sitt tobaksbruk under 2013. I vissa landsting (Skåne, Stockholm och Jönköping) är det omkring 1,5 procent av patienterna som har fått någon åtgärd för att sluta röka, medan motsvarande andel i övriga landsting är omkring eller mindre än en halv procent.

Som redan har påpekats i denna rapport kan det finnas åtgärder som genomförs utan att dokumenteras i journalsystemen. Det kan till exempel vara så att vissa landsting remitterar patienter till primärvården för sjukdomsförebyggande åtgärder.

Det finns också skillnader mellan landstingen när det gäller vilka slags åtgärder som genomförs. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att patienterna i första hand ska få kvalificerat rådgivande samtal. Enkätsvaren tyder dock på att den vanligaste åtgärden i de flesta landsting är enkla råd (diagram 54).

Diagram 54. Åtgärder till dagligrökare inom somatiken

Andelen patienter inom somatisk öppenvård som har fått endokumenterad åtgärd på grund av daglig rökning. Uppdelat på enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. 2013.



Var fjärde dagligrökande patienter får en åtgärd

En utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen dagligrökare som får ett kvalificerat rådgivande samtal. En beräkning av värdena från 2013 indikerar att var tionde patient som är dagligrökare får ett kvalificerat rådgivande samtal och var fjärde patient får någon åtgärd.

Tyvärr går det inte att redovisa resultaten per landsting, eftersom det inte är alla som har rapporterat både antalet dagligrökare och antalet åtgärder. Beräkningen bygger således på underlag från de landsting som lämnat tillräckliga data.

Åtgärder vid riskbruk av alkohol

Enligt riktlinjerna är ett rådgivande samtal effektivt för att uppnå förändring av alkoholkonsumtion och ska erbjudas alla patienter som vill ha stöd för att förändra sina alkoholvanor.

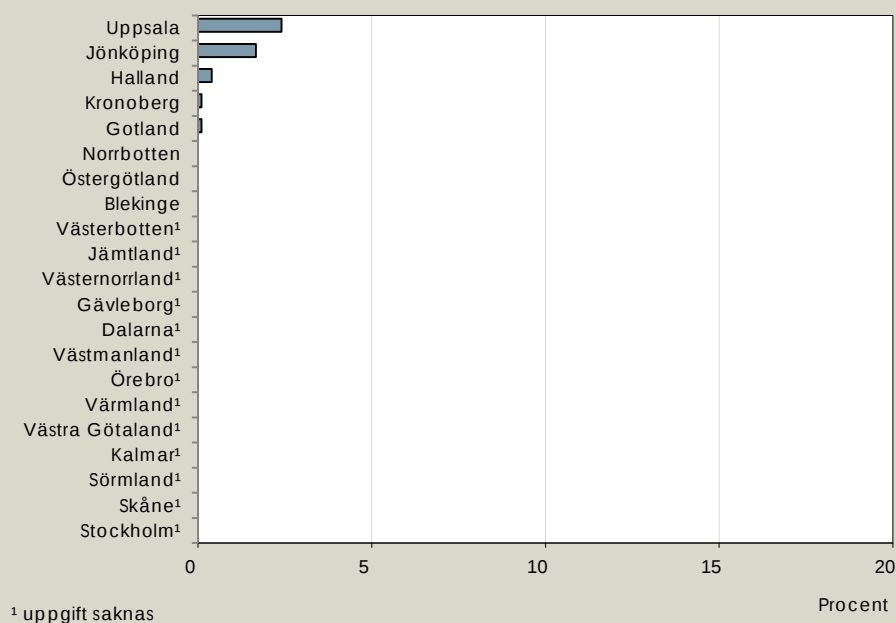
Identifiering av personer med riskbruk av alkohol inom somatiska öppenvården

Resultaten från enkäten tyder på att den somatiska öppenvården identifierar mycket få patienter med riskbruk av alkohol. Under år 2013 var det mindre än en halv procent av patienterna inom den somatiska öppenvården som konstaterades ha ett riskbruk, vilket också dokumenterades i journalsystemet

(diagram 55). Sannolikt identifieras fler patienter, men vårdpersonalen har inte haft rutiner för att dokumentera eventuellt riskbruk.

Diagram 55. Riskkonsumenter inom somatisk öppenvård

Andel patienter som identifierats ha riskkonsumtion av alkohol inom den specialiserade somatiska öppenvården, 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Dokumentering av åtgärder för att minska patienternas alkoholkonsumtion

Endast två landsting har kunnat lämna uppgifter om hur många av patienterna inom den somatiska öppenvården som har fått någon av åtgärderna enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal. I Skåne har 0,6 procent av patienterna fått någon dokumenterad åtgärd för att minska sin alkoholkonsumtion, och i Jönköping är motsvarande andel 0,2 procent. I bägge landstingen är det 0,1 procent av patienterna som har fått ett rådgivande samtal, vilket är den åtgärd som är högst prioriterad i riktlinjerna.

Andelen patienter som får en åtgärd går inte att redovisa

En utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen patienter med riskfyllda alkoholvanor som får ett rådgivande samtal. På grund av bristande underlag har det dock inte varit möjligt att beräkna denna andel för landstingen 2013.

Inget landsting har nämligen kunnat lämna uppgifter om både antalet patienter som har en riskfylld alkoholkonsumtion och genomförda åtgärder.

Bedömning av resultaten

Resultaten visar att endast ett fåtal landsting kan redovisa hur arbetet med tobaksbruk och riskbruk av alkohol ser ut inom den somatiska öppenvården. Det saknas uppgifter både när det gäller patienternas levnadsvanor och vidtagna åtgärder. Framförallt när det gäller alkohol är tillgången på data mycket begränsad; endast två landsting har kunnat lämna uppgifter om hur många av patienterna som har fått någon åtgärd.

Att så få landsting kan lämna uppgifter är förvånande, eftersom de flesta anger att det finns förutsättningar att dokumentera de åtgärder som sker inom den specialiserade öppenvården i landstingens dokumentationssystem (se avsnitt om *Strukturer för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor*). Det är också anmärkningsvärt att landstingen inte kan lämna uppgifterna eftersom den specialiserade vården har krav på sig att dokumentera alla åtgärder som genomförs, och rapportera dessa till Socialstyrelsens patientregister. Åtgärds-koder för de rekommenderade åtgärderna i riktlinjerna har funnit sedan 2011. Det finns dock exempel på landsting som dokumenterar arbetet med levnadsvanor även inom den specialiserade öppenvården. I Uppsala identifieras till exempel 8 procent av patienterna som dagligrökare, och i Skåne får nästan 2 procent av samtliga patienter en åtgärd.

Att få åtgärder dokumenteras inom den specialiserade öppenvården bekräftar av data från patientregistret på Socialstyrelsen. Enligt detta har endast en procent av patienterna fått någon åtgärd på grund av tobaksbruk, och endast en promille på grund av riskbruk av alkohol. Inom slutenvården förekommer dokumentering av åtgärder i ännu mindre utsträckning – mindre än en promille av patienterna får någon åtgärd som beror på ohälsosamma levnadsvanor.

Socialstyrelsen bedömer att många landsting skulle behöva utveckla dokumenteringen av såväl ohälsosamma levnadsvanor som åtgärder för att förändra dessa. Det är bekymmersamt att det i dagsläget inte går att följa upp i vilken utsträckning den specialiserade öppenvården arbetar med levnadsvanor - särskilt som de övriga resultaten indikerar att arbetet inte bedrivs i den utsträckning som skulle vara önskvärd.

Sjukdomsförebyggande åtgärder inom den psykiatriska öppenvården

Personer med psykisk sjukdom löper högre risk än andra att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar, som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och cancer. Socialstyrelsen har tidigare visat att personer med psykisk sjukdom har en ökad dödlighet på grund av somatiska sjukdomar och kortare förväntad livslängd [7,14]. Hälso- och sjukvården har därmed en viktig roll att förebygga dessa sjukdomar hos personer med psykisk sjukdom.

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder omfattar fyra områden. De flesta landsting har påbörjat implementeringen av de nationella riktlinjerna i primärvården. I enkätfrågorna som gäller den psykiatriska öppenvården är frågorna begränsade till åtgärder vid tobaksbruk och riksbruk av alkohol. Detta enbart för att underlätta för landstingen att besvara enkäten. På sikt är det dock önskvärt att följa upp arbetet med alla levnadsvanor.

Åtgärder vid tobaksbruk

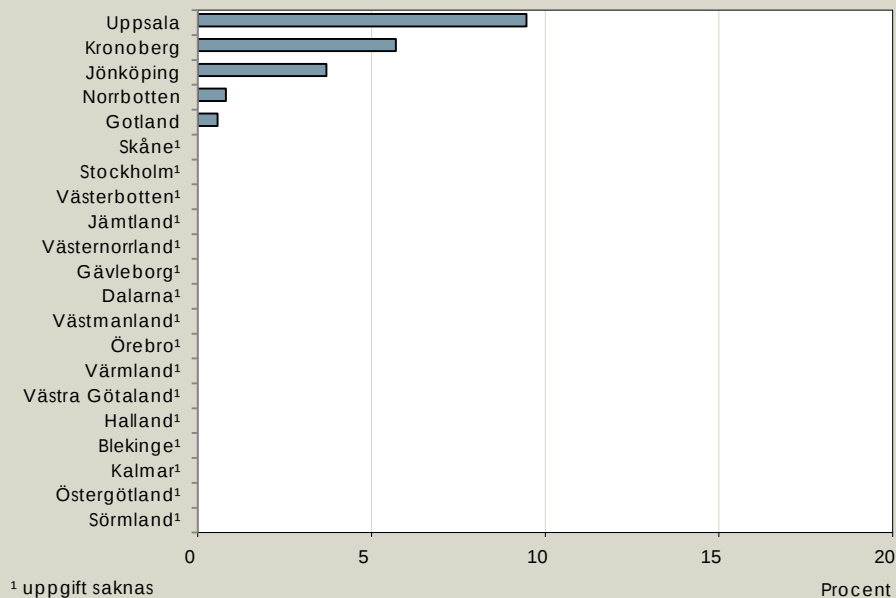
Enligt riktlinjerna ger ett kvalificerat rådgivande samtal bättre effekt än övriga åtgärder för att uppnå rökfrihet och ska därför erbjudas när en patient vill ha stöd att sluta röka.

Identifiering av dagligrökare inom den psykiatriska öppenvården

Enkäten till landstingen visar att drygt 7 procent av psykiatriska öppenvårdens patienter identifierades som dagligrökare under år 2013. Det är endast fem landsting som överhuvudtaget uppmärksammar huruvida patienten är dagligrökare eller inte. Andelen patienter som identifieras som dagligrökare varierar också avsevärt mellan landstingen från 0,6 till 9,5 procent (diagram 56).

Diagram 56. Dagligrökare inom psykiatrisk öppenvård

Andelen identifierade dagligrökare inom den psykiatriska öppenvården, 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Dokumentering av tobakspreventiva åtgärder inom den psykiatriska öppenvården

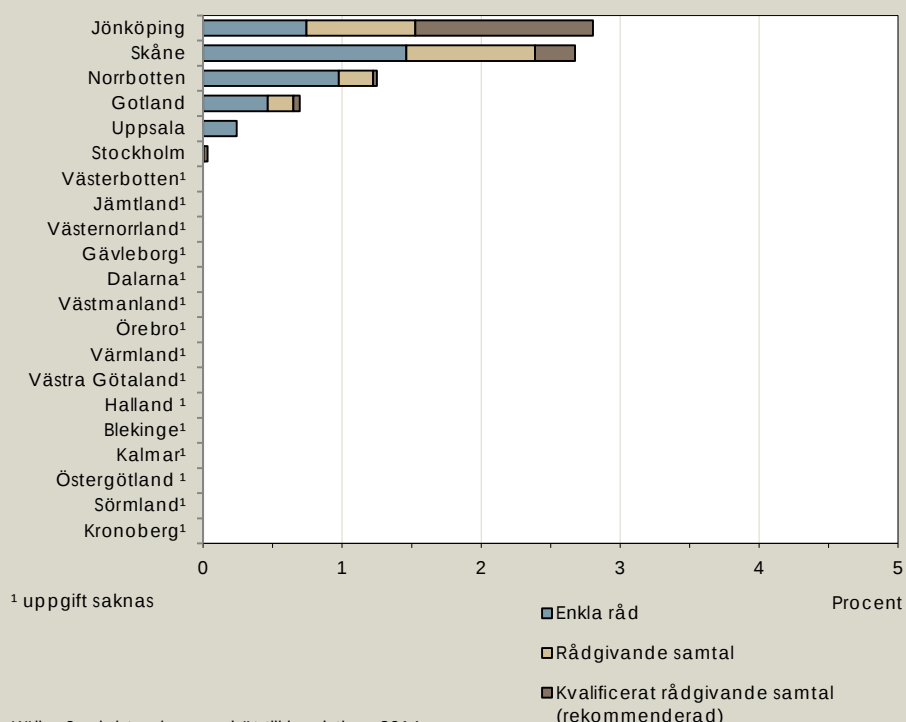
I enkäten till landstingen uppmanades de ange hur många av den psykiatriska öppenvårdens patienter som fått någon av åtgärderna enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal.

Svaren visar att endast en procent av patienterna har fått någon dokumenterad åtgärd för sitt tobaksbruk under 2013. I vissa landsting (Jönköping och Skåne) har närmare 3 procent av patienterna fått någon åtgärd för att sluta röka, medan det i andra landsting är mindre än 0,5 procent som har fått en åtgärd. Precis som inom primärvården kan det naturligtvis finnas åtgärder som genomförs, men som av någon anledning inte dokumenteras i journalsystemen.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att de patienter som röker i första hand ska få kvalificerade rådgivande samtal. Resultaten från enkäten tyder dock på att den vanligaste åtgärden i de flesta landsting är enkla råd (diagram 57).

Diagram 57. Åtgärder till dagligrökare inom psykiatri

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



Få rökare får åtgärder inom den psykiatriska öppenvården

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder föreslås ett antal utvecklingsindikatorer. En sådan indikator är andelen dagligrökare som får kvalificerat rådgivande samtal.

Möjligheten att beräkna denna andel är begränsad, eftersom endast fyra landsting rapporterade in både antalet dagligrökare och antalet åtgärder. Men en beräkning har ändå gjorts utifrån dessa fyra, för att få en uppfattning om läget. Resultatet visade att endast var sjunde dagligrökande patient har fått någon åtgärd och att var tjugonde har fått den prioriterade åtgärden, det vill säga ett kvalificerat rådgivande samtal.

Åtgärder vid riskbruk av alkohol

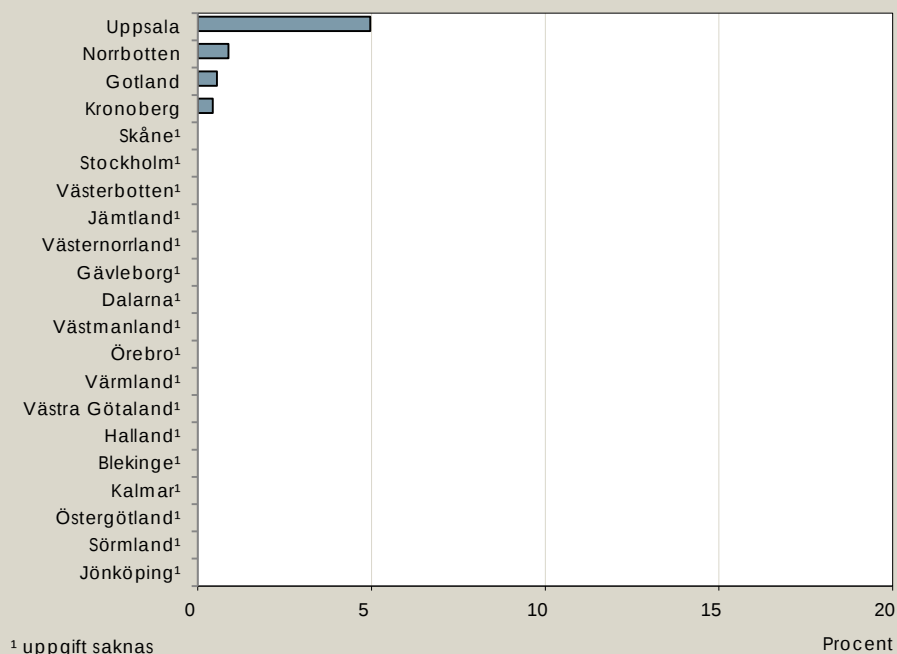
Enligt riktlinjerna är rådgivande samtal en effektiv metod för att uppnå förändring av alkoholkonsumtion och ska erbjudas alla patienter som vill ha stöd för att förändra sina alkoholvanor. Enkla råd används för att identifiera riskbruk och motivera till förändrade alkoholvanor. Ett kvalificerat rådgivande samtal kan erbjudas om patienten har behov av mer omfattande insatser.

Identifiering av personer med riskbruk av alkohol inom den psykiatriska öppenvården

Resultaten från enkäten visar att den psykiatriska öppenvården identifierar relativt få patienter med riskbruk av alkohol. Under år 2013 var det i genomsnitt två procent av patienterna som konstaterades ha ett riskbruk, som också dokumenterades i journalsystemet. Störst andel dokumenterades i Uppsala. Sannolikt identifieras fler patienter med riskbruk, men vårdpersonalen har inte haft rutiner för att dokumentera det (diagram 58).

Diagram 58. Riskkonsumenter inom psykiatrisk öppenvård

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



Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

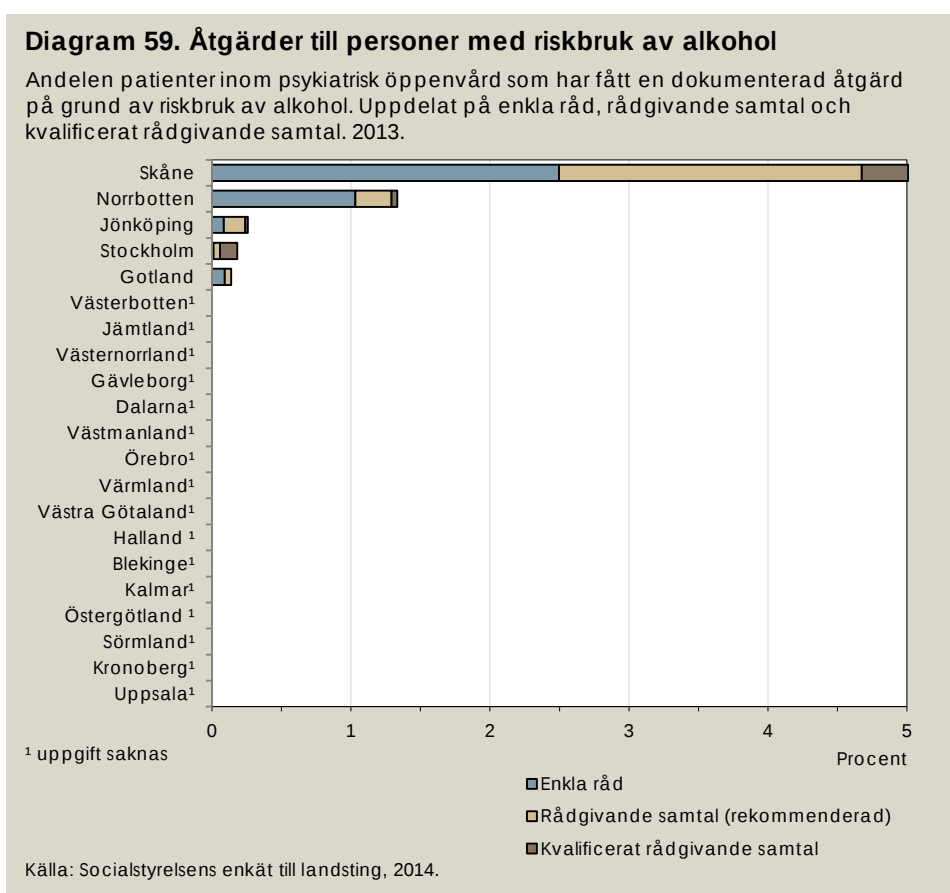
Dokumentering av åtgärder för att minska patienternas alkoholkonsumtion

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

Skillnaderna mellan landstingen är stora. I Skåne fick omkring 5 procent av patienterna inom psykiatriska öppenvården någon åtgärd för att minska sin alkoholkonsumtion, medan det i andra landsting var under en halv procent som fick en sådan åtgärd.

Sannolikt arbetar den psykiatriska öppenvården mycket mer med riskfyllda alkoholvanor än vad uppgifterna som landstingen har kunnat lämna visar. På många håll saknas fastställda rutiner om vad och hur dokumentationen ska ske.

I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen att patienterna i första hand ska få ett rådgivande samtal, vilket innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten och anpassar åtgärderna till individens hälsotillstånd och förutsättningar. Resultaten från enkäten tyder på att det är relativt vanligt att patienterna får åtgärden enkla råd i stället för rådgivande samtal (diagram 59).



Andelen patienter med riskfylld alkoholkonsumtion som får åtgärd kan inte redovisas

En utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen patienter med riskfyllda alkoholvanor som får rådgivande samtal.

Brister i tillgängliga data gör dock att det i nuläget inte är möjligt att göra någon skattning av hur stor andel av riskkonsumenterna som får åtgärder.

Bedömning av resultaten

Endast ett fåtal av landstingen kan redovisa uppgifter om andelen patienter inom den psykiatriska vården som använder tobak respektive har en riskkon-

sumtion av alkohol. Även när det gäller de vidtagna åtgärderna brister underlaget.

Bristen på dokumenterade åtgärder är bekymmersam, eftersom personer med psykisk sjukdom har ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning än personer i stort. Risken att utveckla missbruk är dubbelt så stor bland dessa patienter och studier visar att var tredje man och var femte kvinna som söker psykiatrisk öppenvård har en riskkonsumtion av alkohol. Även tobaksbruk är vanligare bland personer med psykisk sjukdom.

Liksom i andra vårdformer kan det naturligtvis vara så att det finns åtgärder som vidtas utan att dokumenteras i landstingens dokumentationssystem. En tidigare utvärdering som Socialstyrelsen har genomfört tyder dock på att det finns faktiska brister i hur de psykiatriska verksamheterna arbetar med levnadsvanor [7]. I utvärderingen tillfrågades verksamheterna om i vilken omfattning personer med psykisk sjukdom får stöd att förändra sina levnadsvanor. Endast 5 procent av verksamheterna bedömer att patienternas behov av sjukdomsförebyggande insatser tillgodoses i tillräcklig omfattning. De allra flesta – 80 procent – anser att behoven tillgodoses i för liten omfattning, och 15 procent att de inte tillgodoses alls. Samma utvärdering visar att personer med psykisk ohälsa inte får adekvat vård i samma utsträckning som övriga befolkningen för sina kroppsliga sjukdomar, som ofta är livsstilsrelaterade.

Socialstyrelsen bedömer att de psykiatriska verksamheterna behöver utveckla arbetssätt för att arbeta med levnadsvanor, samt förbättra dokumenteringen för att möjliggöra uppföljningen av åtgärderna.

Sjukdomsförebyggande åtgärder inför planerad operation

Åtgärder vid tobaksbruk

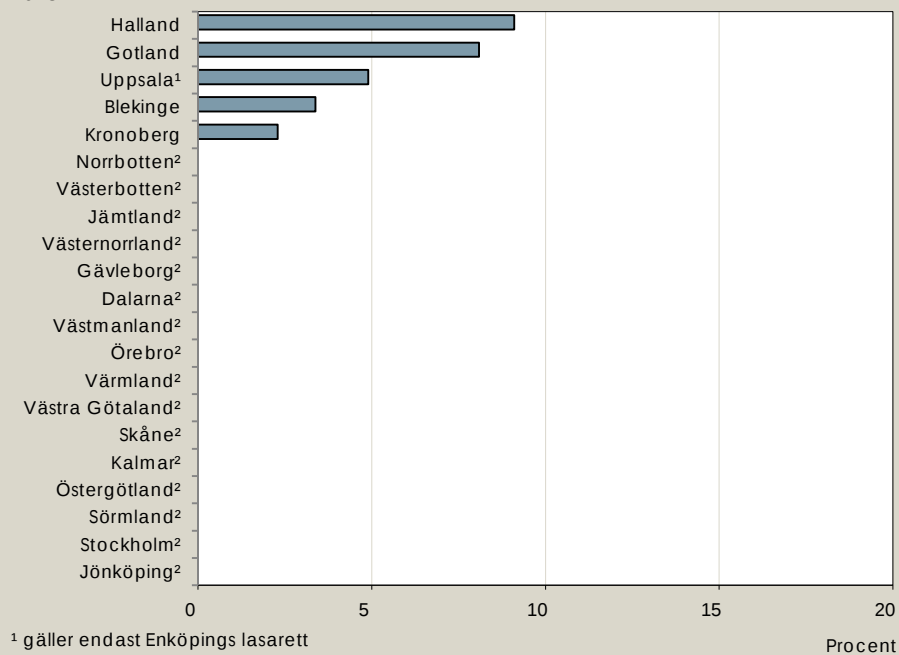
Rökstopp är en av de mest kostnadseffektiva patientsäkerhetsåtgärderna vid operation. Patienter som röker inför operation löper ökad risk för bland annat försämrad sårhäkning och hjärt-kärlkomplikationer. Ett rökuppehåll i samband med en operation halverar risken för att få blodproppar, lunginflammation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

Identifiering av patienters tobaksbruk inför planerade operationer

Fem landsting har lämnat uppgifter om rökvanor hos patienter som ska genomgå en planerad operation. Under år 2013 uppmärksammades knappt 7 procent av patienterna som rökare vid beslutet om operation. Andelen varierar mellan landstingen – från 2 till 9 procent (diagram 60).

Diagram 60. Identifierade rökare inför planerad operation

Andelen identifierade rökare bland de som ska genomgå en planerad operation, 2013.



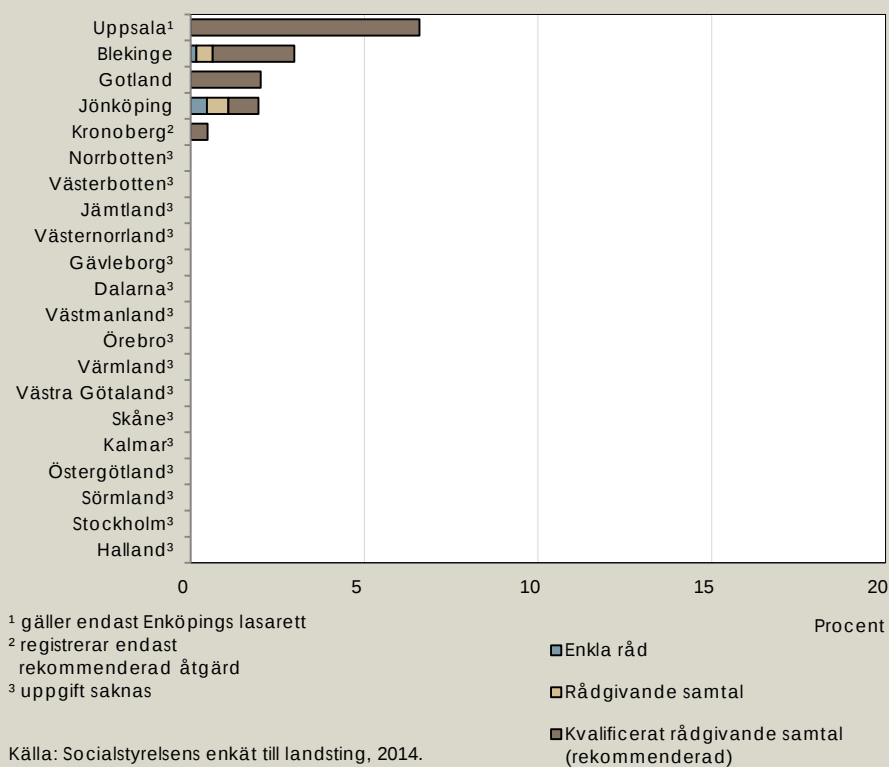
Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2014.

Dokumentering av tobakspreventiva åtgärder inför planerade operationer

Av enkäten till landstingen framgår att 4 procent av patienterna som ska genomgå en planerad operation har fått någon dokumenterad åtgärd för sitt tobaksbruk under år 2013. I Uppsala är andelen betydligt högre än i övriga landet; var tionde patient som genomgår en planerad operation i Uppsala har fått en åtgärd. Detta kan bero på att man länge har arbetat systematiskt med rökstopp inför operation (diagram 61).

Diagram 61. Åtgärder till rökare inför operation

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



Underlag saknas för indikatorer om åtgärder till patienter som ska opereras

En utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen patienter som får kvalificerat rådgivande samtal på grund av att de är rökare och ska genomgå en planerad operation. En annan indikator är andelen patienter som inte längre röker efter att ha fått en åtgärd.

Brister i underlaget från landstingen gör att ingen av de föreslagna indikatorerna kan redovisas.

Bedömning av resultaten

Det är få landsting som kan redovisa uppgifter om åtgärder för rökstopp inför operationer. En tänkbar orsak till att det kan vara att personer som ska genomgå en planerad operation remitteras vidare till rökavvänjning inom primärvården. Men det saknas också uppgifter om andelen patienter som röker före en planerad operation, vilket tyder på att de opererande verksamheterna inte identifierar patienter som röker i tillräcklig utsträckning. Socialstyrelsen menar att detta är problematiskt ur ett patientsäkerhetsperspektiv, eftersom rökning kan leda till ett flertal komplikationer i samband med operationen.

Sjukdomsförebyggande åtgärder för gravida

Mödrahälsovården har ett strategiskt uppdrag att främja hälsa och förebygga sjukdom hos gravida och deras väntade och nyfödda barn. Eftersom 98 procent av alla gravida har kontakt med mödrahälsovården är denna en viktig aktör i det sjukdomsförebyggande arbetet.

Socialstyrelsen har ansvar för det medicinska födelseregistret, som alla mödrahälsovårdsverksamheter är skyldiga att lämna uppgifter till. Underlaget för registret är journalerna som förs i mödrahälsovården. I dessa ska man alltid dokumentera om den gravida röker eller snusar vid inskrivningen, och om hon gör det i graviditetsvecka 32.

Övriga levnadsvanor dokumenteras inte i det medicinska födelseregistret. Det dokumenteras inte heller vilka åtgärder som barnmorskan har vidtagit.

I detta avsnitt redovisas de uppgifter om tobaksbruk som dokumenteras i det medicinska födelseregistret. För att beskriva andelen gravida som brukar alkohol har uppgifter hämtats från graviditetsregistret, som är ett nationellt kvalitetsregister. Uppgifter om sjukdomsförebyggande åtgärder har hämtats från den enkätundersökning som riktades till alla landsting.

Åtgärder vid tobaksbruk

Tobaksbruk under graviditeten innebär en ökad risk för komplikationer hos fostret och även för barnets hälsa efter födseln, som dålig fostertillväxt, moderkaksavlossning, missfall, fosterdöd under graviditeten, tidig födsel, låg födelsevikt och plötslig spädbarnsdöd [15].

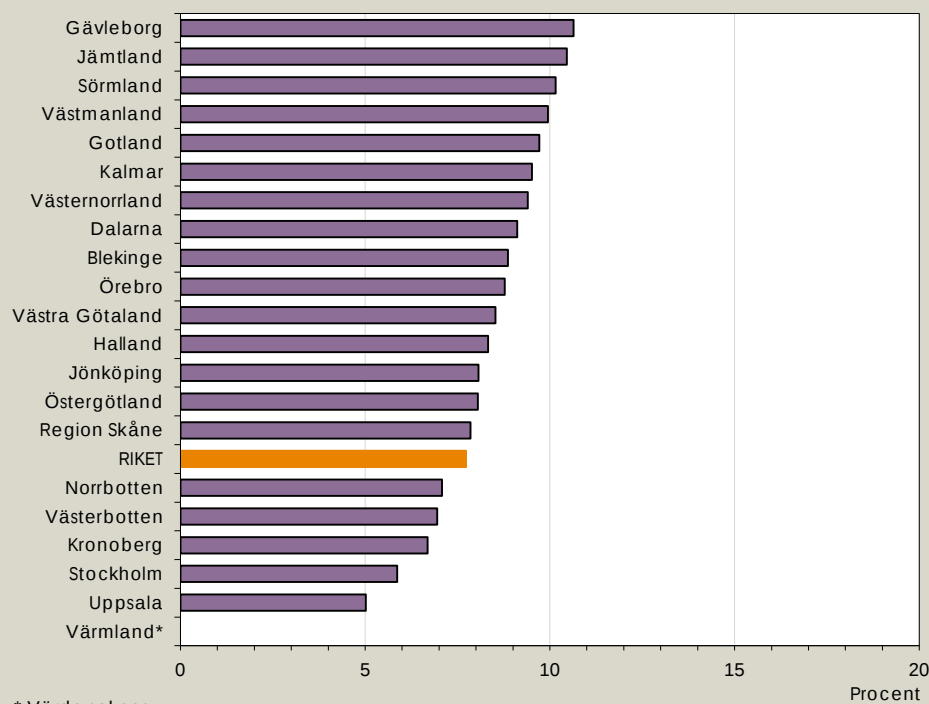
Vid det första besöket på mödrahälsovården tillfrågas den gravida kvinnan både om aktuellt tobaksbruk samt om hon rökte eller snusade under tre månader innan hon blev gravid. Frågan återkommer i graviditetsvecka 32. I samband med efterkontrollen görs en uppföljning. Mödrahälsovården erbjuder rådgivande samtal till gravida och ammande som röker eller snusar, även till de som gör det mer sporadiskt. Andra åtgärder kan vara hänvisning till tobaksavvänjare, telefonrådgivning via ”sluta-röka -linjen” och liknande.

Identifiering av gravida som röker vid inskrivning

Uppgifter från det medicinska födelseregistret visar att andelen gravida som röker eller snusar varierar i landstingen – från 5 till 10 procent. Andelen är störst i Gävleborg och minst i Uppsala (diagram 62). I Värmland bytte man journalsystem år 2012 och har inte lyckats lösa problemen med att föra över uppgifter till medicinska födelseregistret vad gäller statistikåren 2012 och 2013.

Diagram 62. Tobaksvanor under graviditet

Andelen kvinnor som röker eller snusar vid inskrivning vid mödravårdcentral, 2011-2012.



* Värde saknas

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

För att kunna beräkna hur stor andel av de gravida kvinnorna som får åtgärder enligt riktlinjerna bad Socialstyrelsen landstingen lämna uppgifter om antalet gravida som rökte vid inskrivningssamtalet. Endast sju landsting kunde redovisa de aktuella uppgifterna. I flera fall överensstämmer inte uppgifterna med de som framgår av det medicinska födelseregistret.

Dokumentering av tobakspreventiva åtgärder inom mödrahälsovården

En utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen gravida som röker och som får ett kvalificerat rådgivande samtal. I denna utvärdering har andelen beräknats utifrån de fem landsting som lämnade uppgifter om både antalet gravida som röker och antalet åtgärder som har genomförts. Beräkningen visar att drygt var fjärde gravid som röker har fått någon åtgärd. Sannolikt genomförs betydligt fler tobakspreventiva åtgärder, men eftersom dessa inte ingår i den standardiserade mödrahälsovårdsjournalen måste åtgärderna börja dokumenteras på annat sätt för att kunna följas upp.

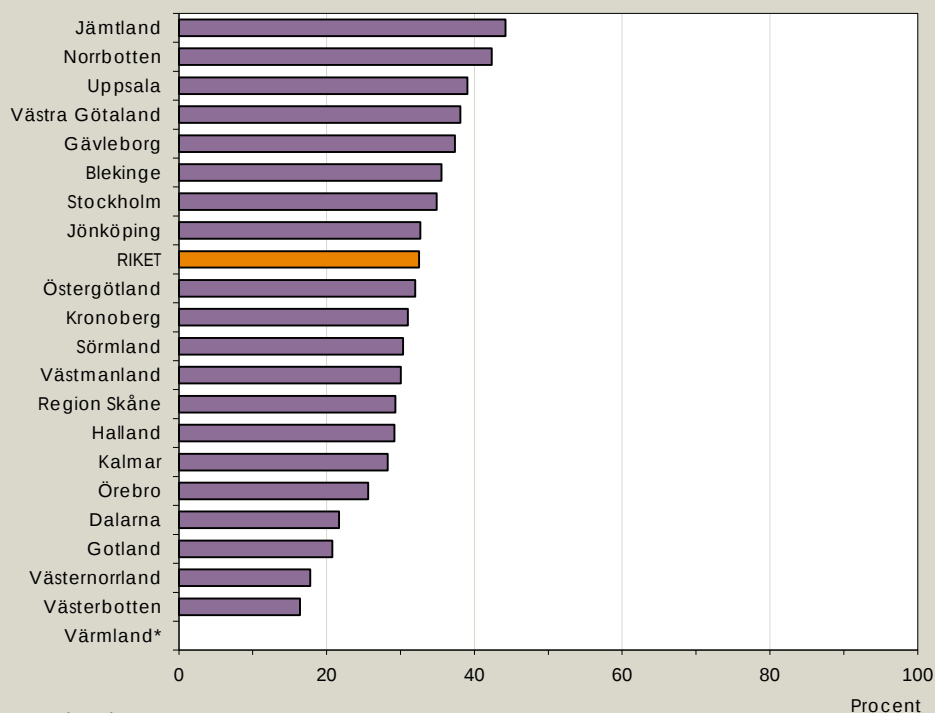
Resultaten tyder på att den vanligaste åtgärden är rådgivande samtal och inte kvalificerat rådgivande samtal, vilket är den högst prioriterade åtgärden i riktlinjerna.

Dokumentering av gravida som har slutat röka

Uppgifter från Medicinska födelseregistret visar att en tredjedel av alla gravida som röker eller snusar vid inskrivningen har slutat vid graviditetsvecka 32, när frågan ställs på nytt. Skillnaderna mellan landstingen är mycket stora. Bäst lyckas Jämtland och Norrbotten, där över 40 procent av de gravida har slutat att röka eller snusa (diagram 63).

Diagram 63. Slutat röka under graviditet

Andelen rökande/snusande kvinnor som slutar röka eller snusa vid 30-32 veckors graviditet, åldersstandardiserade värden, 2011-2012.



* Värde saknas

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

En annan utvecklingsindikator i de nationella riktlinjerna är andelen gravida som inte längre röker efter att ha fått en sjukdomsförebyggande åtgärd.

Tre landsting har lämnat uppgifter om hur många gravida som inte längre röker efter åtgärd. Uppgifterna visar att bland de som har fått en åtgärd är det närmare två av tre som har slutat röka vid återbesöket i graviditetsvecka 30 - 32. Detta tyder på att rökavvänjande åtgärder till gravida har en positiv effekt, men sannolikt är det också så att personer som väljer att ta emot hjälpen är mer motiverade än andra att sluta röka.

Åtgärder vid bruk av alkohol

Alkoholkonsumtion under graviditet skadar fostret. Skadorna kan till exempel vara tillväxthämning, missbildningar och hjärnskador. Även risken för missfall och låg födelsevikt ökar. Alkoholkonsumtionen kan även leda till beteendestörningar och andra mentala problem hos barnet.

Mödrahälsovården genomför screening av alla gravida kvinnor vid det första besöket. Screeningen berör kvinnans alkoholvanor året innan graviditeten. Det ställs också frågor om alkoholbruket under graviditeten, vilket följs upp vid återbesöket i graviditetsvecka 32. Om ett riskbruksbeteende konstateras gör vården en systematisk genomgång av de senaste veckornas alkoholkonsumtion och följer sedan upp det regelbundet.

Mödrahälsovården erbjuder rådgivande samtal till gravida som brukar alkohol. Det finns också en utvecklad samverkan med andra aktörer, som till exempel beroendeenheter, specialistmödravården och socialtjänsten.

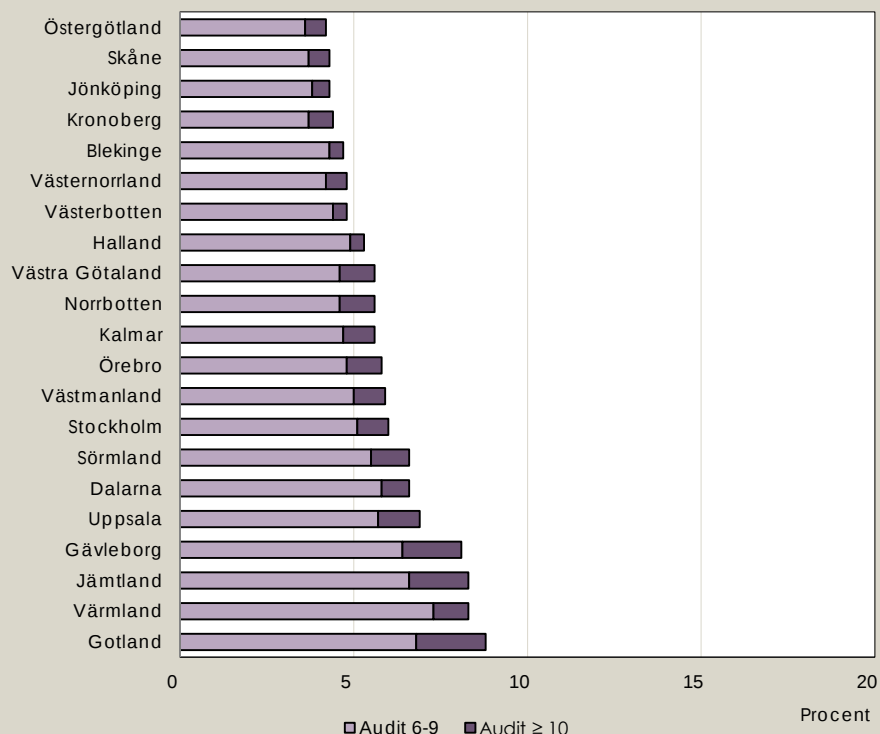
Identifiering av riskbruk av alkohol hos gravida

I mödrahälsovårdsjournalen dokumenteras eventuellt riskbruksbeteende. Bruket av alkohol mäts via AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) och avser alkoholvanorna året innan graviditeten. Om det finns ett riskbruk bör vården följa kvinnans alkoholkonsumtion under graviditeten särskilt.

Uppgifter i det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret avseende kvinnor som födde barn 2013 visar att mellan 4 och 9 procent av kvinnorna hade ett riskbruk av alkohol innan tiden för graviditeten (diagram 64).

Diagram 64. Alkoholvanor före graviditet

Andel gravida med riskbruk av alkohol (AUDIT-poäng 6-9 respektive ≥ 10) år 2013.



Källa: Graviditetsregistret.

I Socialstyrelsens enkät ombads landstingen redovisa antalet gravida som använde alkohol vid inskrivningssamtalet. Resultaten visar att ungefär

5 procent av de gravida noterades som användare av alkohol vid inskrivningssamtalet. Det var dock endast sex landsting som kunde lämna dessa uppgifter.

Andelen varierar stort mellan landstingen – från någon enstaka promille till nästan 6 procent. Detta tyder på att landstingen har kommit olika långt när det gäller både användningen av AUDIT och utvecklingen av dokumentationsrutiner.

Dokumentering av alkoholpreventiva åtgärder inom mödrahälsovården

Socialstyrelsen har inte kunnat beräkna hur stor andel av de gravida med riskkonsumtion av alkohol som får en alkoholpreventiv åtgärd. Detta beror på att underlaget är alltför litet. Endast tre landsting har lämnat uppgifter om alkoholpreventiva åtgärder, och för ett av dessa saknas uppgifter om antalet gravida som har ett riskbruk.

Bristen på data gör att det inte heller är möjligt att redovisa någon av de utvecklingsindikatorer som ingår i riktlinjerna (andelen gravida med bruk av alkohol som får rådgivande samtal respektive andelen gravida som efter åtgärd inte längre brukar alkohol).

Otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor dokumenteras inte

Den gravidas fysiska aktivitet och matvanor dokumenteras inte i mödravårdsjournaler, och eventuella åtgärder av dessa levnadsvanor kan alltså inte följas upp.

Fysisk aktivitet under graviditeten förebygger risken för vanliga graviditets- och förlossningskomplikationer. Fysiskt aktiva kvinnor mår bättre, har bättre självkänsla och drabbas mindre ofta av graviditets- och förlossningsdepressioner.

Mödrahälsovården arbetar med rådgivning för att öka den fysiska aktiviteten, men i mödravårdsjournalen dokumenteras varken eventuell otillräcklig fysisk aktivitet hos den gravida eller de åtgärder som barnmorskan erbjuder.

Ohälsosamma matvanor under graviditeten innebär, utöver samma risker som för icke-gravida, att kvinnan riskerar en alltför kraftig viktuppgång. Det ökar i sin tur risken för graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och förlossningskomplikationer, vilka i sin tur kan leda till hälsokonsekvenser för barnet. Som åtgärd mot ohälsosamma matvanor erbjuder mödrahälsovården rådgivande samtal under tidig graviditet med uppföljning senare under graviditeten och efter förlossningen. Där tillgång till dietist finns kan mödrahälsovården även erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till gravida med ohälsosamma matvanor.

Bedömning av resultaten

Trots att mödrahälsovården har en lång tradition av att arbeta med ohälsosamma levnadsvanor visar Socialstyrelsens undersökning att det är svårt att följa upp arbetet. Till exempel kan inte många landsting redovisa uppgifter om tobaksbruk och alkoholkonsumtion hos gravida, trots att sådana uppgifter

sedan länge dokumenterats inom mödrahälsovården. Detta tyder på att det kan finnas brister i landstingens uppföljning av det sjukdomsförebyggande arbete som pågår inom mödrahälsovården.

Även när det gäller de åtgärder som genomförs saknas det uppgifter. En förklaring till att landstingen inte kan redovisa åtgärder är att varken det medicinska födelseregistret eller graviditetsregistret innehåller denna information.

Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att förbättra förutsättningarna att följa upp de åtgärder som sker inom mödrahälsovården. Det är önskvärt att de nationella registren utvecklas till att även omfatta åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor (till exempel sådana som görs för att minska gravidas tobaksbruk respektive alkoholkonsumtion). Det förefaller också som om att detta i större utsträckning behöver uppmärksammas i landstingens eget uppföljningsarbete.

Hur kan uppföljningen förbättras?

Enkätresultaten visar att det finns brister i dokumenteringen både av ohälsosamma levnadsvanor och av åtgärder som görs mot dessa. Brister finns inom såväl primärvården som inom specialistvården.

Inom primärvården finns det ingen tradition av att dokumentera sjukdomsförebyggande åtgärder, och i flertalet landsting skedde det för första gången år 2013. Många landsting anger att det saknas enhetliga rutiner för hur åtgärderna ska dokumenteras. Vissa enheter dokumenterar flitigt medan andra nästan inte har några dokumenteringar. Flera landsting påpekar att detta till viss del kan bero på att uppdragen och ersättningssystemen ser olika ut för olika verksamheter. Att journalsystemen på många håll skiljer sig åt mellan olika verksamheter försvårar också möjligheterna till en enhetlig dokumentation.

Även i den specialiserade vården saknas det ofta tydliga rutiner för dokumentationen. Det saknas ofta krav på att verksamheten ska dokumentera åtgärds-koder och det förekommer att dokumentationen sker i form av löpande text, vilket försvårar uppföljningen. Sannolikt får fler patienter hjälp och stöd med tobaksavvänjning än vad som framgår av de uppgifter som landstingen har redovisat. Landstingen har haft särskilt svårt att lämna uppgifter för patienter med riskbruk av alkohol. Som skäl anges huvudsakligen bristande rutiner för dokumentationen.

Landstingens bedömning av framtida möjligheter till uppföljning

Den första enkäten till landstingen visade att många av dem inte kunde lämna in alla uppgifter som efterfrågades. För att få en bild av när landstingen bedömer att de ska kunna lämna de önskade uppgifterna skickade Socialstyrelsen ut några kompletterande frågor. Sexton landsting valde att svara på dessa.

När det gäller primärvården anger drygt hälften av landstingen att de kommer att kunna ta fram uppgifter om antalet patienter med ohälsosamma levnadsvanor samt vidtagna åtgärder för statistikåret 2014. Övriga landsting bedömer att detta kommer att vara möjligt först 2015 eller 2016.

Var tredje landsting uppger att de även för den specialiserade vården kommer att kunna ta fram de efterfrågade uppgifterna för statistikåret 2014. Merparten av landstingen uppskattar dock att arbetet inom den specialiserade vården tar längre tid, och att de kommer att kunna ta fram uppgifterna tidigast för år 2015.

Eftersom dokumenteringen av åtgärder påbörjades i primärvården först under 2013 i flera landsting innehöll inte enkäten frågor om antalet patienter som efter åtgärd inte längre har en ohälsosam levnadsvana. Det tar ofta ett halvår innan man kan bedöma om patienten har lyckats ändra en ohälsosam levnadsvana. Av de landsting som svarade på den kompletterande enkäten bedömer var tredje att primärvården kommer att kunna ta fram dessa uppgifter för statistikåret 2014. De övriga uppskattar att detta kommer att kunna ske först för statistikåret 2016 eller senare. När det gäller den specialiserade vår-

den bedömer man att det kommer att ta längre tid. Många landsting har precis påbörjat arbetet med att följa upp resultaten av åtgärderna, vilket gör att dokumentationssystem och arbetssätt behöver utvecklas ytterligare innan det är möjligt att redovisa uppgifterna.

Flera landsting följer själva upp arbetet med levnadsvanor. Det vanligaste är att inom vårdval följa antalet förskrivna FaR (fysisk aktivitet på recept) och arbetet kring tobaksavvänjning. Många landsting arbetar också med hälsosamtal till vissa ålders- eller patientgrupper och inom ramen för detta arbete följs också patienternas levnadsvanor upp.

Nationellt arbete för att förbättra datatillgången

Både primärvården och den specialiserade vården har i uppdrag att arbeta med sjukdomsförebyggande åtgärder. Den specialiserade vården omfattas av det nationella patientregistret som administreras av Socialstyrelsen, och skyldigheten att lämna uppgifter till registret är juridiskt reglerad. De insatser som sker inom primärvården ingår däremot inte i patientregistret i dag.

Våren 2012 lämnade Socialstyrelsen ett förslag till regeringen om att utöka patientregistret till att omfatta även primärvården [12]. Om förslaget realiserar kommer det i framtiden att finnas bättre förutsättningar för att följa upp de sjukdomsförebyggande åtgärder som sker inom primärvården.

Trots att det i nuläget saknas datakällor på nationell nivå har regeringen bedömt det angeläget att följa upp hur landstingens sjukdomsförebyggande arbete utvecklas. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att bygga upp ett system för att samla in uppgifter som gör det möjligt att kontinuerligt följa införandet av de nationella riktlinjerna. Bristen på registerdata medför att uppgifter under de närmaste åren kommer att samlas in via enkäter. Detta kommer att ske årligen och innebär att landstingen uppmanas att rapportera uppgifter om

- antalet patienter med en ohälsosam levnadsvana
- de åtgärder patienterna har fått
- antalet patienter som inte längre har en ohälsosam levnadsvana efter åtgärd

Uppgifterna kommer inte att efterfrågas på individnivå, utan på aggregerad nivå. Till de ohälsosamma levnadsvanorna hör tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor

När det gäller datainsamling kring tobaksbruk och tobaksslutarstöd finns en informationsspecifikation som Sveriges Kommuner och Landsting har tagit fram tillsammans med landstingen. Detta är en del av arbetet med att stödja tobaksavvänjning inom ramen för den nationella cancerstrategin. Specifikationen innehåller en beskrivning av vilka uppgifter som bör dokumenteras, till exempel i patientjournalen eller i relevanta kvalitetsregister. Utifrån specifikationen om tobaksbruk har Region Skåne, i samarbete med bland annat Socialstyrelsen, tagit fram motsvarande stöd för dokumentation av övriga levnadsvanor. Dessa informationsspecifikationer utgör en grund i den årliga datainsamling som Socialstyrelsen kommer att genomföra [16].

Norrbotten – ett exempel på lokal uppföljning

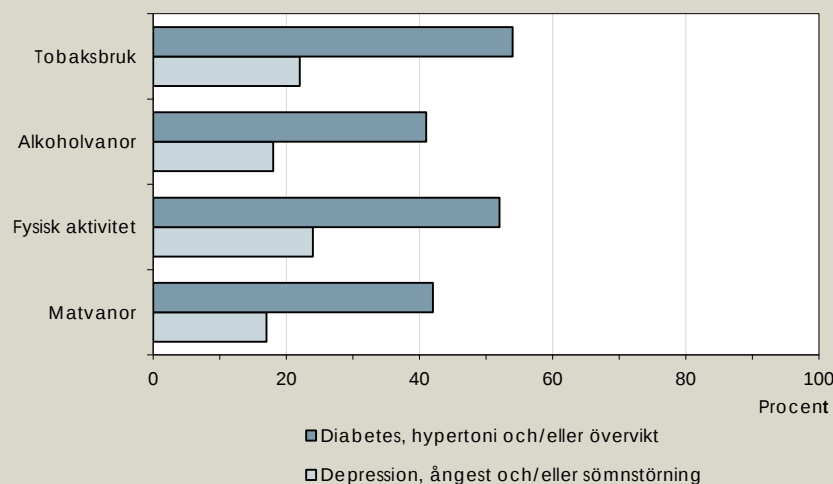
I detta avsnitt redovisas uppgifter från Norrbottens primärvård som har systematiskt följt upp arbetet med levnadsvanor sedan år 2012. Genom att presentera resultat därifrån kan andra landsting få inspiration till hur det går att arbeta med uppföljnings- och förbättringsarbete när det finns tillgång till relevant dataunderlag.

Norrbotten tog fram sin dokumentationsmodell innan informationsspecifikationerna för alkohol, matvanor och fysisk aktivitet var klara, vilket gör att definitionerna av riskbeteende inte helt överensstämmer med specifikationerna.

Diagram 65 visar hur stor andel av patienterna vid ett primärvårdsområde i Norrbotten som fått frågor om sina levnadsvanor när de har sökt vård för några utvalda diagnoser. Resultaten visar att ungefär hälften av de som sökt vård för metabolt syndrom (diabetes, högt blodtryck eller övervikt) har fått dokumenterade frågor om sina levnadsvanor. Bland patienter som söker vård för psykiska besvär är det endast var femte patient.

Diagram 65. Patienter i Norrbotten som tillfrågats om levnadsvanor

Andel patienter som har fått frågan om respektive levnadsvana av de som besökt sin hälsocentral för olika diagnoser. Våren 2014.



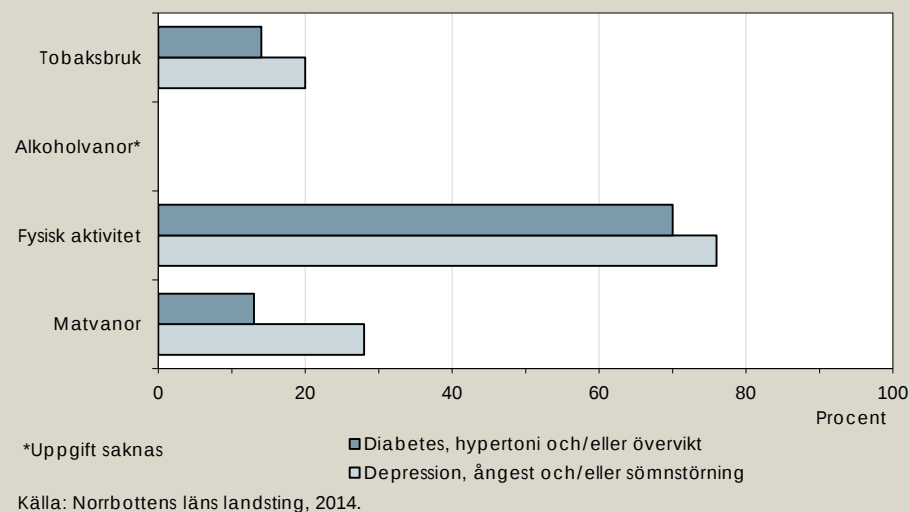
Källa: Norrbottens läns landsting, 2014.

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

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

Diagram 66. Patienter i Norrbotten med journalförd risk

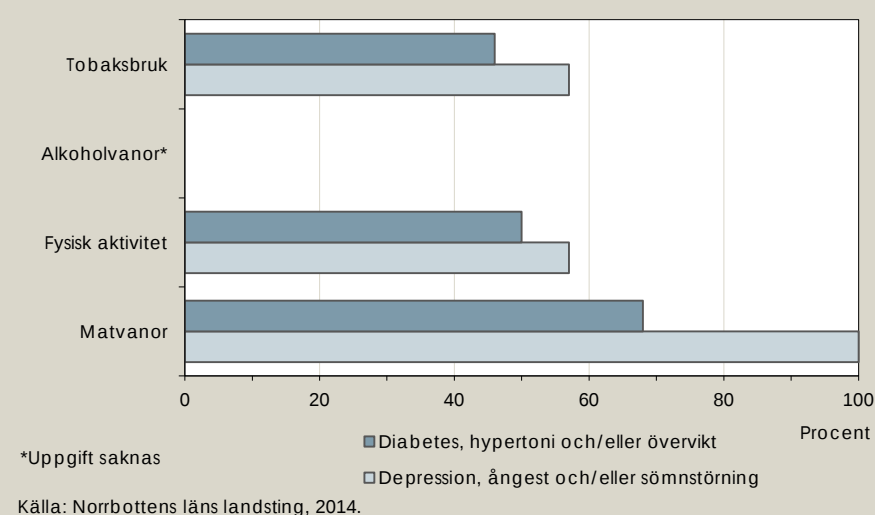
Andel patienter som har fått journalförd risk av de tillfrågade patienterna. Våren 2014.



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

Diagram 67. Patienter i Norrbotten som har fått åtgärd

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



Primärvården i Norrbotten har en arbetsmetod som innebär att den här sortens diagram skapas och uppdateras månadsvis för varje hälsocentral, och finns tillgängliga i en uppföljningsportal. Detta innebär att hälsocentralerna får kunskap om vilka patientgrupper som eventuellt inte uppmärksammas

tillräckligt, samt om hur det konkreta arbetet med att förbättra levnadsvanor går framåt.

Bedömning av resultaten

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

På nationell nivå är det viktigt att följa arbetet med sjukdomsförebyggande metoder ur ett jämlikhetsperspektiv för att kunna slå larm om skillnaderna är stora mellan landstingen eller olika grupper i samhället. Patienterna ska kunna förvänta sig att det går att få stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor oavsett i vilket landsting man bor. Om det brister i dokumentationen blir det också svårare att hitta och lyfta fram goda exempel som kan inspirera landsting som inte har kommit lika långt i införandet av rekommendationerna i riktlinjerna. Sannolikt kommer dock uppföljningsmöjligheterna att förbättras i framtiden, eftersom många landsting bedömer att de kommer att kunna ta fram de efterfrågade uppgifterna inom de närmaste åren.

Vissa landsting har kommit längre än andra när det gäller att dokumentera sjukdomsförebyggande åtgärder. Socialstyrelsen menar att landsting som ännu inte har påbörjat att dokumentera åtgärder bör ta tillvara erfarenheterna från de landsting som kommit längre i arbetet.

Sjukdomsförebyggande arbete inom kommunal hälso- och sjukvård

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens kartläggning av i vilken mån de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har införts inom den kommunala hälso- och sjukvården. Underlaget har samlats in via en enkät riktad till tre yrkesgrupper: medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga inom elevhälsan. Utöver enkäten har Socialstyrelsen genomfört ett antal intervjuer med MAS och MAR.

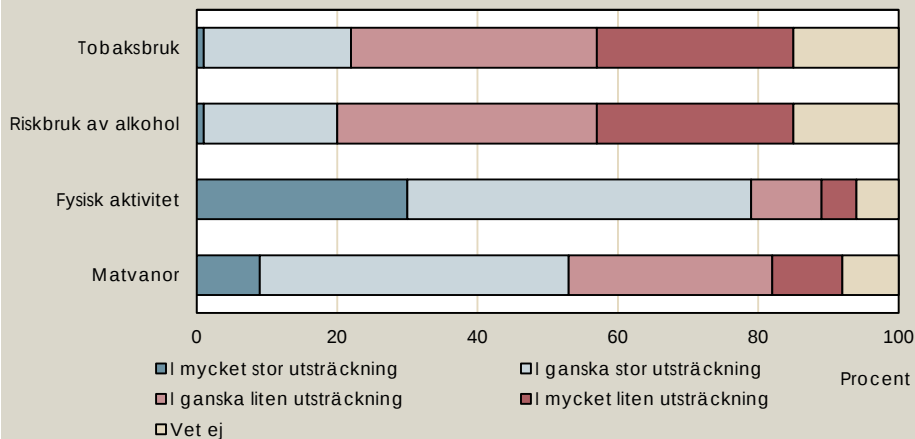
Kommunens hälso- och sjukvård

Resultaten från kartläggningen tyder på att de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder inte har implementerats inom den kommunala hälso- och sjukvården i någon större omfattning. Däremot finns det annat förebyggande arbete, som framför allt berör äldreomsorgen. Detta är riktat mot det som många kommuner uppfattar som de stora utmaningarna för äldreomsorgen, exempelvis fallskador, trycksår och nutrition.

I enkäten till MAS och MAR ställdes frågan om i vilken mån de upplever att personalen inom deras ansvarsområde har tillräckligt med kompetens för att arbeta med rådgivning om levnadsvanor (diagram 68). Ämneskompetensen bedöms vara högre för fysisk aktivitet och matvanor än tobaksbruk och riskbruk av alkohol.

Diagram 68. Ämneskompetens om levnadsvanor

I vilken utsträckning tycker du att personalen i ditt ansvarsområde har ämneskompetens för att arbeta med rådgivning om levnadsvanor?



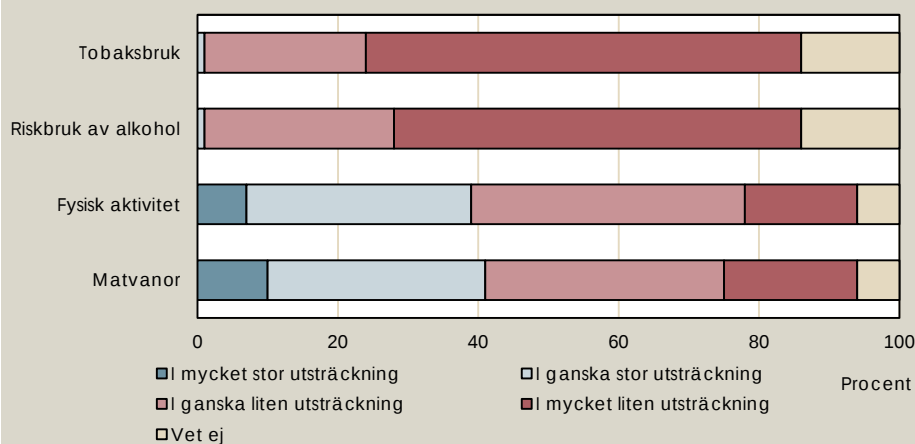
Källa: Socialstyrelsens enkät till MAS och MAR, 2014.

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

Vad gäller rutiner för att arbeta med rådgivande samtal uppfattar MAS och MAR att det är betydligt vanligare att det finns rutiner för fysisk aktivitet och matvanor än för tobaksbruk och riskbruk av alkohol, där rutiner i stort sett saknas helt (diagram 69).

Diagram 69. Tydliga rutiner för levnadsvanor

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

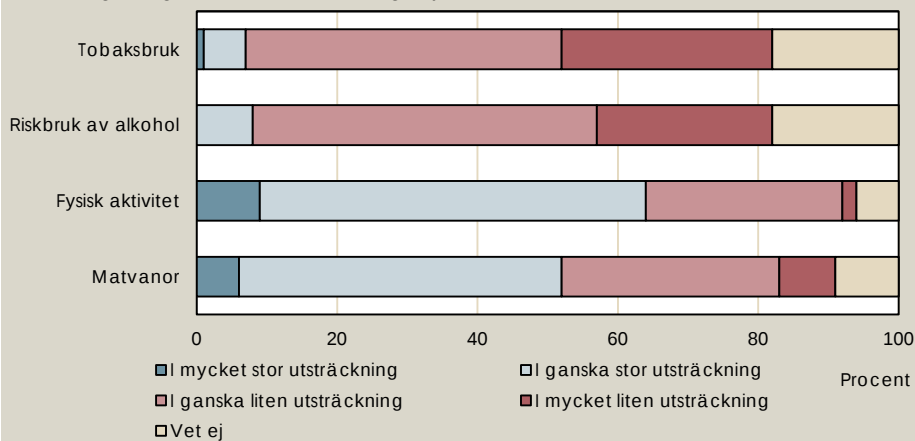


Källa: Socialstyrelsens enkät till MAS och MAR, 2014.

I kartläggningen ställdes också frågan om i vilken utsträckning patienter med behov av rådgivningsinsatser får ta del av sådana insatser. Det är fler som uppger att patienter blir erbjudna rådgivningsinsatser än som uppger att det finns rutiner kring rådgivningen. Skillnaden är störst inom området fysisk aktivitet där drygt 60 procent av MAS och MAR anger att patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården erbjuds rådgivningsinsatser, men knappt 40 procent uppger att det finns rutiner för detta (diagram 70).

Diagram 70. Patienter får rådgivning

I vilken utsträckning får patienterna i ditt ansvarsområde som är i behov av rådgivning ta del av denna kring följande levnadsvanor?



Källa: Socialstyrelsens enkät till MAS och MAR, 2014.

På frågan om verksamheterna inom det egna ansvarsområdet samverkar med landsting vad gäller rådgivning kring levnadsvanorna menar drygt hälften av MAS och MAR att så sker med primärvården och var femte att man samverkar med den specialiserade vården. Samarbetet sker dubbelt så ofta i frågor om fysisk aktivitet och matvanor som tobaksbruk och riskbruk av alkohol.

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

Elevhälsan

Utöver frågorna till primärvården ställde Socialstyrelsen frågor till verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga inom elevhälsan. Resultaten visar att sjukdomsförebyggande arbete är en grundläggande del av elevhälsans verksamhet, men att de nationella riktlinjerna sällan används.

Skolorna tycks i regel arbeta med sjukdomsförebyggande arbete utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt. Hälsoamtal ska enligt skollagen ske tre gånger under grundskolan. Dessa fungerar som en screening för bland annat ohälsosamma levnadsvanor. Motivationen för att arbeta sjukdomsförebyggande inom elevhälsan är stor och oomtvistad. De nationella riktlinjerna har dock haft liten påverkan på det förebyggande arbetet inom skolorna, då många inte känner till dem eller inte upplever att de är relevanta för elevhälsans verksamhet.

Bedömning av resultaten

Enkätsvaren tyder på att de nationella riktlinjerna inte har införts inom kommunerna. Det saknas både ämneskompetens och rutiner för att arbeta med ohälsosamma levnadsvanor, framförallt när det gäller alkohol och tobak. Det är också ovanligt att den kommunala hälso- och sjukvården samverkar med landstingens verksamheter – framförallt specialistvården.

Socialstyrelsen menar att det skulle vara en fördel om arbetet med ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning skedde i samverkan mellan landsting och kommun. Även andra aktörer - som till exempel skolan, arbetslivet och föreningslivet – har en viktig roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, vilket gör att samverkan med dessa också är angeläget.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärt-sjukvård. Socialstyrelsen; 2009.
2. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2010.
3. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. Socialstyrelsen; 2011.
4. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 – Diabetesvård. Socialstyrelsen; 2012.
5. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Socialstyrelsen; 2013.
6. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
7. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen; 2013.
8. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2014 – Vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2014.
9. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2014 – Vård vid rörelseorganen sjukdomar. Socialstyrelsen; 2014.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2011.
11. Socialdepartementet. Uppdrag angående nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt utbetalning av medel. S2011/484/FS (delvis).
12. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. Socialstyrelsen; 2012.
13. Johansson, H. Ekonomiska styrsystem och sjukdomsförebyggande insatser. Umeå Universitet; 2014.
14. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014. Jämlik hälsa. Socialstyrelsen; 2014.
15. Crawford, JT, Tolosa, JE, Goldenberg, RL. Smoking cessation in pregnancy: why, how, and what next. Clin Obstet Gynecol. 2008; 51(2):419-35.
16. Informationsspecifikation för levnadsvanor. Tobakskonsumtion, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor. <http://www.socialstyrelsen.se/>

Bilaga 1. Projektorganisation

Styrgrupp

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

Projektgrupp

Riitta Sorsa	projektledare
Maria Branting	utredare
Vera Gustafsson	utredare

Övriga deltagande

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

Bilaga 2. Beskrivning av samtalsmetoder

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

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

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

Enkla råd

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

Rådgivande samtal

Åtgärden *rådgivande samtal* är tidsmässigt mer omfattande än enkla råd och tar vanligen 10–15 minuter, men ibland upp till 30 minuter. Åtgärder på denna nivå innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Det rådgivande samtalet kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel som kan hjälpa personen att förändra levnadsvanan. Exempel på vad sådana verktyg kan vara:

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

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

Kvalificerat rådgivande samtal

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

Bilaga 3. Landstingens arbete med sjukdomsförebyggande metoder – enkätstudie december 2013

Tabell 1. Finns det övergripande mål för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård på:

	Landstingsnivå (politisk styrelse/nämnd)	Förvaltningsnivå eller motsvarande (t. ex strategi/handlingsplan)
Stockholm	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja
Gotland	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 2. Finns det mål specifikt för hälso- och sjukvårdens arbete med levnadsvanor på:

	Landstingsnivå (politisk styrelse/nämnd)	Förvaltningsnivå eller motsvarande (t. ex strategi/handlingsplan)
Stockholm	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Delvis
Östergötland	Ja	Delvis
Jönköping	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja
Kalmar	Delvis	Delvis
Gotland	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja
Halland	Nej	Delvis
Västra Götaland	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Delvis
Dalarna	Ja	Ja
Gävleborg	Delvis	Delvis
Västernorrland	Ja	Ja
Jämtland	Delvis	Delvis
Västerbotten	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja

Kommentar:

Delvis=inte för alla levnadsvanor och/eller verksamhetsområden

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 3. Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets uppdragsbeskrivningar som reglerar utförarnas verksamhet inom primärvården?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Nej
Västerbotten	Ja	Delvis	Ja	Delvis
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Ja

Kommentar:

Delvis=inte för alla verksamheter

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 4. Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets uppdragsbeskrivningar som reglerar utförarnas verksamhet inom specialiserad psykiatrisk vård?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Delvis	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Kalmar	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Ja

Kommentar:

Delvis=inte för alla verksamheter

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 5. Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets uppdragsbeskrivningar som reglerar utförarnas verksamhet inom specialiserad somatisk vård?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Delvis	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Delvis	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Kalmar	Ja	Ja	Delvis	Delvis
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Delvis	Delvis	Delvis
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja	Nej
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Delvis	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Jämtland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Västerbotten	Delvis	Delvis	Ja	Delvis
Norrbotten	Ja	Nej	Nej	Delvis

Kommentar:

Delvis=inte för alla verksamheter

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 6. Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets årliga planer för uppföljning av utförarnas verksamhet inom primärvård?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Nej
Värmland	Ja	Nej	Ja	Nej
Örebro	Ja	Delvis	Ja	Delvis
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Gävleborg	Ja	Delvis	Ja	Delvis
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Nej
Västerbotten	Ja	Delvis	Ja	Delvis
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Svar saknas

Kommentar:

Delvis=inte för alla verksamheter

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 7. Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets årliga planer för uppföljning av utförarnas verksamhet inom specialiserad psykiatrisk vård?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Nej	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Östergötland	Ja	ja	ja	ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Kalmar	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Västra Götaland	Delvis	Delvis	Delvis	Nej
Värmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Örebro	Delvis	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Norrbottn	Ja	Ja	Ja	Ja

Kommentar:

Delvis=inte för alla verksamheter

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 8. Ingår arbete med levnadsvanor i landstingets årliga planer för uppföljning av utförarnas verksamhet inom specialiserad somatisk vård?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Delvis	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Kalmar	Ja	Ja	Delvis	Delvis
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Nej	Delvis	Nej
Västra Götaland	Delvis	Delvis	Delvis	Nej
Värmland	Ja	Nej	Nej	Nej
Örebro	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Jämtland	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Västerbotten	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Norrbottn	Ja	Delvis	Nej	Delvis

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 9. Har landstinget tagit fram riktlinjer/vårdprogram eller motsvarande?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat
Uppsala	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Sörmland	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat
Östergötland	Ja, både	Nej	Ja, integrerat	Nej
Jönköping	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Kronoberg	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Kalmar	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat
Gotland	Ja, specifikt	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Skåne	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt
Halland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt
Värmland	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt
Örebro	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat	Ja, integrerat
Västmanland	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt
Dalarna	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt
Gävleborg	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Västernorrland	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, integrerat
Jämtland	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Svar saknas	Svar saknas
Västerbotten	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt
Norrbotten	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt	Ja, specifikt

Kommentar:

Ja, specifikt=ja, specifikt för levnadsvana men inte integrerat i andra riktlinjer
Ja, integrerat=ja, integrerat i andra riktlinjer men inte specifikt för levnadsvana
Ja, både=ja, både specifikt för levnadsvana och integrerat i andra riktlinjer
Nej=nej, varken specifikt för levnadsvana eller integrerat i andra riktlinjer

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 10. Hur stor del av verksamheter inom primärvården i landstinget har tagit fram egna lokala riktlinjer?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Uppsala	Mer	Mer	Mer	Mer
Sörmland	Hälften	Hälften	Hälften	Hälften
Östergötland	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Jönköping	Mer	Mindre	Mer	Mindre
Kronoberg	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Kalmar	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Gotland	Mer	Mer	Mer	Mer
Blekinge	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Skåne	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Halland	Hälften	Hälften	Hälften	Hälften
Västra Götaland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Värmland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Örebro	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Västmanland	Mer	Mer	Mer	Mer
Dalarna	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Gävleborg	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Västernorrland	Hälften	Hälften	Hälften	Hälften
Jämtland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Västerbotten	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Norrbotten	Mer	Mer	Mer	Mer

Kommentar:

Mer = mer än hälften

Hälften = ungefär hälften

Mindre = mindre än hälften

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 11. Hur stor del av enskilda kliniker inom den specialiserade psykiatriska vården i landstinget har tagit fram egna lokala riktlinjer?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Uppsala	Mer	Mer	Mer	Mer
Sörmland	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Östergötland	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Jönköping	Mer	Hälften	Mindre	Mindre
Kronoberg	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Kalmar	Mer	Mer	Mer	Mer
Gotland	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Blekinge	Vet ej	Mindre	Mindre	Mindre
Skåne	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Halland	Vet ej	Hälften	Hälften	Hälften
Västra Götaland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Värmland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Örebro	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Västmanland	Mer	Mer	Mer	Mer
Dalarna	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Gävleborg	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Västernorrland	Hälften	Hälften	Hälften	Hälften
Jämtland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Västerbotten	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Norrbotten	Hälften	Hälften	Hälften	Hälften

Kommentar:

Mer = mer än hälften

Hälften = ungefär hälften

Mindre = mindre än hälften

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 12. Hur stor del av enskilda kliniker inom den specialiserade somatiska vården i landstinget har tagit fram egna lokala riktlinjer?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Uppsala	Mer	Mer	Mer	Mer
Sörmland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Östergötland	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Jönköping	Mer	Hälften	Mindre	Mindre
Kronoberg	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Kalmar	Mer	Mindre	Mindre	Mindre
Gotland	Hälften	Mindre	Mindre	Mindre
Blekinge	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Skåne	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Halland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Västra Götaland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Värmland	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Örebro	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Västmanland	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Dalarna	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Gävleborg	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Västernorrland	Hälften	Hälften	Hälften	Hälften
Jämtland	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Västerbotten	Mindre	Mindre	Mindre	Mindre
Norrbotten	Hälften	Hälften	Hälften	Hälften

Kommentar:

Mer = mer än hälften

Hälften = ungefär hälften

Mindre = mindre än hälften

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 13. Omnämns levnadsvanor i landstingets rekommendationer om läkemedelsval?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Nej
Sörmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Svar saknas	Ja	Svar saknas
Skåne	Ja	Nej	Ja	Nej
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Nej
Värmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Nej	Ja	Nej
Dalarna	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Gävleborg	Ja	Nej	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Ja	Nej
Norrbotten	Nej	Nej	Nej	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 14. Ingår rådgivning om levnadsvanor i enlighet med de rekommenderade åtgärderna i de nationella riktlinjerna i landstingets rekommendationer om läkemedelsval?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Nej	Ja	Nej
Sörmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne	Nej	Nej	Nej	Nej
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Nej
Värmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Örebro	Nej	Nej	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Nej	Ja	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Ja	Nej
Norrbotten	Nej	Nej	Nej	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 15. Möjliggör landstingets journalsystem dokumentation av åtgärderna i riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder?

	Primärvård	Specialiserad psykiatrisk vård	Specialiserad somatisk vård
Stockholm	Delvis	Delvis	Delvis
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Delvis	Delvis
Östergötland	Ja	Delvis	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Delvis	Delvis	Delvis
Värmland	Ja	Ja	Ja
Örebro	Delvis	Delvis	Delvis
Västmanland	Ja	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Delvis	Delvis	Delvis
Västernorrland	Ja	Delvis	Delvis
Jämtland	Delvis	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Nej	Nej
Norrbotten	Ja	Ja	Ja
Kommentar:			
Delvis=inte för alla levnadsvanor och/eller verksamheter			

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 16. Ersätter landstinget utförarna inom primärvården för arbetet med levnadsvanor?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Uppsala	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Sörmland	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Östergötland	Ja, särskilt	Nej	Ja, särskilt	Nej
Jönköping	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Kronoberg	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Kalmar	Ja, både	Ja, grund	Ja, både	Ja, grund
Gotland	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Blekinge	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Skåne	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Halland	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Västra Götaland	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Värmland	Ja, både	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Örebro	Nej	Nej	Ja, särskilt	Nej
Västmanland	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Västernorrland	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Jämtland	Ja, både	Ja, både	Ja, både	Ja, både
Västerbotten	Ja, särskilt	Nej	Ja, särskilt	Nej
Norrbotten	Ja, särskilt	Ja, särskilt	Ja, särskilt	Ja, särskilt

Kommentar:

Ja, grund=ja, ingår i grundersättning men ersätts inte särskilt

Ja, särskilt=ja, ersätts särskilt men ingår inte i grundersättningen

Ja, både=Ja, ingår i grundersättningen och ersätts särskilt

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 17. Ersätter landstinget utförarna inom den specialiserade psykiatriska vården för arbetet med levnadsvanor?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Uppsala	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Sörmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Kalmar	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja, särskilt	Ja, särskilt	Ja, särskilt	Ja, särskilt
Halland	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Västra Götaland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Värmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbotten	Nej	Nej	Nej	Nej

Kommentar:

Ja, grund=ja, ingår i grundersättning men ersätts inte särskilt

Ja, särskilt=ja, ersätts särskilt men ingår inte i grundersättningen

Ja, både=Ja, ingår i grundersättningen och ersätts särskilt

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 18. Ersätter landstinget utförarna inom den specialiserade somatiska vården för arbetet med levnadsvanor?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Stockholm	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Uppsala	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Sörmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Kalmar	Ja, särskilt	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja, särskilt	Ja, särskilt	Ja, särskilt	Ja, särskilt
Halland	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Västra Götaland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Värmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund	Ja, grund
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbottn	Nej	Nej	Nej	Nej

Kommentar:

Ja, grund=ja, ingår i grundersättning men ersätts inte särskilt

Ja, särskilt=ja, ersätts särskilt men ingår inte i grundersättningen

Ja, både=Ja, ingår i grundersättningen och ersätts särskilt

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 19. Om särskild ersättning för tobak, för vad ersätts utförarna inom primärvården?

	Strukturella faktorer	Identifiering av patient	Genomförda åtgärder	Resultat av åtgärd
Stockholm	Nej	Nej	Ja	Nej
Uppsala	-	-	-	-
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Nej	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Nej	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Nej
Gotland	-	-	-	-
Blekinge	-	-	-	-
Skåne	Ja	Nej	Ja	Nej
Halland	-	-	-	-
Västra Götaland	Nej	Ja	Nej	Nej
Värmland	Ja	Ja	Nej	Nej
Örebro	-	-	-	-
Västmanland	Nej	Nej	Ja	Nej
Dalarna	-	-	-	-
Gävleborg	Nej	Nej	Ja	Nej
Västernorrland	Nej	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Ja	Nej
Norrbotten	Ja	Nej	Ja	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

**Tabell 20. Om särskild ersättning för alkohol, för vad ersätts utfö-
rarna inom primärvården?**

	Strukturella faktorer	Identifiering av patient	Genomförda åtgärder	Resultat av åtgärd
Stockholm	Nej	Nej	Ja	Nej
Uppsala	-	-	-	-
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	-	-	-	-
Jönköping	Nej	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Nej	Nej
Gotland	-	-	-	-
Blekinge	-	-	-	-
Skåne	Ja	Nej	Ja	Nej
Halland	-	-	-	-
Västra Götaland	Nej	Ja	Nej	Nej
Värmland	-	-	-	-
Örebro	-	-	-	-
Västmanland	Nej	Nej	Ja	Nej
Dalarna	-	-	-	-
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Nej	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	-	-	-	-
Norrbotten	Ja	Nej	Nej	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 21. Om särskild ersättning för fysisk aktivitet, för vad ersätts utförarna inom primärvården?

	Strukturella faktorer	Identifiering av patient	Genomförda åtgärder	Resultat av åtgärd
Stockholm	Nej	Nej	Ja	Nej
Uppsala	-	-	-	-
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Nej	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Nej	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Ja	Nej
Gotland	-	-	-	-
Blekinge	-	-	-	-
Skåne	Ja	Nej	Ja	Nej
Halland	-	-	-	-
Västra Götaland	Nej	Nej	Ja	Nej
Värmland	-	-	-	-
Örebro	Nej	Nej	Ja	Nej
Västmanland	Nej	Nej	Ja	Nej
Dalarna	-	-	-	-
Gävleborg	Nej	Nej	Ja	Nej
Västernorrland	Nej	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej	Ja
Norrbottn	Ja	Nej	Ja	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 22. Om särskild ersättning för matvanor, för vad ersätts utförarna inom primärvården?

	Strukturella faktorer	Identifiering av patient	Genomförda åtgärder	Resultat av åtgärd
Stockholm	Nej	Nej	Ja	Nej
Uppsala	-	-	-	-
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland	-	-	-	-
Jönköping	Nej	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Nej	Nej
Gotland	-	-	-	-
Blekinge	-	-	-	-
Skåne	Ja	Nej	Ja	Nej
Halland	-	-	-	-
Västra Götaland	-	-	-	-
Värmland	-	-	-	-
Örebro	-	-	-	-
Västmanland	Nej	Nej	Ja	Nej
Dalarna	-	-	-	-
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Nej	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	-	-	-	-
Norrbotten	Ja	Nej	Nej	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 23. Erbjuder landstinget kontinuerligt möjlighet till kompetensutveckling?

	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor	Samtalsmetodik
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Sörmland	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Svar saknas	Ja	Svar saknas	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Värmland	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Örebro	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Norrbottn	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 24. Har de Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011 behandlats i nämnd/styrelse inom landstinget?

Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Ja
Blekinge	Ja
Skåne	Nej
Halland	Ja
Västra Götaland	Nej
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland	Ja
Västerbotten	Nej
Norrbottn	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 25. Har de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder lett till:

	Förändringar vad gäller principer för ersättning	Förändringar vad gäller ersättnings- nivåer	Särskilda sats- ningar på specifika patientgrupper	Särskilda satsningar på specifika verksamheter	Särskilda satsningar på specifika yrkesgrupper	Särskilda satsningar på utbild- ning
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Sörmland	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Skåne	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Halland	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Värmland	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 26. Har de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder lett till:

	Etablering av särskilda mottagningar för levnadsvanor	Levnadsvane-samtal, hälso-samtal för vissa grupper	Framtagande av rutiner för remittering, samverkan inom HoS	Framtagande av rutiner för samverkan utanför HoS
Stockholm	Nej	Fanns	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Ja	Ja	Nej
Sörmland	Fanns	Fanns	Fanns	Fanns
Östergötland	Fanns	Ja	Ja	Nej
Jönköping	Nej	Ja	Ja	Fanns
Kronoberg	Fanns	Fanns	Ja	Fanns
Kalmar	Fanns	Nej	Fanns	Nej
Gotland	Ja	Ja	Ja	Nej
Blekinge	Ja	Nej	Ja	Ja
Skåne	Fanns	Fanns	Fanns	Fanns
Halland	Nej	Fanns	Fanns	Fanns
Västra Götaland	Fanns	Fanns	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Örebro	Fanns	Ja	Nej	Fanns
Västmanland	Fanns	Ja	Ja	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Fanns	Ja	Nej
Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Fanns	Fanns	Ja	Fanns
Norrbottn	Nej	Ja	Ja	Fanns
Kommentar: Fanns = fanns sedan tidigare				

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 27. Har landstinget genomfört några särskilda kommunikationsinsatser för att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011?

	Riktade mot personal inom primärvård	Riktade mot personal inom specialiserad psykiatrisk vård	Riktade mot personal inom specialiserad somatisk vård	Riktade mot befolkningen
Stockholm	Ja	Nej	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Nej
Jönköping	Ja	Nej	Nej	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Nej
Halland	Ja	Ja	Ja	Nej
Västra Götaland	Nej	Nej	Nej	Nej
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Nej
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Nej
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 28. Har landstinget en strategi för att beakta jämlik hälsa vid implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011?

Stockholm	Nej
Uppsala	Ja
Sörmland	Nej
Östergötland	Ja
Jönköping	Nej
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Nej
Blekinge	Nej
Skåne	Nej
Halland	Nej
Västra Götaland	Ja
Värmland	Nej
Örebro	Nej
Västmanland	Nej
Dalarna	Ja
Gävleborg	Nej
Västernorrland	Ja
Jämtland	Nej
Västerbotten	Nej
Norrbotten	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.

Tabell 29. Har landstinget vidtagit särskilda åtgärder för att stärka arbetet med levnadsvanor för personer med psykisk sjukdom?

	Primärvård	Specialiserad psykiatrisk vård	Specialiserad somatisk vård
Stockholm	Nej	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Ja	Nej
Sörmland	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Nej	Ja	Nej
Gotland	Nej	Ja	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej
Skåne	Nej	Nej	Nej
Halland	Nej	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Värmland	Nej	Ja	Nej
Örebro	Nej	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Nej	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Nej
Jämtland	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej
Norrbotten	Nej	Ja	Nej

Källa: Socialstyrelsens strukturenkät till landstingen 2013.