

Konsekvensbeskrivning för nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling

NPO Levnadsvanor

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-12-14	Justeringar enligt inkomna remissvar då vårdprogram och konsekvensbeskrivning var ute på öppen remiss 2021-05-14-2021-06-15

Lars Weinehall, ordförande i NPO levnadsvanor

2021-12-14

Innehållsförteckning

Versionshantering	3
Sammanfattning	5
1. Om konsekvensbeskrivningen	5
2. Konsekvenser	5
2.1 Omfattning	5
2.2 Nyttan eller risker för individen	6
2.3 Etiska aspekter	7
2.4 Verksamhet och organisation.....	7
2.5 Kostnader	8
Vuxna med särskild risk	9
Vuxna som ska genomgå en operation	9
Unga under 18 år	10
Barn 2–5 år och 6–12 år	10
Gravida	10
2.6 Hälsoekonomi	10
2.7 Kompetensförsörjning	11
2.8 Påverkan på andra kunskapsstöd	11
2.9 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	11
2.10 Uppföljning	12

Sammanfattning

Tidigare betraktades stöd till förändringar av levnadsvanor i huvudsak som prevention. Idag finns dock omfattande evidens för att åtgärder, som påverkar/motverkar ohälsosamma levnadsvanor hos individ med specifik sjukdom, också utgör en viktig del i själva behandlingen. På samma sätt som är fallet för exempelvis farmakologisk eller kirurgisk behandling måste också insatser för att ge stöd till förändringar av levnadsvanor bygga på evidens. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor ger vägledning om vilka metoder som är evidensbaserade, medan Vårdprogrammet redovisar hur metoderna genomförs.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Lars Weinehall, ordförande NPO levnadsvanor, Lars Jerdén, ordförande NAG vårdprogram för levnadsvanor och Kristine Bergström, processledare för NPO levnadsvanor och NAG vårdprogram för levnadsvanor ansvarar för innehåll och har för NPO levnadsvanors räkning utarbetat konsekvensbeskrivningen. Konsekvensbeskrivningen har därefter godkänts av NPO levnadsvanor.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Nationellt programområde för levnadsvanor, fokuserar i sitt arbete på de fyra levnadsvanor som Socialstyrelsen prioriterar inom ramen för Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor:

Förekomst av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen vad gäller tobaksbruk, matvanor, fysisk aktivitet och alkohol är betydande. En enhetlig nationell dokumentation finns dock inte i hälso- och sjukvårdens journalsystem. Prevalensen av de aktuella fyra levnadsvanorna redovisas därför bland annat utifrån Folkhälsomyndighetens senaste nationella befolkningsundersökning 2020, Hälsa på lika villkor (HLV).

Enligt HLV (för åldersgruppen 16–84 år) rapporterar 12% av kvinnorna och 20% av männen en alkoholkonsumtion som överensstämmer med kriteriet riskbruk, medan 7% av både kvinnor och män uppger sig vara dagligrökare. Beträffande fysisk aktivitet anger i HLV 65% av kvinnorna och 66% av männen en veckoaktivitet på minst 150 minuter varav 38% (lika för kvinnor och män) anger en veckoaktivitet på 300 minuter. 19% av kvinnorna och 25% av männen anger stillasittande under minst 10 timmar/dygn. Socialstyrelsen beräknar, utifrån de nordiska näringsrekommendationerna och kostindex, att omkring 20% av befolkningen har betydande ohälsosamma matvanor. Skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper är genomgående betydande för de 4 levnadsvanorna. Exempelvis är 16% med förgymnasial utbildning dagligrökare jämfört är 4% i gruppen med eftergymnasial utbildning.

Vårdprogrammet inkluderar också förslag om nationellt likvärdig rådgivning och riktlinjer kring rök- och alkoholfri operation, mot bakgrund av att enhetliga nationell evidensbaserad vägledning inför operation gällande levnadsvanorna rökning och alkohol efterfrågas. Visserligen finns regionala riktlinjer, men de skiljer sig åt i de olika regionerna, vilket i sin tur innebär risk för ojämlig vård i anslutning till operativa ingrepp.

För nio av de tio vanligaste sjukdomstillstånd som leder till för tidlig död bedöms hälsorelaterade levnadsvanor ha betydelse. 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 dessa ohälsosamma levnadsvanor.

Livsvillkor i vid mening kan på olika sätt påverka individens förutsättningar till ett hälsosamt liv. Att exempelvis vara utsatt för våld eller hot om våld i nära relationer eller i livsmiljön i stort kan både påverka levnadsvanor och hälsan. Vårdprogrammet har avgränsats till att ge specifik vägledning vad gäller de fyra levnadsvanor som Socialstyrelsen prioriterat, då andra nationella initiativ specifikt fokuserar på livsvillkor och hälsokonsekvenser, exempelvis [Vård för våldsutsatta patienter på SKR:s webbplats](#).

2.2 Nyttan eller risker för individen

Levnadsvanorna har en mycket stor påverkan på sjukdomsburden. Hälso- och sjukvården har effektiva evidensbaserade metoder för att stödja individer att förbättra sina ohälsosamma levnadsvanor. Vårdprogrammets syfte är att fler individer ska nås av dessa metoder, och de därmed ska bidra till stor nytta för många. Vårdprogrammet bedöms inte innebära risker för individen.

De åtgärder som föreslås har sin grund i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som i sin tur baseras på ett systematiskt framtaget evidensbaserat kunskapsunderlag. I vårdprogrammet har kompletterande kunskapsunderlag angående riktade hälsosamtal tagits fram på motsvarande systematiska sätt. Det slutgiltiga kunskapsunderlaget kommer att bifogas det färdiga vårdprogrammet. I avsnittet "Inför operation" beskrivs åtgärder avseende fysisk aktivitet respektive nutrition. Dessa grundar sig på litteratursökningar där referenserna redovisas i avsnittet. Åtgärderna är försiktigt formulerade, och vi ser inga risker kopplade till detta.

Vårdprogrammet betonar vikten av personcentrering vid samtal om levnadsvanor, se framförallt avsnittet "Personcentrerat förhållningssätt". Personcentrering innebär att utforma vård och behandling tillsammans med individen. Bland annat tas begreppet hälsolitteracitet (individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation) upp. Vårdprogrammet betonar vikten av att åtgärder som riktar sig till utsatta grupper utformas tillsammans med målgruppen. Ytterligare ett exempel på arbetssätt ägnat att öka delaktigheten är möjligheten för patienten att lämna skriftliga uppgifter om levnadsvanor innan besöket inom vården. Sammanfattningsvis menar vi att vårdprogrammet ger förutsättning för viktiga förbättringar av individernas delaktighet.

2.3 Etiska aspekter

Intresset är stort i befolkningen att prata om levnadsvanor med hälso- och sjukvårdens personal. I en rapport från Socialstyrelsen från 2016 uppgav 97 procent av befolkningen sig vara beredda att dela med sig information om sina levnadsvanor till läkare eller annan vårdpersonal. För att kunna erbjuda hjälp till personer i behov av stöd att förändra ohälsosamma levnadsvanor behöver vårdpersonalen ställa frågor om dessa.

Ett etiskt dilemma som kan uppstå vid samtal om levnadsvanor är risken för att patienten upplever samtalet som integritetskränkande. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är respektfull och lyhörd inför patientens inställning till ett sådant samtal och att man respekterar att enstaka patienter kan ha en negativ inställning till samtal om levnadsvanor. Samtidigt är det angeläget att vårdpersonal inte – medvetet eller omedvetet – undviker ämnet levnadsvanor på grund av att enstaka patienter är negativa till sådana samtal. De flesta patienter tycker att det är positivt att föra en dialog om levnadsvanor vid besök i vården. Det är angeläget att alla får samma möjligheter till ett sådant samtal.

Ett annat etiskt dilemma är hur långt hälso- och sjukvården kan driva frågan om beteendeförändringar hos en enskild patient i de situationer där patientens levnadsvanor kan påverka utfallet av en planerad åtgärd. Kan och bör absoluta krav på rökstopp ställas i de fall operation planeras av patienter som röker? Här är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att ge adekvat information till patienten om riskerna med rökning inför en operation samt att rökstopp inför kirurgi kraftigt minskar komplikationerna efter operationen samt att erbjuda och försöka motivera patienten till den rekommenderade behandlingen, det vill säga kvalificerat rådgivande samtal.

Ifall en patient ändå fortsätter att röka är det behandlande läkares ansvar att göra en ny bedömning av för- och nackdelar med det kirurgiska ingreppet för den aktuella patienten. Ett liknande resonemang kan föras i andra situationer där patientens levnadsvanor kan påverka utfallet av en planerad åtgärd.

2.4 Verksamhet och organisation

Regioner och kommuner ansvarar för att det finns strukturella förutsättningar och tillräcklig kompetens att uppmärksamma, bedöma och dokumentera ohälsosamma levnadsvanor inom all hälso- och sjukvård. Att ta upp frågan och att samtala om levnadsvanor samt ge råd och stöd för att förbättra en ohälsosam levnadsvana är en självklar del i vårdkontakter vid levnadsvanerelaterade hälsoproblem.

Regionen bör, i samverkan med kommunerna, utarbeta en regional tillämpning av Nationellt vårdprogram levnadsvanor som tydliggör den roll och det ansvar vårdgivare/ förvaltningar/ verksamheter har. Särskild vikt bör läggas vid levnadsvaneinsatser för jämlik vård. Vilken åtgärdsnivå som respektive verksamhet ansvarar för kan specificeras i avtal. Regioner och kommuner bör säkerställa att all hälso- och sjukvårdspersonal har kompetens för att uppmärksamma

och ge vägledning vid ohälsosamma levnadsvanor. Därför behövs på regional nivå en struktur för kompetenshöjning samt kunskapsstöd som är tillgängliga för det kliniska arbetet.

Verksamheten bör skapa lokala rutiner för patientflöden, arbetssätt och dokumentation som stödjer samverkan mellan professioner och vårdnivåer. Rutinerna bör omfatta när, av vem och hur levnadsvanor ska uppmärksammas, kunskap om var personer med ohälsosamma levnadsvanor kan erbjudas stöd lokalt eller vart patienter kan remitteras om stöd inte kan erbjudas i den egna verksamheten. Även dokumentation av levnadsvanor och verktyg för att utvärdera och systematisk förbättring bör ingå i rutinerna.

Det bör betonas att hälsosamtal inriktade på att förändra ohälsosamma levnadsvanor både kan vara förebyggande och samtidigt vara en del i sjukdomsbehandlingen. Utifrån detta synsätt innebär inte vägledning beträffande levnadsvaneförändringar att andra vårdinsatser trängs undan. Hälso- och sjukvårdslagen understryker att bägge åtgärderna ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag, liksom att vården har ansvar att uppmärksamma patienter om metoder som kan förebygga ohälsa. Framgångsrikt stöd till levnadsvaneförändringar har förutsättningar att modifiera och mildra sjukdomsförlopp och ge mervärden till både den enskilde och vården.

2.5 Kostnader

Kostnadsaspekter belyses i detta avsnitt inledningsvis mer generellt, för att därefter redovisas mer levnadsvanespecifikt.

Företaget Ernst och Young presenterade 2016 en hälsoekonomisk analys hur samhällets ekonomiska insatser fördelas mellan olika områden. Av de offentliga utgifterna på cirka 1 400 miljarder fördelades 55% till insatser av social och ekonomisk karaktär, 27% till klinisk vård, 17% till fysiska miljöinsatser medan 1% gick till insatser för att påverka hälsobeteenden.

Baserat på Öppna jämförelser folkhälsa 2014 analyserades därefter hälsoutfallet för dessa 4 huvudområden och fann att socioekonomiska insatser förklarade 49 % av hälsoutfallet, hälsobeteende/levnadsvanor förklarade 30 %, fysisk miljö 20 % medan klinisk vård förklarade 8 % av hälsoutfallet.

Att genomföra nödvändiga åtgärder avseende de fyra levnadsvanor som vårdprogrammet fokuserar på, ställer krav på betydande insatser och därmed behov av resursförstärkningar för hälso- och sjukvårdens del. Samtidigt har framgångsrika insatser för att motverka ohälsosamma levnadsvanor en betydande hälsomässig och ekonomisk potential.

De samhällsekonomiska kostnaderna relaterade till enbart rökning uppskattades 2017 till 31 miljarder kronor, varav 10 miljarder belastar hälso- och sjukvården (Cancerfonden). De samlade samhällsekonomiska kostnaderna för konsekvenser av alkoholkonsumtionen beräknades 2017 till cirka 103 miljarder kronor, varav vårdens och behandlingens andel var cirka 15 miljarder (Rambol). Hälso- och sjukvårdskostnader relaterade till otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är också omfattande men svårare att beräkna.

Beträffande vårdprogrammet är en utgångspunkt för de ekonomiska beräkningarna att genomföra åtgärderna, att omfattningen av hälso- och sjukvårdens insats är likartad, även om innehållet i ett rådgivande samtal anpassas till tillståndet, levnadsvanan och individens förutsättningar.

Beräkningarna baseras på Nationella Riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2018. De summerar antal ytterligare personer/år som bedöms vara aktuella för åtgärd, samt totalkostnaderna/år på nationell nivå. Alla rådgivande samtal motsvarande en sjukvårdande behandling av annan vårdgivare än läkare (drygt 600 kronor enligt Södra sjukvårdsregionens prislista 2017). Kvalificerat rådgivande samtal är mer omfattande (fördubblad tid) och har i genomsnitt fem samtalstillfällen/person (totalt cirka 6 000 kronor/person). Beräkningarna utgår vidare från att 80 procent av samtliga personer med den ohälsosamma levnadsvanan kommer att ta del av någon av riktlinjernas åtgärder under den kommande femårs-perioden.

Läkarnas arbete med att ge stöd till patienters levnadsvaneförändringar är av stor betydelse. Motsvarande ekonomiska beräkningar avseende läkares arbete med levnadsvanor saknas dock i dagsläget, men kan approximativt uppskattas utifrån skillnader i lönenivå mellan "annan vårdgivare" och läkare. I ett hälsoekonomiskt perspektiv bedöms det också relevant att relatera läkarinsatsen i förhållande till andra interventioner, som exempelvis coronary bypass eller gastric bypass.

Förbättrade levnadsvanor i befolkningen till följd av ökad prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, förväntas innebära minskade kostnader på lång sikt i takt med att även risken för framtida sjuklighet minskar. Hälsoekonomiska överväganden redovisas i avsnittet Hälsoekonomi.

Vuxna med särskild risk

Daglig rökning: Kvalificerat rådgivande samtal för 36 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 226 miljoner kronor/år.

Riskbruk alkohol: Rådgivande samtal för 100 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 65 miljoner kronor/år.

Ohälsosamma matvanor: Kvalificerat rådgivande samtal för 123 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 770 miljoner kronor/år.

Otillräcklig fysisk aktivitet: Rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare för 42 000–100 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av 26–62 miljoner kronor/år.

Vuxna som ska genomgå en operation

Rökning: Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel eller vareniklin för 29 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 181 miljoner kronor/år.

Riskbruk av alkohol: Rådgivande samtal för 56 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 35 miljoner kronor/år.

Unga under 18 år

Tobaksbruk: Kvalificerat rådgivande samtal för 13 000 ungdomar/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 79 miljoner kronor/år.

Bruk av alkohol: Rådgivande samtal för 43 000 ungdomar/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 27 miljoner kronor/år.

Otillräcklig fysisk aktivitet: Rådgivande samtal för 100 000 ungdomar/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 63 miljoner kronor/år.

Barn 2–5 år och 6–12 år

Ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet: Familjestödsprogram för 27 000–31 000 familjer/år med en ökad kostnad på 189–216 miljoner kronor/år.

Gravida

Rökning, snusning eller bruk av alkohol: Rådgivande samtal med omkring 6 500 gravida/år, med en ökad kostnad på omkring 3 miljoner kronor/år.

Ohälsosamma matvanor och otillräckligt fysisk aktivitet: Kvalificerat rådgivande samtal med 9 000 gravida/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 57 miljoner kronor/år.

2.6 Hälsoekonomi

Åtgärder som syftar till att få personer att sluta röka är generellt sett kostnadseffektiva, trots att det ofta är en liten andel som slutar röka permanent. Anledningen är att åtgärderna ofta är förknippade med låga kostnader, samtidigt som nyttan av att en person slutar röka är mycket stor. De flesta studier gäller åtgärder riktade mot rökande vuxna utan sjukdom. För personer med en samtidig sjukdom blir vinsten av att sluta röka i de allra flesta fall större, medan kostnaden ligger på samma nivå. Det bedöms därför sannolikt att effektiva åtgärder riktade mot olika högriskgrupper är ännu mer kostnadseffektiva än åtgärder riktade mot vuxna generellt.

För riskbruk av alkohol finns få studier av kostnadseffektivitet. En svensk studie visade att läkares råd till riskkonsumenter var en kostnadseffektiv insats (Lindholm 1998). För personer med en samtidig sjukdom blir vinsten av att minska alkoholkonsumtionen i de allra flesta fall större, medan kostnaden för åtgärden ligger på samma nivå.

Vad gäller fysisk aktivitet finns relativt många hälsoekonomiska utvärderingar. En svensk grupp har nyligen publicerat en översikt där 16 universella insatser granskats, varav 14 var kostnadseffektiva. Av sex studier som utvärderade insatser riktade till fysiskt inaktiva målgrupper var fem kostnadseffektiva.

I samma översikt rapporteras tretton utvärderingar inom området matvanor. Av de 48 universella insatser som analyserades 44 var kostnadseffektiva.

En svensk hälsoekonomisk analys av en prospektiv kohortstudie, baserad på mer än 1 miljon personår, där tobaksbruk, fysisk inaktivitet, samt ohälsosamma alkohol- och matvanor samtidigt

adresserades, ger stöd för att riktade hälsosamtal - i den form som Socialstyrelsen sedan 2011 rekommenderar i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder - är mycket kostnadseffektiva. Studien beräknade att kostnaden per vunnet QALY ur ett samhällsperspektiv var 650 SEK kronor. Beloppet kan jämföras med de riktvärden som Socialstyrelsen 2016 anger som låg kostnad (under 100 000 SEK/DALY), hög kostnad (över 500 000 SEK/DALY) och mycket hög kostnad (1 miljon SEK/DALY). Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv var kostnaderna för det studerade programmet lägre än vinsterna. Nettobesparing av programmet under tiden 1990–2006 beräknades uppgå till 41 miljoner svenska kronor.

Sammanfattningsvis har hälso- och sjukvården tillgång till kostnadseffektiva metoder riktade mot de fyra levnadsvanorna.

2.7 Kompetensförsörjning

Vårdprogrammet beskriver kompetenskraven för de olika åtgärderna relativt utförligt. Utmaningarna ligger framför allt på två plan. För det första bör all hälso- och sjukvårdspersonal med självständig vårdkontakt kunna identifiera om någon eller några av de fyra levnadsvanorna är ohälsosamma. I så fall bör de kunna ge enkla standardiserade råd, samt veta vart individen kan vända sig för att få ytterligare stöd. Detta gäller inte bara primärvården utan all vårdpersonal, även på sjukhus, inom psykiatri, tandvården, och den kommunala hälso- och sjukvården. Konsekvensen blir ett omfattande utbildningsbehov. Vi avser att inventera tillgängliga webutbildningar, och vid behov uppdatera dessa.

För det andra betonas behovet av tillräcklig kompetens för åtgärden "kvalificerat rådgivande samtal". Avseende tobak bör vårdpersonalen vara diplomerad tobaksavvänjare, och ha tillgång till regelbunden fortbildning. Avseende matvanor är kompetenskraven omfattande, och det råder idag en stor brist på anställda inom hälso- och sjukvården med tillräcklig kompetens.

Utbildningsinsatserna sedan 2011 har varit mycket ojämnt fördelade mellan regionerna, och sammantaget otillräckliga. Här krävs alltså omfattande utbildningsinsatser och att verksamheterna anställer betydligt fler personer med den erforderliga kompetensen. Utöver regionernas egna utbildningar föreslår vi att diskussioner förs med högskolor/universitet om utbildningar för att komplettera med mer basal kompetens inom området.

2.8 Påverkan på andra kunskapsstöd

Nationellt vårdprogram för levnadsvanor avses även att fungera som vägledning för övriga NPO och vårdförlopp vid utformning av sina insatser att integrera levnadsvanor i vårdprocesser. Genom kunskap om hur sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande metoder implementeras, ökar förutsättningarna att uppnå optimalt resultat i varje patientmöte.

2.9 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Nationellt vårdprogram levnadsvanor har förutsättningar att bidra i arbetet med strategier, målbilder och handlingsplaner kring förebyggande eller hälsofrämjande insatser av stor betydelse för arbetet i God och nära vård.

2.10 Uppföljning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa (2017:30). Då hälso- och sjukvården idag inte har en enhetlig dokumentation av patienternas levnadsvanor, har vården inte ändamålsenliga verktyg för uppföljning av hur ohälsosamma levnadsvanor förändras, trots att en stor majoritet patienter vill lämna information om sina levnadsvanor i samband med besök i hälso- och sjukvården för att få rätt vård och behandling.

NPO levnadsvanor har därför, tillsammans med Socialstyrelsen och SKR tillsatt en NAG för enhetlig dokumentation av levnadsvanor. Syftet är att utarbeta ett nationellt förslag på hur information om levnadsvanor kan uppmärksammas, dokumenteras och följas upp på ett enhetligt sätt. Uppdraget omfattar hela kedjan från screeningundersökningar och patientjournaler till uppföljning i kvalitetsregister.

Enhetlig dokumentation av patienters levnadsvanor samt föreslagna eller vidtagna åtgärder ger förutsättningar för vägledning om hur väl befintliga levnadsvaneinsatser fungerar, ger stöd för prioritering av insatser och möjliggör utvärdering. En enhetlig dokumentation underlättar dessutom utformning av ändamålsenliga rutiner och effektiviserar dokumentationens möjligheter att i det kliniska arbetet monitorera levnadsvaneförändringar för såväl enskilda patienter som för patientgrupper.

Det kommande förslaget måste utformas så att det både tillgodoser de behov som uppstår i samband med levnadsvaneprevention, journaldokumentation samt registrering och uppföljning i till exempel kvalitetsregister. Dokumentationen ska ge valida svar, vara enkel att använda i vårdarbetet och ge stor informatisk användbarhet.

I framtiden blir det förhoppningsvis en automatisk överföring från journal till register. Därmed kommer dokumentationen direkt kunna överföras till exempelvis kvalitetsregister och PrimärvårdsKvalitet.