

2021-06-15



Svenska
Läkaresällskapet

Till:
Kristine Bergström
Processledare för Levnadsvanor NPO
Norra sjukvårdsregionförbundet NRF
kristine.bergstrom@norrarf.se

Remissvar: Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening.

SLS tackar för att vi har givits möjlighet att inkomma med remissvar avseende Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor. Beredningen av SLS remissvar har skett i och av SLS kommitté för prevention och folkhälsa.

Samtliga 13 vårdprogram och vårdförlopp som inkom 2021-04-15 till SLS skickades vidare till SLS medlemsföreningar och sektioner, **därför** kan flera svar inkomma på detta vårdprogram från våra medlemsföreningar och sektioner.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
Ordförande SLS

Anna Kiessling
Ordförande SLS kommitté för prevention och folkhälsa

Om att lämna remissvar

Tack för att ni tar er tid att medverka i kvalitetsgranskningen av vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling. För att besvara remissen använder ni er av detta dokument.

Referenserna är i denna version långt ifrån färdigbearbetade. I den slutliga versionen kommer referenserna att presenteras på ett enhetligt sätt i slutet av vårdprogrammet.

- Hör efter i er organisation hur samordningen av remissvar ser ut.
- Synpunkter kan lämnas på respektive avsnitt som anges i detta dokument samt vid behov lämna övergripande synpunkter på hela vårdprogrammet.
- Avslutningsvis finns även möjlighet att lämna synpunkter på den konsekvensanalys som hör till vårdprogrammet.
- **Svar på remissen skickas med e-post till kristine.bergstrom@norrarf.se senast den 15 juni 2021.**

Angående personuppgifter

Då remissvaren diarieförs i ansvarig region blir det offentlig handling som kan lämnas ut till den som önskar. Ange därför inga känsliga personuppgifter i remissvaret.

I och med att ni svarar på denna remiss kan personuppgifter komma att lagras i ett databasregister hos Norrasjukvårdsregionförbundet som är skyldiga att på din begäran rätta eller radera uppgifter. Information om behandling av personuppgifter: [Behandling av personuppgifter hos NRF \(norrasiukvardsregionforbundet.se\)](#).

Mer information om remisser inom Nationellt system för kunskapsstöd hälso- och sjukvård: <https://kunskapsstyrningvard.se/remisser>

Avsändare

1. Ange namn på svarande organisation, förening eller myndighet:
Svenska Läkaresällskapets kommitté för prevention och folkhälsa
2. Om ditt svar lämnas in av dig som privatperson ange namn här:
3. Kontaktuppgift vid frågor om remissvaret (mailadress):
Anna.kiessling@ki.se; lilian.lindberg@sls.se

Svenska Läkaresällskapet arbetar med frågor rörande vetenskap, utbildning, etik och kvalitet och vi verkar utifrån dessa områden för bästa möjliga hälsa och hälso- och sjukvård. Sedan Socialstyrelsen 2011 fastställde de Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har SLS återkommande fått förtroendet att skapa förutsättningar för implementering av dessa genom arbete i dels Levnadsvaneprojektet och dels kommittén för prevention och folkhälsa.

Vi vill börja med att nämna att kunskapsstyrning och kunskapsstyrningsorganisationen är aktuella ämnen som diskuteras inom Svenska Läkaresällskapet, bland annat vid ordföranderåden med SLS föreningar och även på SLS fullmäktigemöte 25 maj. Det som framkommit i dessa diskussioner är vikten av att professionen är delaktig i arbetet och finns med som representanter i de nationella programområdena. Det är professionen och dess medlemmar i SLS medlemsföreningar/sektioner som är med och beforskar medicinska problem i hälso- och sjukvården och tar fram och omsätter ny kunskap i vårdens vardag. Det är också läkarprofessionen som tillsammans med andra professioner tar fram underlag till eller utarbetar egna riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram baserade på den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen. Det är därför också viktigt att berörda föreningar i SLS får möjlighet att granska och inkomma med synpunkter på dessa nationella vårdprogram utifrån sina expertkompetenser.

Övergripande synpunkter på Vårdprogrammet

- Vi är generellt positiva till att ett nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor, prevention och behandling införs eftersom vi förväntar oss att det kommer att ge vägledning för hur hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsosamma levnadsvanor kan ske i det dagliga arbetet. Det i sin tur kan bidra till och möjliggöra en mer jämlik och strukturerad vård som fortlöpande kvalitativt utvecklas och förbättras.

Redogörande för ohälsosamma levnadsvanor och interventioner

- Vårdprogrammets styrka och tyngdpunkt är redogörelsen av risker med ohälsosamma levnadsvanor. Redogörandet för respektive levnadsvana håller en innehållsmässig hög kvalitet och texten är informativ även om vissa avsnitt med fördel skulle kunna kortas för att effektivisera läsningen.
- Kapitel 10 till 13 innehåller mycket relevant och användbar information. Det är dock lite oklart vad som är hämtat från Socialstyrelsens riktlinjer, det vill säga ”vad som ska göras”, och vad som är vårdprogrammet, det vill säga ”hur det ska göras”.

- Implementering och uppföljning i regioner

- Som med alla typer av program, kunskapsunderlag och riktlinjer, man kan ha hur bra och heltäckande dokumentation och underlag som helst, men om det saknas riktlinjer och stöd för hur det ska implementeras så kan det lätt bli en hyllvärmare. I vårdprogrammets inledning slås fast: ...de nationella riktlinjerna anger **vad** som bör göras, medan vårdprogrammet ger vägledning **hur** det kan ske. Den konkreta vägledningen i ”huret” är dock inte alltid så tydlig i dokumentet. Även om beslut om införande tas av var och en av de 21 regionerna så saknar vi tydligt kommunicerade och konkreta förslag på **hur** det nationella vårdprogrammet ska implementeras på regional nivå. Eftersom en av målsättningarna är en god och jämlik vård för alla finns, utan riktlinjer för hur

implementeringen ska genomföras och följas upp, en risk att implementeringen får ojämnt och varierat genomslag i nya effektiva arbetssätt vilket i sig i stället kan leda till fördjupade hälsoklyftor. De krävs ett systematiskt införande, återkommande avstämningar och utvärderingar som leder till lärande för både enskilda medarbetare och ledning om vad som fungerar och vad som inte fungerar.

Prioritering

- Vi saknar redogörande för horisontella prioriteringar utifrån den etiska plattformen, även om man nämner att de som är i störst behov av stöd och åtgärder är de som ska prioriteras. Hälso- och sjukvården måste utvecklas för patienternas bästa och mot ett bättre nyttjande av våra gemensamma och begränsade resurser.

Kompetens och kompetensutveckling

- Det är bra att vårdprogrammet betonar att all hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt behöver ha kompetens för att på ett framgångsrikt sätt uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor och informera om levnadsvanors betydelse samt ha kunskap om vilka kompetenser som finns att tillgå och hur dessa kan nås.
- Vi kan dock anta att om ett nationellt vårdprogram ska införas på ett framgångsrikt och hållbart sätt över tid så krävs det att professionerna i sjukvården ges förutsättningar för kontinuerlig fortbildning. Vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen har kompetens nämns återkommande och vi ställer oss då frågan, vem ska säkerhetsställa och hur ska det säkerhetsställas, att kompetensen finns hos personalen och att det sker en fortlöpande vidareutbildning som ökar kompetensen inom området hur man ska arbeta med hälsosamma levnadsvanor? Vi saknar helt enkelt en plan för hur det ska gå till och ges utrymme både tidsmässigt och ekonomiskt.
- Vi tror också att det är viktigt att säkerställa att det finns en adekvat infrastruktur med kompetens och kapacitet dit man kan hänvisa patienter som behöver och har accepterat rådgivning – detta gäller särskilt för tobak och matvanor där kvalificerad rådgivning krävs, men är också angeläget där alkohol och fysisk aktivitet där rådgivande samtal är den rekommenderade insatsen. Den viktigaste uppgiften för läkaren är att lyfta frågan, och motivera för patienten varför detta är lika viktigt som att ta sina läkemedel. Idag saknas tillgång till dessa kompetenser, i primärvården inte minst gäller detta tillgången till dietister som i flera delar av Sverige idag enbart får ta emot patienter med fetma.

Kapitel 1: Sammanfattning

Kapitel 2: Inledning

Kapitel x: Lagstöd

- Hänvisningen till lagrum behöver ses över.

3: Metodbeskrivning

Kapitel 4: Mål med vårdprogrammet

- Skulle kunna formuleras: Målet med vårdprogrammet är att tillhandahålla ett evidensbaserat nationellt vårdprogram som vägledning för hur ett strukturerat arbete med hälsosamma levnadsvanor inom hälso- och sjukvården bör bedrivas och utvecklas över tid.
- Angående målgrupper föreslår vi att man förtydligar att den primära målgruppen bör vara hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienter, verksamhetsnära chefer samt beställare av hälso- och sjukvård och den sekundära målgruppen bör vara patienter.

Kapitel 5: Bakgrund

- Ojämliga levnadsvanor leder till ojämlik hälsa
- Under denna rubrik bör man nämna något om ”Hälsans bestämningsfaktorer” och att systematisk ojämlikhet i livsvillkor leder till ojämlikhet i hälsa och att hälso- och sjukvårdens vetenskapligt grundade arbete med prevention och hälsofrämjande åtgärder för de med störst behov, kan göra skillnad. Utöver att grupper med utsatta livsvillkor ofta har flera ogynnsamma levnadsvanor samtidigt, har dessa grupper oftast också en mer ogynnsam psykosocial profil, med tunnare sociala nätverk, lägre självkänsla och lägre tilltro till andra.
- Kommentrar till bilden Gör jämlikt – gör skillnad.
- Den är mycket bra och viktig bild att ha med. Man bör dock vara tydligare med att denna version som utvecklats av kollegor som arbetar med jämlik hälsa i Västra Götalandsregionen är en bearbetning av tidigare illustrationer på detta tema. En styrka i denna är att den illustrerar barn med olika etniskt ursprung: <https://medium.com/@CRA1G/the-evolution-of-an-accidental-meme-ddc4e139e0e4#.pqiclk8pl>

Kapitel 6: Epidemiologi

Kapitel 7: Miljö och Klimat och Agenda 2030

- Det är föredömligt att vårdprogrammet redogör för agenda 2030 och kopplingen till levnadsvanor och livsvillkor.

Kapitel 8: Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav

- Vi anser att åtgärdsnivåer och kompetenskrav är väl beskrivna och heltäckande utifrån riktlinjerna även om aktivitetsbaserade metoder kunde ha nämnts. Speciellt väl beskrivet är det personcentrerade förhållningssättet, vilket vi anser är centralt i arbetet.
- Vi är medvetna om det kommande arbetet att beskriva personcentrerade standardiserade vårdförlopp och att det även pågår motsvarande arbete i övriga NPO och att man även där avser att inkludera insatser för hälsosamma levnadsvanor. Läsbarheten skulle dock öka om det även i detta dokument fanns med en mer generisk beskrivning av processen identifiering och riskvärdering; Insatser för hälsosamma levnadsvanor; uppföljning och vidmakthållande, gärna redan i inledningsstycket eller på annan lämplig plats. Denna beskrivning skulle med fördel visa på den komplexitet som föreligger på generisk nivå. När man utgår från en konkret diagnos/vårdsituation

(som övriga NPO kommer att göra) tenderar processen och särskilt kanske i vilka situationer identifiering och riskvärdering sker att bli lite väl rätlinjig. I verkligheten är ju ingången högst variabel, allt från i ett riktat hälsosamtal på vårdcentralen till på akutmottagningen eller angiolog i samband med en akut hjärtinfarkt.

- Tonvikt i hela vårdprogrammet ligger på levnadsvanearbete i primärvård och övrig första linjens sjukvård. Förvisso är levnadsvanearbete mer vanligt här men det vore önskvärt med tydligare vägledning även om hur levnadsvanearbete ska/bör bedrivas i akut sjukvårdskontext utöver i samband med kirurgi vilket beskrivs bra.
- Vid rådgivande samtal beskrivs att uppföljande kontakter BÖR ingå. I riktlinjerna beskrivs att de KAN ingå.
- Under kvalificerat rådgivande samtal nämns: Regelbundet delta i fortbildning och vara uppdaterad avseende evidens inom den specifika levnadsvanan • Regelbundet och i tillräcklig omfattning arbeta med patienter som ska genomföra förändringar inom den specifika levnadsvanan.

- Vi anser att det är bra att man tydliggör att alla ska delta i fortbildning och vara uppdaterade avseende evidens inom den specifika levnadsvanan men vi vill samtidigt betona, att vara uppdaterad avseende evidens, ska gälla för alla områden och professioner inom hälso- och sjukvården inte endast specifikt vad det gäller de som arbetar med levnadsvanor. Att det löpande ges möjlighet och förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonal till fortbildning som ökar kompetensen inom hälso- och sjukvården är en av SLS kärnfrågor.

- Vi saknar en redogörelse för problematiken med horisontella prioriteringar och hur fortbildningen/ kompetensutvecklingen ska gå till, både vad det gäller personalens och organisationens kompetens/ fortbildning/utveckling.

Kapitel 9: Primärprevention av ohälsosamma levnadsvanor

- Vi anser att det är otydligt om detta avser primär prevention på individnivå och/eller på befolkningsnivå. Vi saknar ett resonemang om det och ett förtydligande. Det är synnerligen viktigt i ett vårdprogram som ska beskriva "huret" eftersom detta hur blir helt olika beroende på vad som avses.

Kapitel 10: Tobak

- Under varje tabell med rekommendationer bör det framgå vad rekommendationerna bygger på dvs de nationella riktlinjerna (eller om det bygger på andra rekommendationer) och vad som menas med 1–9 (1–3 dvs bör) 4–6 (kan) osv.

Kapitel 11: Matvanor

- Under varje tabell med rekommendationer bör det framgå vad rekommendationer bygger på dvs de nationella riktlinjerna (eller om det bygger på andra rekommendationer). och vad som menas med 1–9 (1–3 dvs bör) 4–6 (kan) osv.

Kapitel 12: Alkohol

- Kapitlet alkohol har en föredömligt enkel och användbar beskrivning av hur ett rådgivande samtal kan se ut: ”Rådgivande samtal bör genomföras med utgångspunkt från patientens aktuella problem, hälsotillstånd eller situation: • Utforska patientens egna kunskaper och funderingar, erbjud därefter information i dialog. • Återkoppla alkoholkonsumtionens betydelse för patientens aktuella problem och situation. • Utforska motivationen och beredskap till förändring. • Upprätta en personlig plan tillsammans med patienten”.
- Det vore bra om det blev en enhetlighet kring hur tex ett rådgivande samtal kan göras. I andra kapitel finns nu tex inklippt från Socialstyrelsen eller andra källor och där man specificerar vissa meningar, är det nödvändigt att exemplifiera med meningar?
- I definitionen av riskbruk blandar man hur man brukar skriva riskbruk hög veckokonsumtion (män >14 standardglas och kvinnor > 9 standardglas) med intensivkonsumtion (här skriver man max 4 respektive max 3 standardglas istället för ≥ 5 respektive ≥ 4 som man brukar ange detta). Detta kan förvirra.
- Under varje tabell med rekommendationer bör det framgå vad rekommendationer bygger på dvs de nationella riktlinjerna (eller om det bygger på andra rekommendationer) och vad som menas med 1–9 (1–3 dvs. bör) 4–6 (kan) osv.
- Utbildning för rådgivande samtal:
 - Studiematerialet Alkohol: en fråga för oss i vården, Sven Wåhlin. Det är en välskriven och bra bok men det kan uppfattas som jäv att rekommendera **en** specifik bok. Förslagsvis rekommendera flera olika studiemateriel/ böcker.
 - Utbildning i Motiverande samtal, här bör förtydligas att det handlar om att lära sig motiverande strategier. Det behöver inte alltid innebära att man ska läsa 7,5 högskolepoäng MI.

Kapitel 13: Fysisk aktivitet

- Under varje tabell med rekommendationer bör det framgå vad rekommendationerna bygger på dvs de nationella riktlinjerna (eller om det bygger på andra rekommendationer). och vad som menas med 1–9 (1–3 dvs bör) 4–6 (kan) osv.

Kapitel 14: Levnadsvanor inför operation

- ”Dessa studier har lett till förhoppningar om att preoperativa insatser med fysisk träning skulle kunna förbättra återhämtningen efter genomgången operation. I nuläget är dock det generella evidensläget svagt för detta, och möjligen är det så att träningen behöver komma upp i en tillräckligt hög intensitet, duration och frekvens för att ha effekt.”
- Vi föreslår att man tydliggör att det generella evidensläget i dagsläget är svagt. Som det står skrivet nu så ligger kommentaren om evidensläget inbäddad i löptexten.

Kapitel 15: Hälsosamtaluppsökande verksamhet

- I vårdprogrammet beskrivs: Systematisk kunskapsgenomgång Parallellt med vårdprogramarbetet pågår en systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för riktade hälsosamtal. Kunskapssammanställningen avses ge ytterligare vägledning i arbetet med riktade hälsosamtal
- Vi anser att evidensen för riktade hälsosamtal än så länge begränsad och vi välkomnar fler initiativ för flera utvärderingar till exempel i storstadsområden kring riktade/ uppsökande hälsosamtal.

Kapitel 16: Barn och unga

Kapitel 17: Dokumentation

Kapitel 18: Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer

Kapitel 19: Referenser

Kapitel 20: Nationell arbetsgrupp för vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

Övergripande eller övriga synpunkter på det nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling