

# Implementering av frågeformulär om levnadsvanor

---

Lägesanalys 2009

2009-05-28

Sven Wåhlin



Statens  
folkhälsoinstitut

**RISKBRUKS**PROJEKTET

[www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet)

# Implementering av frågeformulär om levnadsvanor

---

## Bakgrund

Befolkningens levnadsvanor och att förebygga sjukdom har varit en angelägenhet för hälso- och sjukvården allt sedan provinsialläkarsystemets införande. HSL stipulerar: "Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa". I prioriteringsutredningen 1995 fick preventivt arbete i näst högsta prioritet; grupp 2, efter akuta livräddande insatser och vård i livets slutskede [1]. I regeringens mål för folkhälsan stöds utvecklandet av nya metoder för arbete med befolkningens levnadsvanor genom målområdet "En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård" [2]. Senast i Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 ägnas särskild uppmärksamhet åt hälsofrämjande och förebyggande arbete och en av huvudpunkterna att detta behöver stärkas. Man konstaterar att det klara sambandet mellan levnadsvanor och sjukdom ännu inte fått fullt genomslag i vården [3].

Utveckling av metoder för folkhälsoarbete har pågått sedan länge runt om i landet. En metod, som används allt mer, är frågeformulär om levnadsvanor. Det mest kända är The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), som har en hög sensitivitet och specificitet för alkoholproblematik. Det används framför allt inom mödrahälsovård och psykiatri, men har haft svårt att finna acceptans och bredare tillämpning inom allmänmedicinen. Formulär som efterfrågar flera olika levnadsvanor har funnit acceptans i större utsträckning. Dessa formulär har benämnts väntrumsenkät, livsstilsformulär, fem frågor om din hälsa, hälsoprofil, självskattningsformulär etc. De efterfrågar oftast levnadsvanorna fysisk aktivitet, kost, tobak, alkohol och ibland stress eller allmänt hälsoupplevande. Det kan också finnas andra frågor t.ex. om vad patienten tror om orsaken till sina besvär eller om önskan att förändra sina levnadsvanor.

Levnadsvaneformulär har funnits åtminstone sedan mitten av -80 talet. Bland dem som arbetat med frågan på senare tid kan nämnas folkhälsoenheten i Nacka [4], Hälsolyftet på Hisingen, Askim [5], landstingen i Jönköping [6], Kalmar [7], Dalarna [8], Sörmland [9], och Uppsala län. Många goda erfarenheter har rapporterats. Från Sörmland rapporteras att personalen överlag var positiv och man kunde därtill konstatera förändring av patienternas alkoholvanor. I Uppsala län har "Livsstilsformulär" medfört kraftigt ökad frekvens journalförda samtal om levnadsvanor [10]. Vårdpersonal uppger ofta att formulären ger stöd i arbetet. Det har också framkommit mindre goda erfarenheter och ibland kraftig kritik från olika håll. Kritiken kan till stor del hänföras till brister i information och implementering, dålig överensstämmelse med allmänmedicinskt arbetssätt [11, 12], samt till etiska överväganden [13, 14].

## Syfte

Syftet med denna sammanställning är att visa på olika alternativ vid implementering av frågeformulär om levnadsvanor. Ett annat viktigt syfte är att problematisera implementering genom att ta fasta på den kritik som framkommit och peka på fallor och svårigheter som kan uppstå och viktiga faktorer att beakta. Fokus ligger på primärvården, där flera landsting ligger

i startgrupparna, eller redan har påbörjat införande. Målet med rapporten är att där implementering sker ska det göras i samarbete med, och på ett sätt som kan finna acceptans bland vårdgivarna samt bidra till ett mer aktivt levnadsvanearbete bland vårdpersonalen. Det har tidigare genomförts några utvärderingar (fr.a. projektrapporter, se referenslistan), men ingen systematisk översikt eller analys av kritik som framkommit. Det finns stort behov av mer forskning och denna rapport gör inte anspråk på fullständighet.

## Metod

Följande är en sammanställning av erfarenheter, samt resultatet av en litteraturgenomgång. Under 2008 - 2009 har jag fört omfattande diskussioner med, och intervjuat både läkarkollegor och annan vårdpersonal runt om i landet med erfarenhet av levnadsvaneformulär, samt diskuterat med forskare, folkhälsovetare och andra nyckelpersoner med specialkunskaper. Jag har erbjudit många att kommentera denna skrift och tillföra synpunkter vartefter den vuxit fram. Diskussionerna har skett via mejl, i särskilda mejlfora, personligen och på speciellt anordnade möten.

## Resultat och diskussion

### *Fördelar och nackdelar med levnadsvaneformulär i hälso- och sjukvården*

Fördelar:

1. Informationen är till nytta vid konsultationen:
  - a. Formuläret medför att patienten får lättare att ta upp levnadsvanor. Frågorna blir legitima, patienten kan lätt få en ingång att ta upp känsliga livsstilsfrågor genom att hänvisa till formuläret.
  - b. Formuläret bidrar till att vårdpersonal lättare kan diskutera livsstilsfrågor. Sjukvårdspersonal upplever det ofta svårt att prata livsstil, speciellt alkoholfrågor. Formuläret kan utgöra en naturlig utgångspunkt för en diskussion.
  - c. Dåliga levnadsvanor är ibland den största orsaken till patientens besvär, och ofta bidragande orsak. Formuläret underlättar adekvat behandling och minskar risk för onödig läkemedelsanvändning.
2. Vårdcentralen får en hälsoprofil.
  - a. Hälsoprofil har positiv värdeaddning.
  - b. 90 % av Sveriges befolkning vill att vårdgivaren tar upp livsstilsfrågor . Det sker dock bara i 30 % [15].
  - c. Visar att man bryr sig om patientens hälsa, inte bara sjukdom.
3. Hälso- och sjukvården har en normerande roll för samhället syn i livsstilsfrågor, vilket medför att livsstilsfrågor blir viktigare i samhället.

Nackdelar/risker:

1. Patienten känner press att utlämna personliga uppgifter.

2. Patienten skäms för sin dåliga livsföring, ”förbättrar” uppgifterna, känner sig sedan låst att hålla fast vid felaktiga uppgifter, även när en mer förtrolig konsultation etablerats.
3. Tar tid från andra arbetsuppgifter.
4. Patienten känner sig utpekad, om det inte framgår att det är en rutin för alla: Varför ska just jag fylla i?
5. Kan ge intryck av att vårdcentralen sysslar med att lägga sig i folks liv, eventuellt i stället för att öka tillgänglighet för sjukdom.

### Att formulera levnadsvaneformulär

**Vilka** levnadsvanefrågor ett formulär tar upp berör jag inte här, men en aspekt av **formuleringen** kan kommenteras: kvantifierande frågor kontra kvalitativa frågor (där patienten själv värderar sin levnadsvana). Några exempel nedan:

Exempel på kvalitativa frågor	Exempel på kvantifierande frågor (svarsalternativ inom parentes)
Skulle du vilja motionera mer? Vad skulle krävas för att du skulle motionera mer?	Hur ofta rör du på dig 30 minuter eller mer per dag? (dagligen, regelbundet 3-5ggr/v, regelbundet 1-2 ggr/v, mindre än 1 gång/v)
Har du, eller någon annan, tyckt att du borde skära ner på din alkoholkonsumtion? Vill du veta mer om alkoholens roll vid din sjukdom?	Hur många glas dricker du vanligtvis per vecka? (ange:.....) Hur ofta dricker du 4 glas (kvinna) alt. 5 glas (man) eller mer vid samma tillfälle, t.ex. en kväll? (aldrig, mer sällan än en gång i månaden, varje månad, varje vecka, dagligen eller nästan dagligen)
Är du överviktig? Hur ser du på din vikt?	Längd (.....cm), vikt (.....kg)
Tror du att du äter för mycket fett eller för lite fibrer? Skulle du vilja äta mer frukt och grönt? Tror du att du äter/dricker för mycket söta produkter?	Hur ofta äter du frukost/lunch/middag (i stort sett dagligen, någon eller några gånger i veckan, sällan eller aldrig) Hur ofta äter du enligt tallriksmodellen? (ibland eller aldrig, några gånger per vecka, en gång om dagen, två gånger om dagen)

De kvantifierande frågorna innebär att patienten deklarerar sina levnadsvanor, varefter svaren värderas av vårdgivaren (om förändring behövs eller ej), som därefter kan föreslå åtgärder. Vårdgivaren tar expertrollen. Det krävs dock ytterligare frågor för att veta något om patientens syn på vanan och önskan om förändring. Det kräver oftast ytterligare initiativ från vårdgivaren för att formuläret ska resultera i samtal om förändring av vanan. En kvalitativ frågeställning kan utformas mer patientcentrerad och ger patienten expertrollen. Man efterfrågar patientens uppfattning om livsföringen, vad man vill förändra eller vad man vill ha mer information om, eller stöd i. Behandlaren får direkt information om motivation och vilken insats som kan vara framgångsrik. Övergången till behandling/motiverande samtal har därmed redan inletts. Detta förfarande har tydligt stöd i Socialstyrelsens Hälso- och

sjukvårdsrapport 2009, där ett av huvudbudskapen är att patientcentreringen i vården måste stärkas, vilket innebär att ”vården ges med respekt för den enskilda individens behov, förväntningar och värderingar” [3]. Patientens förväntningar och värderingar fångas inte med enbart kvantifierande frågor.

Frågebatteri med kvantifierande levnadsvane frågor kan dock kompletteras med frågor om motivation eller förväntningar, t.ex. ”Skulle du vilja ändra på något i din livsföring?” eller ”Hur mycket kan och vill du arbeta med en förändring av dina levnadsvanor för tillfället?” En annan dimension (än kvantitativa – kvalitativa frågor) är öppna – slutna frågor. Vid slutna frågor kan fasta svarsalternativ anges (exempel: hur ofta rör du på dig 30 min el mer?), vid öppna frågor blir svaret beskrivande (exempel: Vad skulle krävas för att du skulle motionera mer? Vad skulle du vilja förändra i din livsföring?). Samtliga formulär jag sett har slutna frågor med fasta svarsalternativ. Beskrivande svar låter sig dock inte registreras i journalmall, men det väsentliga kan i stället beskrivas i löpande text (se nedan om journalföring).

### ***Att administrera livsstilsformulär***

Formulären kan delas ut till patienten på följande sätt:

1. Skickas hem till patienten, t ex i samband med kallelse. Det bör framgå att det är en allmän rutin, så att patienten inte känner sig utpekad. En nackdel är att formuläret blir en uppförstorad fråga och besöksorsaken förminskad. Rutinen har prövats av enstaka vårdcentraler med erfarenheten att väldigt få har med sig ifyllt formulär vid besöket (pers medd.). Liknande rutin praktiseras av en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Patienter som söker kontakt själv och ska fylla i en ”självremiss” samt ett AUDIT-formulär. Här rapporteras goda erfarenheter, då alla fyller i blanketter, och personalen upplever att alkoholfrågan uppmärksammas adekvat.
2. Erbjuds i reception/kassa i samband med betalning. Det bör finnas ett ställ med formulär och tydlig information på framträdande plats i receptionen. Patienten har sedan tid att fylla i formuläret i väntrummet. Får då också möjlighet att avstå fylla i och återlämna/kasta formuläret i väntrummet. Detta torde vara den vanligaste metoden.
3. Formulär och pennor finns i väntrummet, tillsammans med information. Det är kanske inte många patienter som själva tar initiativ och fyller i formulär, men det erbjuder en möjlighet återlämna formulär som utlämnats i receptionen, om man upptäcker att man inte vill fylla i det.
4. Vårdgivaren har formulär att v.b. dela ut till patienten att fylla i under konsultationen. Detta praktiseras av enstaka läkare i LUL, som använder metoden vid livsstilsrelaterade diagnoser. Kan användas vid uppföljning av behandling som inkluderar levnadsvanor, på motsvarande sätt som en depressionsskala, ångestskala eller demenstest kan användas som behandlingsuppföljning.
5. Man kan bestämma att alla patienter med vissa diagnoser ska erbjudas formulär. Kassan har oftast inte tillgång till patientens besöksorsak eller diagnos, så att formulär ska delas ut måste markeras vid tidsbokning.

6. Datorbaserade "livsstilsformulär" eller hälsotester utvärderas nu vetenskapligt via Linköpings hälsouniversitet. En dator med skrivare är placerade i väntrummet. Patienten kan söka upp den spontant, t.ex. under väntetiden, eller hänvisas/rekommenderas av vårdgivaren.

Oavsett hur formuläret ges till patienten är det ytterst viktigt **hur det presenteras** för patienten!

1. Det bör vara en kontext som innefattar erbjudande! Patienten får aldrig känna sig tvingad fylla i formuläret, då uppgifterna kan upplevas personliga och integritetskänsliga. Patienten kan också vara så fylld av sitt ärende eller orolig så att allt annat upplevs oväsentligt.
2. Det bör framstå som ett mervärde. En positiv överraskning och något mer än man förväntar sig av en vanlig konsultation.
3. Det ska vara medicinskt ändamålsenligt. Såväl patient som vårdgivare måste se ett värde i levnadsvaneformuläret för att det ska vara bärkraftigt över tid.
4. Formulär kan erbjudas vid varje besök, där det bedöms rimligt och lämpligt. En annan metod är att begränsa till högst en gång årligen. Skälen kan vara begränsade resurser, eller att mottagningen får betalt för högst denna frekvens (se ekonomisk styrning nedan).

#### ***Att använda formuläret i konsultationen***

**När** under konsultationen ska man ta upp livsstilsformuläret? Patienten har oftast formuläret i handen när han möter vårdgivaren. Då kan man diskutera formuläret direkt. Alternativet är att ta emot och kommentera: "Tack, vi ska strax titta på detta, men först vill jag höra varför du har kommit hit i dag". I lämplig situation, t ex när man diskuterar orsaker till besväret, eller behandling av besväret, kan man anknyta till uppgifterna i formuläret.

**Hur** ska man diskutera uppgifterna i formuläret? De kan tas upp som en separat fråga, eller relateras till patientens aktuella problem, vilket i regel gör frågorna mer relevanta för patienten. Även om formulär underlättar att levnadsvanor diskuteras, krävs goda kunskaper i konsultationsteknik och patientcentrerat arbetssätt för att frågan ska hanteras på ett optimalt sätt. Det finns naturligtvis även åtskilliga situationer där livsföringen inte är relevant för aktuellt problem, även detta ska hanteras.

Många patienter väljer att ändra sin livsföring bara de blir medvetna om att de lever ohälsosamt eller att livsföringen påverkar det besvär de söker för. Sjukvårdspersonalens rekommendation om en förändring har här stor betydelse. Andra kan behöva ett mer aktivt stöd i att genomföra en förändring. Här är kunskaper i motiverande samtalsmetodik (MI) en stor hjälp. Därutöver bör finnas möjlighet till annan hjälp såsom remiss till rökavvänjning, alkoholstöd, dietist, FaR, mm.

#### ***Att använda formuläret i teamarbete***

Denna sammanställning fokuserar på formulärets användning i enskild konsultation, vilket är den vanligaste användningen. Det kan dock mycket väl användas som "remissunderlag" till en sjukgymnast, distriktsköterskas hälsorådgivning, läkare, dietist, viktgrupp eller hälsocoach.

### ***Att journalföra uppgifter från livsstilsformulär***

Syftet med den medicinska journalen är (Patientdatalag 2008:355) :

1. Vårdgivarens redskap för att bedriva en god och säker vård (se nedan).
2. Informationskälla för tillsyn och för patient.
3. Informationskälla för forskning
4. Instrument för systematisk uppföljning och utveckling av verksamheten (se nedan).
5. Ekonomiskt styrinstrument: Vårdprestationer mäts och kopplas till ersättning (se nedan). Denna funktion inte specificerad i patientdatalagen, men kan betraktas som verksamhetsuppföljning.

Följande kan registreras sökbart:

1. Att patienten *besvarat ett formulär* (utan att patientens uppgifter dokumenteras). Man kan registrera vilka uppgifter som besvarats (ex kost, fysisk aktivitet, tobak, alkohol).
2. Patientens *svar på frågorna* i formuläret registreras.
3. Att man *diskuterat* de levnadsvanor som förekommer i formuläret (utan att uppgifterna dokumenteras). Exempel på detta är Jämtland, där koderna MIT och MIA står för att motiverande samtal förts ang. tobak resp. alkohol. Detaljer kan dokumenteras i löpande text (inte sökbart), i den mån det anses värdefullt för vården av patienten.

### ***Journaluppgifter om levnadsvanor som arbetsinstrument***

Många vårdgivare upplever att formulären är till nytta vid aktuell konsultation, och att samtal om levnadsvanor underlättas. Det torde vara ytterst sällsynt att man läser igenom äldre journalanteckningar, t.ex. inför ett besök, med syfte att finna tidigare uppgifter om levnadsvanor. Journaluppgifter tar plats, i journalsystemet Cosmic upptar formulärets införda uppgifter 3/4 skärmsida. Vid journalgenomgång, som förberedelse inför ett besök, är en alltför omfattande journal ett välkänt hinder för att snabbt få en överblick i en patients tidigare sjukdomshistoria. Tidigare journaluppgifter om levnadsvanor kan däremot vara värdefulla vid t.ex. tobaksavvänjning, dietistuppföljning. Men egna formuleringar i löpande journaltext torde fungera bättre än formulärens fasta alternativ i de flesta situationer. Livsstilsformulär kan erbjudas varje besök, eller man kan försöka begränsa till t.ex. högst en gång per år. Därvidlag är det till nytta med journaluppgift om när formuläret senast administrerades till patienten, men patientens svar på frågorna behövs inte.

### ***Journaluppgifter om levnadsvanor som kvalitetsinstrument***

Journaluppgifter som registrerats på ett systematiskt sätt kan användas för uppföljningar och kvalitetssäkring. Som exempel kan journalsystemet Cosmic leverera data om frekvens (%) av besöken där livsstilsfrågor registrerats eller frekvens riskkonsumtion av alkohol. Formulärdata kan också jämföras med registrerad diagnos, t.ex. hur ofta KOL diagnos förekommer hos rökare, eller om hypertoni är vanligare hos dem som inte motionerar. Vid en jämförelse mellan väntrumsenkät och landstingens återkommande befolkningsenkät har man funnit god samstämmighet vad gäller rökning, men inte alkohol och motion. Alkohol tycks underskattas, och motion överdrivas i väntrumsenkäten. Detta har tolkats bero på att man i anonyma befolkningsenkäter inte har behov att framställa sig i bättre dager [16].

Som alkoholfråga används ofta den tredje frågan i AUDIT-formuläret; ”AUDIT-3”. Den handlar om hur ofta man berusningsdricker, dvs. dricker mycket vid ett tillfälle. Frågan har validerats i studier, och visat sig vara den enstaka fråga som ger mest information om alkoholproblematik. En allmän erfarenhet är dock att frågan ofta missuppfattas så att man svarar antal tillfällen man dricker alkohol överhuvudtaget. Detta visar sig också i utdata där extrema siffror på riskbrukare ses.

Ovanstående, sammantaget med att det är en selektion av befolkningen som besöker vårdcentral, och som fyller i formulär gör att väntrumsenkäter inte speglar verkligheten väl. Befolkningsenkäter anses betydligt säkrare. I befolkningsenkäterna kan man även särskilja dem som besökt en vårdcentral. Uppgifter från väntrumsenkät kan dock vara användbara som ett diskussionsunderlag för att uppmärksamma riskfaktorer, för att följa förändringar på en enhet över tid, eller för jämförelse av olika enheter.

### ***Journaluppgifter om levnadsvanor och ekonomisk styrning***

En mottagnings ekonomi baseras huvudsakligen på en fast ersättning (kapitering eller område) samt en rörlig ersättning (besöksersättning). Därtill kan ersättning utgå för särskilda prestationer, t.ex. kvalitetsarbete. Sådan ersättning kan baseras på sökbara journaldata. T.ex. Uppsala län har en kvalitetsbonus kopplad till politiskt fastställda mål, s.k. målrelaterad ersättning. Detta är ett ekonomiskt styrmedel som bl.a. syftar till att stimulera till frekventare användning av livsstilsformuläret. Idén med ekonomiska incitament som styrmedel har granskats både i Sverige [3] och internationellt. Det har visat sig kunna ge högre vårdkvalitet, kostnadskontroll och högre produktion, men risken för ”cream skinning” är stor. En svårighet uppstår också när ett flertal konkurrerande mål finns i ett komplext system. Det empiriska underlaget för en bättre total kvalitet har då visat sig svagt i internationella studier [17-18]. Vem får ersättningen? Prestationsersättning till enskilda vårdgivare har förekommit historiskt, men i dagsläget är ersättning till mottagningen det enda möjliga. För privatägda mottagningar kan detta dock indirekt vara kopplat till den enskildes ekonomi.

Storleken på ersättningen avgör om vårdgivaren finner det meningsfullt att ”satsa på detta”. Rundfrågning bland vårdpersonal i Uppsala län visar att kunskapen om ersättningens storlek är mycket bristfällig. Det finns exempel på föreställningar att registrering av formuläruppgifter är avgörande för mottagningens ekonomi och fortlevnad. Detta har medfört att medicinsk ändamålsenlighet fått stå i bakgrunden samt att patienter känt sig tvingade fylla i formulär (pers medd.).

Samtidigt finns uppfattningar att den målrelaterade ersättningen är avgörande för lyckad implementering (intervju med landstingsrådet A-K Klomp) [19].

Målrelaterad ersättning medför att styrningen av innehållet i vården förskjuts något från den medicinska professionen till politiska företrädare som fastställer målen.

Målrelaterad ersättning leder till att livsstilsfrågor även beaktas i administrativa sammanhang såsom i budgetarbete och centrala styrdokument, och inte bara i direkt patientvård. Ett exempel på detta är SKL- projektet ”Hälsa i Bokslut”.

Det finns alternativ till att basera den målrelaterade ersättningen på patientjournaldata. Ett, av flera, alternativ är uppgifter från de omfattande befolkningsenkäterna som redan genomförs (Liv och Hälsa, SoRAD, Vårdbarometern). I exempelvis Vårdbarometern kan utläsas hur ofta vårdpersonalen tar upp livsstilsfrågor, och om patienten ändrar vanor på grund av detta [13].

Man kan beakta möjligheten att kompensera ekonomiskt enbart initialt, för det merarbete det innebär att starta en ny rutin. Grundidén måste ju vara att såväl personal som patienter sedan ska uppleva nytta av rutinen.

### ***Några etiska aspekter, svårigheter och risker att beakta vid implementering***

De fyra viktigaste medicinsk-etiska principerna är 1) Självbestämmandeprincipen, 2) Icke-skada-principen, 3) Godhetsprincipen, 4) Rättvisseprincipen. Av dessa är de två första mest relevanta för implementering av levnadsvaneformulär. Etiskt positiva värden (t.ex. punkt 11 nedan) får ställas emot etiskt negativa värden (t.ex. punkt 1-3 nedan). WHO har formulerat etiska kriterier för att bedriva screening [20]. Implementeringsprocessen bör medföra att negativa faktorer minimeras och att balansen upplevs positiv.

1. Uppgifter om levnadsvanor är integritetskänsliga. Är patienten inte välinformerad om att uppgifter i livsstilsformuläret journalförs kan det skada förtroendet för vårdgivaren. Räcker det med en kort information på formuläret, eller är det risk att det inte uppmärksammas? En ruta att kryssa i för godkännande av journalföring eliminerar problemet, men medför ytterligare en känslig fråga för patienten att ta ställning till. Det finns risk för upplevelse av tvång: "Kanske doktorn blir mindre välvillig om jag säger nej?"
2. Äldre uppgifter om levnadsvanor har sällan relevans för vården. Integritetskänsliga uppgifter ska inte journalföras om det inte är behövligt.
3. Journaluppgifter utlämnas till försäkringsbolag etc. rutinmässigt, för deras riskbedömning. Patienten har fyllt i ett godkännande vid ansökan av livförsäkring e.d., men är man medveten om att även dessa uppgifter kan komma att utlämnas? Journaltext utlämnas alltid, lab-resultat mer sällan, olika rutiner finns för var levnadsvanor registreras.
4. Patientens agenda ska gälla. Hörnstenen i medicinsk verksamhet är att det som patienten söker hjälp för ska vara i fokus. Risk att formulärets frågor avleder uppmärksamhet från det patienten vill diskutera [21].
5. Preventiv medicin har andra fundamenta än kurativ medicin. Skillnader finns i såväl vårdgivarens som patientens ansvar, förväntningar och åtaganden. Detta bör tydliggöras.
6. Preventiv medicin erbjuder mycket omfattande, och ökande, antal möjliga screeningåtgärder. Läkemedelsindustrin, myndigheter, politiker, patientföreningar och andra intresseorganisationer framför krav på vårdgivarna för åtgärder, vilket medför etiska dilemman i prioriteringar. Detta kan exemplifieras med en beräkning som visade att 7,4 timmar skulle krävas varje dag om amerikanska primärvårdsläkare skulle följa alla rekommendationer från US Preventive Services Task Force [22]. En risk med många, ofta motsatta, krav är att vårdgivarna utvecklar

försvarsstrategier/skygglappar mot alla former av yttre krav, i stället för att prioritera de viktigaste.

7. Olämpligt utformad målrelaterad ersättning medför risk att verksamheten styrs av ekonomiska faktorer snarare än medicinsk ändamålsenlighet. Läkare och andra vårdgivare har uppgivit att de använder levnadsvaneformulär ”för pengarnas skull” och inte för att man tror på medicinska vinster. Det har inte blivit det hjälpmedel i vården som var tänkt.
8. Olämplig implementering skapar motstånd i professionerna. Det riskerar medföra att livsstilsarbete kommer på skam och anses som något tungt och besvärligt.
9. Samband mellan sjukdom och levnadsvana, ex. alkohol, kan vara svårt att belägga. ”Felaktig” misstanke kan ge upphov till onödigt fortsatt medicinsk utredning och för patienten ett försämrat förtroende för vården.
10. Risk uppfattas som ”hälsopolis”. Det förekommer en debatt om detta, där individens frihet ställs emot det som samhället anser viktigt för medborgaren.
11. Levnadsvanor mycket stora roll för sjuklighet (bara alkoholen beräknas orsaka 10 % av all sjuklighet i Europa [23] och 3000 dödsfall/år i Sverige) kontrasterar anmärkningsvärt mot sjukvårdens låga aktivitetsnivå i dag. Liknande förhållanden kan gälla andra levnadsvanor. Kan det mest oetiska vara fortsatt passivitet eller låg aktivitet? Bör man hellre metodutveckla ”för mycket” än för lite?

## Referenser

1. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1995:5. 1995, Socialdepartementet: Stockholm.
2. Prop. 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. Målområde 6: en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
3. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
4. Eckerman I. Det hälsofrämjande mötet: Primärvårdens viktigaste verktyg i folkhälsoarbetet. Rapport för medicinskt programarbete. Folkhälsoenheten i Nacka. 2004. <http://www.sls.sll.se/upload/MPA%20Fh-arb%20Ingrid%2024.10.2004.pdf>
5. Blomstrand A, Lindqvist P, Enocsson Carlsson I, Pedersen N, Bengtsson C. Primary Health Care. 2005;23:82-7.
6. Persson LG, Johansson LO. Alkoholprevention på vårdcentral – Är det möjligt? Jönköpings län, Primärvårdens FOU enhet; rapport 2006:1.
7. Hertin A. Är en enkät en framkomlig väg för att identifiera och påverka riskbruk? AllmänMedicin. 2009;1:6-7.

8. Granvik M. 2237 besök på allmänläkarmottagningarna vid fyra vårdcentraler i Dalarna. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete. Landstinget Dalarna. 2008;nr 152.
9. Elvenger A, Degerheim, Frykstad E. Frågeformuläret "Fem frågor om din hälsa" gör skillnad för samtalet om livsstil med patienten. Rapport nr 5:2007. FOU Centrum, Landstinget Sörmland.  
[http://www.landstinget.sormland.se/Sidans\\_katalog/10131/Rapport%205\\_2007%20med%20bilagor.pdf](http://www.landstinget.sormland.se/Sidans_katalog/10131/Rapport%205_2007%20med%20bilagor.pdf)
10. Liv och hälsa 2008: Resultat av en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter. CDUST. [http://www.lul.se/templates/page\\_11733.aspx](http://www.lul.se/templates/page_11733.aspx)
11. Adern M. Väntrumsenkät, konsultation, meditation. AllmänMedicin. 2008;(6):20-1.
12. Granvik M. Allmänläkares erfarenheter av att arbeta med en väntrumsenkät som arbetsinstrument. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete. Landstinget Dalarna. 2008;nr 153.
13. Sigurdsson JA, Getz L, Hetlevik I. Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. Läkartidningenn. 2004;101:1412-15.
14. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ. 2003;327:498-500.
15. SKL. Vårdbarometern – befolkningens syn på vården. Stockholm: SKL;2006-8. Tillgänglig på [www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu)
16. Granvik M. Patienters rapportering av rök-, alkohol- och motionsvanor I en väntrumsenkät. AllmänMedicin. 2008;(6):5-7.
17. Mannion R, Davies H. Payment for performance in health care. BMJ. 2008;336:306-8.
18. Heath I, Hippislay-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? BMJ. 2007;335:1075-6.
19. Statens folkhälsoinstitut. Riskbruksprojektet [webbsida]. Nyhetsintervju; 2009.  
[http://www2.fhi.se/templates/page\\_15184.aspx](http://www2.fhi.se/templates/page_15184.aspx)
20. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: WHO; 1968.  
Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf>  
reviderade 2008: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/>
21. Sjögreen J. Allmänläkares dilemma – riktlinjerna kolliderar med långsiktighet och individualisering. AllmänMedicin 2008;2:29-30.
22. Yarnall KSH, Pollack KI, Östbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Pub Health 2003;93:635-41.
23. Alcohol policy in the WHA European region: current status and the way forward. Fact sheet EURO/10/05. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1005e.pdf>