

**RAPPORT FRÅN LANDSTINGSKANSLIETS EPIDEMIOLOGISKA
UTREDNINGSARBETE, NR 143, APRIL 2007**

**2006 ÅRS POSTENKÄT-
UNDERSÖKNING**

**KOMPLETTERANDE RESULTAT-
REDOVISNING med fokus på
befolkningens levnadsvanor ur
hälsofrämjande och förebyggande
perspektiv**

av Mats Granvik

FÖRORD

Landstinget Dalarna har sedan vårvintern 1992 genomfört sju postenkätundersökningar – så kallade *befolkningsenkäter* – riktade till 20-64-åringar bosatta i länet. Den senaste genomfördes under vårvintern 2006. Undersökningarna har satt fokus på dalfolkets hälsa, levnadsvanor, sociala situation och erfarenheter av hälso- och sjukvårdens (med fokus på *vårdcentralernas*) sätt att fungera. (Särskilda undersökningar riktade till ungdomar och till äldre genomförs också.)

Postenkätundersökningarna har alla tagit utgångspunkten i de hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningar som landstinget fastställt och har, med såväl beskrivande som analyserande ansatser, i första hand syftat till att *erbjuda ett faktaunderlag för personer som är involverade i styrningen och planeringen av hälso- och sjukvården*.

Databearbetningen avseende rapporteringen vårvintern 2006 kom att bygga på svar från 7 694 personer. Detaljerad information om undersökningens uppläggning och genomförande har redovisats i en tidigare utredningsrapport (1).

Dalfolkets rapportering vårvintern 2006 angående hälso- och sjukvårdens sätt att fungera har redovisats i fyra fristående utredningsrapporter (1-4). Rapporterna har tagit upp uppfattningar om väntetiderna inom Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård, tillgodoseendet av de upplevda vårdbehoven, telefontillgängligheten vid vårdcentralerna, sjukvårdsupplysningens sätt att fungera, förtroendet för olika verksamheter och ett par aspekter på bemötande. I en av rapporterna (3) presenterades serviceprofiler för vårdcentralerna i länet och, därutöver, undersökningsdeltagarnas fritt framförda synpunkter på själva enkätundersökningen och det som undersökningen aktualiserat. En femte rapport (5) har belyst 20-64-åringars hälsotillstånd och levnadsvanor. I rapporterna har utredningsresultat redovisats på såväl landstingsövergripande nivå som på närsjukvårdsområdesnivå, kommunnivå och vårdcentralsnivå. Dessutom har resultat redovisats efter åldersklasser, kön och olika socioekonomiska grupper. Resultaten har jämförts med resultaten från de tidigare undersökningarna.

I den föreliggande rapporten riktas uppmärksamheten på varifrån dalfolk (20-64-åringar) fått den bästa inspirationen till att förbättra sina levnadsvanor, på vad man anser att man främst borde ändra eller förbättra för att må bättre och på huruvida levnadsvanorna "kommit på tal" i mötena med hälso- och sjukvården.

Ett stort TACK till distriktsläkaren och forskaren Lars Jerdén, Jakobsgårdarnas vårdcentral och Centrum för klinisk forskning, för samverkan kring avsnittet om *Min bok om hälsa* (kapitel 1.1). Ett stort TACK också till Kristina Stålhandske Robertson, distriktssköterska vid Tiskens vårdcentral i Falun, för information om spridningen av den nya versionen av "boken" och till Johan Hallberg, distriktsläkare vid Hedemora vårdcentral, och Britt-Marie Sandberg, huvudkontorets utvecklingsenhet, för information om det utvecklingsarbete landstinget bedriver i syfte att underlätta för läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster att utnyttja möjligheter till fysisk aktivitet som ett led i behandlingen av vissa patientgrupper.

Falun i april 2007

Mats Granvik
Utredare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	<u>Sid</u>
(FÖRORD)	2
1 RESULTATREDOVISNING	5
1.1 Bästa inspirationen till förbättrade levnadsvanor	5
1.2 Vad man bör ändra/förbättra för att må bättre	9
1.3 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna och hälsoråd från sjukvårdspersonal	12
1.3.1 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna	12
1.3.2 Hälsoråd från sjukvårdspersonal	14
1.3.3 Sjukvårdspersonals resonemang och/eller hälsoråd rörande befolkningens levnadsvanor	22
1.4 Utrymme för ett intensifierat hälsofrämjande och förebyggande arbete	25
1.4.1 Utrymme för "ökad fysisk aktivitet"	25
1.4.2 Utrymme för "ökad tobaksintervention"	26
1.4.3 Utrymme för "ökad alkoholintervention"	27
2 SAMMANFATTNING	29
3 AVSLUTANDE KOMMENTARER	31
REFERENSER	33
BILAGOR	36
RAPPORTFÖRTECKNINGAR	46

1 RESULTATREDOVISNING

Eftersom det i resultatredovisningen genomgående rör sig om *stickprovdata*, data från en urvalsundersökning, så är alla redovisade skattningar av okända parametrar (proportionstal) som beskriver befolkningen i olika avseenden behäftade med *slumpfel*. Slumpfelets storlek är delvis beroende på hur vanligt (eller ovanligt) det studerade fenomenet är och är alltid störst då den skattade förekomsten ligger kring 50% och minskar ju närmare 0% och 100% man kommer.

Ett så kallat *konfidensintervall* brukar användas för att beskriva det slumpfel eller den osäkerhetsmarginal som en skattning är behäftad med. Felmarginalernas storlek kan *på länsnivå* betraktas som tämligen blygsamma. De kommer därför inte alltid att beaktas i texten, eftersom många av de bilder av dalfolkets rapportering som kommer att redovisas inte bedömts kräva fullständig exakthet. Då *jämförelser* görs mellan olika grupper i befolkningen (etcetera), krävs konfidensintervall (eller chi-två-test) för att avgöra om det existerar statistiskt säkerställda skillnader.

Om ett konfidensintervall som räknats fram från stickprovdata kan det sägas (15) att det beräknats med en procedur där man hade en viss på förhand vald (till exempel 95 procents) chans att träffa rätt, det vill säga att *intervallet innehåller det sanna (men okända) värdet (proportionstalet)*. Detta kan uttryckas som att man har 95 procents konfidens för det aktuella intervallet. Att observera är att när ett specifikt konfidensintervall beräknats är ingenting variabelt längre. Antingen innehåller intervallet det sanna värdet eller så gör det det inte. (En formulering som "sannolikheten är 95 procent att det sanna värdet ligger mellan intervallets lägsta och högsta värde" blir därmed inte principiellt korrekt.)

1.1 Bästa inspirationen till förbättrade levnadsvanor

Det kan framhållas att många i yrkesverksam ålder *förändrat sina levnadsvanor "under den senaste tolv månaders perioden" i syfte att kunna må bättre*. Oftast handlar det om att ha förändrat sina motionsvanor. 32% av kvinnorna och 25% av männen uppgav vårvintern 2006 att man "under den senaste tolv månaders perioden" i hälsofrämjande syfte ändrat på motionsvanorna. 27% av kvinnorna och 21% av männen hade i samma syfte ändrat på kostvanorna. Att ha börjat ta större hänsyn till det egna välbefinnandet var också vanligt. 26-27% av kvinnorna och 17-18% av männen uppgav detta.

6% av kvinnorna och 4% av männen uppgav vårvintern 2006 att man "under den senaste tolv månaders perioden" i hälsofrämjande syfte ändrat på sina rökvanor och 2% av kvinnorna och 4% av männen att man i samma syfte ändrat på alkoholvanorna.

Tabell 1 visar hur 20-64-åringar vårvintern 2006 besvarade frågan *Varifrån tycker Du att Du fått den bästa inspirationen till att förbättra Dina levnadsvanor (sluta röka, motionera mera etc)?*. Syftet med att ställa frågan var att *i grova drag* försöka belysa relationen mellan olika tänkbara inspirationskällor med avseende på hur vanligt förekommande de är. Vad som i frågan åsyftas med "inspiration" har varit upp till var och en av undersökningsdeltagarna att avgöra. För folk i allmänhet

Tabell 1 Bästa inspirationskällan till att förbättra levnadsvanorna (sluta röka, motionera mera etcetera). Deltagarna ombads markera ett eller *högst tre* svarsalternativ. Avser 20-64-åringars rapportering vårvintern 2006. (Se bilaga 1 för frågans exakta utformning!)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som ansåg att man <u>ej</u> behövt ifrågavarande inspiration</i>	21 [19,22]	32 [30,34]
<i>Andel (%) som ansåg att man fått bäst inspiration av:</i>		
Radio-/TV-program/Video	14 [13,15]	9 [8,10]
Föreläsningar/kurser/studiecirklar	7 [6,8]	2 [2,3]
Sluta-röka-linjen (Tfn 020 – 84 00 00)	0 [0,0]	0 [0,0]
Dagstidningar (<u>ej</u> hemsidor på Internet)	5 [4,5]	3 [3,4]
Veckotidningar, hälsotidningar (<i>Hälsa, Må bra</i> m fl), broschyrer, facklitteratur, böcker	23 [22,25]	4 [4,5]
Skriften <i>Min bok om hälsa</i> (Landstinget Dalarna)	0 [0,0]	0 [0,0]
Internetversionen av <i>Min bok om hälsa</i>	0 [0,0]	0 [0,0]
Hälsoinformation på Internet, <u>annat än</u> internetversionen av <i>Min bok om hälsa</i> , t ex dagstidningarnas hemsidor, Info-medica.se, Pion.net, NetDoktor.se	3 [2,3]	1 [1,2]
Apoteket (apotekspersonalen, kundtidningen, www.apoteket.se , broschyrer.....)	3 [3,4]	1 [1,2]
Läkare verksamma på vårdcentraler	3 [2,3]	3 [2,4]
Läkare verksamma på sjukhus/lasarett	1 [1,2]	2 [2,2]
Sköterskor verksamma på vårdcentraler	2 [1,2]	2 [2,2]
Sköterskor verksamma på sjukhus/lasarett	1 [1,1]	1 [1,2]
Arbetsgivaren ("friskvårdsaktiviteter på jobbet"....)/företagshälsovården	12 [11,13]	11 [10,12]
Anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater	30 [29,32]	26 [24,27]
Annat håll (<i>inklusive</i> "Eget initiativ/mig själv")	11 [10,12]	8 [7,9]
"Eget initiativ/mig själv"	7 [6,7]	6 [5,6]
Jag har ingen uppfattning om saken	13 [12,14]	17 [15,18]

torde "inspiration till" vara på det stora hela taget synonymt med ordalydelser som "givit impuls till", "påverkat dig till", "givit dig kraft till" och "lockat till" samt kanske också andra ordalydelser eller uttryck som "lett till" och "framkallat att Du". (6)

Hur vanliga (eller ovanliga) de i tabell 1 fokuserade inspirationskällorna visar sig vara hänger naturligt samman med *möjlig exponering*. Sålunda kan *sluta-rökalinjen* rimligtvis aldrig ha varit aktuell som inspirationskälla för alla de personer som i hela sitt liv avstått från att befatta sig med tobak. Har man saknat tillgång till Internet kan internetversionen av *Min bok om hälsa* heller aldrig varit aktuell som inspirationskälla.

När det gäller skriften (eller häftet) *Min bok om hälsa* så har den tryckts i en upplagestorlek som innebär att långt ifrån alla i befolkningen kunnat ta ställning till den som inspirationskälla, i alla fall vid en jämförelse med inspirationskällan "anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater" som sannolikt praktiskt taget alla undersökningsdeltagare skulle kunnat ha inspirerats av.

Min bok om hälsa hade fram till hösten 2003 tryckts upp i cirka 10 000 exemplar för spridning i Dalarna. Spridningen började vid Tiskens vårdcentral i Falun 1998. (7)

4 000 spridda exemplar till 20-64-åringar har bedömts som en "absolut minimisiffra" fram till hösten 2003. De flesta av "böckerna" har spridits under perioden 2000-2001. (7)

Utgår man från att "blott" 4 000 exemplar av *Min bok om hälsa* spritts till 20-64-åringar, kan man förvänta sig att cirka 280 av dessa haft möjlighet att besvara landstingets enkät vårvintern 2003. Vid hänsynstagande till den begränsade exponeringen, hade "boken" utgjort bästa inspirationskälla till förbättrade levnadsvanor för ungefär 4% (8 kvinnor och 4 män) av de undersökningsdeltagare som kunde förväntas ha blivit exponerade (6). Om antalet exponerade i befolkningen istället antogs röra sig om 7 500, vilket sannolikt är något i överkant, så hade "boken" utgjort bästa inspirationskälla för ungefär 2% av de exponerade. Ett hänsynstagande till möjlig exponering tydde sålunda på att skriften *Min bok om hälsa* utgjort bästa inspirationskälla för mellan 2% och 4% av de personer som kunnat inspireras av den. Att göra motsvarande kalkyl för internetversionen visade sig vara svårare. Endast 3 personer hade vårvintern 2003 inspirerats av den versionen och det efter det att den funnits tillgänglig under åtminstone 15-16 månader. Långt färre torde dock ha blivit exponerade av "boken" genom internet än genom den manuella spridning som gjordes. Hur många unika personer i åldrarna 20-64 år som exponerats för *Min bok om hälsa* på landstingets hemsida under de 15-16 månader den funnits tillgänglig fram till vårvintern 2003 kunde bara uppskattas i grova termer. Minimumantalet 20-64-åringar som exponerats för internetversionen av *Min bok om hälsa* beräknades, med utgångspunkt från information från landstingets IT-enhet, kunna uppgå till någonstans mellan 300 och 800. Det skulle innebära att den manuellt spridda versionen sannolikt fungerat lite bättre som "bästa inspirationskälla". Dock må man med fog kunna slå fast att *Min bok om hälsa* (framför allt i den tryckta versionen) fungerat som bästa inspirationskälla i en omfattning som inte är försumbar. Det viktigaste med de gjorda beräkningarna kring "bokens" betydelse som inspirationskälla torde emellertid kunna vara att de

visat att "bokens" i tabell 1 till synes helt uteblivna potential som "bästa inspirationskälla" kan vara missvisande då hänsyn tas till den begränsade spridningen.

När det gäller internetversionen av *Min bok om hälsa* uppgav även i 2006 års undersökning endast 3 personer att den fungerat som "bästa inspirationskälla". Detta efter det att den funnits tillgänglig på nätet i drygt fyra år. Genomslaget förefaller därmed ytterst blygsamt. Måhända kan det bero på att det varit svårt för internetanvändare att kunna uppmärksamma den. (En reviderad nätversion är idag åtkomlig på adressen <http://www.ltdalarna.se/minbokomhalsa>.)

Fram till och med 2005 kan sammanlagt ungefär 20 000 "böcker" tänkas ha spridits i länet (8), varav kanske ungefär hälften till 20-64-åringar.

20-64-åringars rapportering vårvintern 2006 kan *måhända* möjliggöra en långtidsuppföljning av den betydelse som inspirationskälla spridningen av skriften *Min bok om hälsa* haft.

9 kvinnor och 4 män uppgav i undersökningen vårvintern 2006 (8 kvinnor och 4 män 2003) att den tryckta varianten ("bokvarianten") av *Min bok om hälsa* utgjort "bästa inspirationskälla" till förändrade levnadsvanor. Med tanke på den ökade exponeringen kan detta synas vara ett sämre resultat än tidigare. Utgår man från att i vart fall dubbelt så många exemplar av *Min bok om hälsa* hunnit spridas till 20-64-åringar, så tyder rapporteringen på att skriften *Min bok om hälsa* (som bäst) utgjort "bästa inspirationskälla" för ungefär 2% av de personer som kunnat inspireras av den.

"Inspiration" och "bästa inspiration" kan tänkas vara något av en "färskvava" (9). Om så är fallet torde uppföljningar av "bästa inspiration" aldrig kunna bli så mycket annat än korttidsuppföljningar. Att spridningen av "bokvarianten" fördubblats sedan förra undersökningen och att antalet "inspirerade" undersökningsdeltagare legat kvar på nästan exakt samma nivå som tidigare kan tyda på att det rörande "bästa inspiration" alltid är något av "färskvarueffekter" som fångas upp. I så fall skulle genomslaget vara detsamma i bägge undersökningarna, det vill säga mellan 2% och 4% "inspirerade" av de som exponerats av "bokvarianten" som "färskvava". 2% eller 4% – genomslaget är dock under alla förhållanden tveklöst större än vad som framkommer av tabell 1 (0% i ett befolkningsperspektiv), men långt ifrån i nivå med inspirationskällor som *Radio-/TV-program/Video*, *Arbetsgivaren* ("*friskvårdsaktiviteter på jobbet*"...)/*företagshälsovården*, *Veckotidningar*, *hälsotidningar* (*Hälsa, Må bra m fl*), *broschyrer*, *facklittratur*, *böcker*, *Eget initiativ/mig själv* och, i synnerhet, *Anhöriga*, *släkt*, *vänner*, *arbetskamrater*.

Svarsalternativet *Anhöriga*, *släkt*, *vänner*, *arbetskamrater* kan tänkas ha en viss koppling till *Min bok om hälsa* då det är möjligt att en del av de individer som (på något sätt) "inspirerats" av den i sin tur – med utgångspunkt från "boken" – som anhörig, släkting, vän eller arbetskamrat "inspirerat" individer i sin omgivning till ett mer hälsofrämjande beteende. "Boken" skulle alltså kunna ha inte bara en effekt av direkt slag, vilket den visat sig ha, utan även en effekt också av *indirekt* slag. Hur stor den senare effekten varit kan emellertid inte belysas med de enkätuppgifter som finns tillgängliga.

Under senare delen av 2006 projektanställdes en distriktssköterska "för att hjälpa sina kollegor vid intresserade vårdcentraler" att använda en ny version av skriften *Min bok om hälsa* (10). Texten har skrivits om för att "boken ska ha ett innehåll som är i tiden" (11). Den nya versionen presenterades senhösten 2006 på de årligen återkommande allmänläkardagarna i Dalarna (12). Vad gäller den gamla versionen skall det omnämnas att den blivit föremål för en utvärdering av upphovsmannen, Lars Jerdén, distriktsläkare vid Jakobsgårdarnas vårdcentral i Borlänge och forskare vid Umeå universitet och Centrum för klinisk forskning i Falun. Efter önskemål har han i mycket korta ordalag sammanfattat sina huvudintryck av utvärderingen (19) enligt följande: "*När Min bok om hälsa spridits på vårdcentraler i Dalarna så skriver en tredjedel av patienterna i boken och 80 % tittar i/läser den (16, 17). En fjärdedel av patienterna uppger att de ändrar något i sin livsstil till följd av att ha läst boken. Motion, kost och stress är de vanligaste företeelser som nämns.*" Vad gäller "bokens" potential för distriktssköterskors arbete blev huvudintrycket: "*Intervjuade distriktssköterskor är positiva till boken (18), men har ofta svårt att finna tid och praktiska sätt att sprida boken.*"

(Vilka bestående livsstilsförändringar *Min bok om hälsa* lett till är höljt i dunkel, såväl vad gäller förändringarnas art som grad. Varken upphovsmannens utvärdering eller bearbetningarna av landstingets befolkningsenkäter har bringat klarhet i detta.)

En annan källa som förtjänar att belysas på ungefär samma "utvidgade" sätt som *Min bok om hälsa* är *Sluta-röka-linjen* eftersom många i befolkningen aldrig haft anledning till att bli "inspirerade" till att sluta röka. Vad man från dalfolkets rapportering vårvintern 2003 kunde konstatera var att 11 personer angivit *Sluta-röka-linjen* som "bästa inspirationskälla" (6). En i sammanhanget särskilt intressant grupp utgörs av personer som varit rökare men slutat. Enligt rapporteringen vårvintern 2003 rörde det sig i undersökningen om 2 157 före detta rökare. Endast 3 av dessa hade emellertid uppgivit *Sluta-röka-linjen* som "bästa inspirationskälla". Restande 8 personer som uppgivit *Sluta-röka-linjen* som "bästa inspirationskälla" uppgav sig vara dagligrökare vid undersökningstillfället. Vårvintern 2006 uppgav totalt 12 personer *Sluta-röka-linjen* som "bästa inspirationskälla", alltså lika många (eller få) som tre år tidigare.

Vid en jämförelse med rapporteringen 2003 (6) framkommer att framför allt *Radio-TV-program/Video* ökat i betydelse som "bästa inspirationskälla" för kvinnor.

1.2 Vad man bör ändra/förbättra för att må bättre

Tabell 2a visar att grovt sett åtta av tio 20-64-åringar (runt 120 000 av 156 000) under vårvintern 2006 hade tankar på att göra en eller flera förändringar i sina levnadsvanor eller i sin livssituation för att kunna må bättre, något som rimmar väl med vad som tidigare framkommit i landstingets undersökningar. *Motionsvanorna* är det både män och kvinnor, ur ett befolkningsperspektiv, oftast tycker sig behöva ändra på i hälsofrämjande syfte. Tabell 2b visar att det i de aktuella åldrarna kan röra sig om över 70 000 individer.

Tabell 2a Vad 20-64-åringar vårvintern 2006 ansåg att man främst borde ändra/förbättra för att må bättre. (Se bilaga 1 för frågans exakta utformning!)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som svarade "Ingenting, jag är nöjd"</i>	21 [19,22]	25 [23,26]
<i>Andel (%) som borde ändra/förbättra:</i>		
Kostvanorna	29 [27,30]	29 [27,30]
Motionsvanorna	46 [45,48]	47 [46,49]
Tobaksvanorna	11 [10,11]	11 [10,12]
Tobaksvanorna, dagligrökare	57 [53,61]	54 [49,59]
Alkoholvanorna	2 [1,2]	4 [3,5]
Alkoholvanorna, kvinnor minst 120 g alko/v	20 [15,26]	-
Alkoholvanorna, män minst 150 g alko/v	-	16 [13,19]
Arbetsförhållandena/arbetsmiljön, förvärvsarbetande	18 [17,19]	18 [16,19]
Arbetslöshetssituationen	6 [5,6]	5 [4,5]
Arbetslöshetssituationen, arbetslösa ej deltidsarbete	60 [54,67]	47 [40,53]
Familjelivet	10 [9,11]	9 [8,10]
Umgänget med släkt, vänner, grannar, arbetskamrater osv	12 [11,13]	8 [7,9]
Privatekonomin	13 [12,14]	11 [10,12]
Fritiden	12 [11,13]	11 [10,12]
Annat	5 [4,5]	3 [3,4]

Drygt hälften av de som uppgivit att man "under den senaste tolv månaders perioden" ändrat sina motionsvanor för att må bättre har samtidigt uppgivit att man även *framöver* borde ändra sina motionsvanor för att må bättre. "Ju mera motion, desto bättre" förefaller vara en vanlig inställning.

Tabell 2b Vad 20-64-åringar vårvintern 2006 ansåg att man främst borde ändra/förbättra för att må bättre – uppskattat *ungefärligt* antal individer.

	Kvinnor	Män
Uppskattat <i>antal</i> 20-64-åringar som ansåg att man inte behöver göra några förändringar alls	16 000	20 000
Uppskattat <i>antal</i> 20-64-åringar som ansåg att man behöver göra åtminstone någon förändring	60 000	60 000
Uppskattat <i>antal</i> 20-64-åringar som ansåg att man behöver ändra/förbättra:		
Motionsvanorna	35 000	38 000
Kostvanorna	22 000	23 000
Arbetsförhållandena/ arbetsmiljön	12 000	13 000
Privatekonomin	10 000	9 000
Fritiden	9 500	8 500
Tobaksvanorna	8 000	8 500
Umgänget med släkt, vänner, grannar, arbets- kamrater osv	9 000	7 000
Familjelivet	8 000	7 000
Arbetslöshetssituationen	4 000	3 700
"Annat"	3 500	2 500
Alkoholvanorna	1 200	3 300

Av en tidigare resultatredovisning från 20-64-åringars rapportering vårvintern 2006 (5) framgick det att fler och fler motionerar regelbundet varje vecka på sin fritid, framför allt i den kvinnliga delen av befolkningen. Även om nästan 70% av kvinnorna och drygt 50% av männen motionerar varje vecka, så är det alltså fortfarande många som vill förbättra sina motionsvanor för att må bättre.

En majoritet (runt 55%) av dagligrökarna vill ändra på sina tobaksvanor för att må bättre. Totalt lär det i länet röra sig om uppskattningsvis mellan 16 000 och 17 000 individer (av cirka 22 000 dagligrökare) som har den uppfattningen.

Förutsättningarna för sjukvårdspersonals tobaksintervention kan betraktas som gynnsamma, liksom utsikterna för sjukvårdspersonal att få ett positivt bemötande från patienterna om deras motionsvanor förs på tal. Förutsättningarna för sjukvårdspersonals alkoholintervention förefaller däremot inte vara riktigt lika gynnsamma då förhållandevis få i yrkesverksam ålder tycker att man (främst) borde förändra sina alkoholvanor för att må bättre. De senare kan röra sig om mellan 4 000 och 5 000 individer, vilket kan ses i ljuset av att uppåt 80 000 individer (till övervägande del män) i yrkesverksam ålder dricker vin, starksprit och/eller starköl regelbundet varje vecka och att antalet riskbrukare sannolikt kan vara allt från 17 000 och upp till kanske nästan det dubbla antalet (5).

1.3 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna och hälsoråd från sjukvårdspersonal

1.3.1 Resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna

Hur 20-64-åringar vårvintern 2006 besvarade frågorna *Har Du under de senaste 12 månaderna resonerat om Dina levnadsvanor med sjukvårdspersonal? (Om "Ja", med vem (eller vilka) har Du fört resonemang om Dina levnadsvanor?)* framgår ur tabell 3 och tabell 4. Proportionstalen (%-talen) är baserade på samtliga undersökningsdeltagare, alltså även på deltagare som inte varit i kontakt med sjukvårdspersonal "under den senaste tolv månadersperioden".

Vårvintern 2003 besvarades frågorna på samma sätt (6). Vid jämförelser framträder inte någon enda statistiskt säkerställd förändring.

De uppgifter dalfolket lämnat i landstingets postenkätundersökningar ger ingen uttömmande bild av de kontakter med sjukvårdspersonal som kan ha tagits "under den senaste tolv månadersperioden". Det som efterfrågats är enbart hur ofta man varit på *läkarbesök* (för egna hälsoproblem) och vilken typ av läkare (eller vilka typer av läkare) man besökt. Information om i vilken utsträckning man haft kontakter med sjukgymnaster, sjuksköterskor och annan vårdpersonal som kuratorer och psykologer saknas därför. Exakt hur stor andel av länets 20-64-åringar som under den fokuserade tidsperioden *skulle kunnat* ha fört resonemang om sina levnadsvanor med sjukvårdspersonal kan således inte beräknas enbart från tillgängliga enkätdata, men, enligt tidigare kalkyler och kompletterande information (6), torde (åtminstone) sju av tio kvinnor och sex av tio män ha haft tillfälle till detta. (De flesta som besökt distriktssköterska under en tolv månadersperiod torde också ha gjort besök hos distriktsläkare.)

Att sju av tio kvinnor och sex av tio män *skulle kunnat* ha fört resonemang om sina levnadsvanor med sjukvårdspersonal "under den senaste tolv månadersperioden" innebär att proportionstalen (%-talen) i tabell 3 blir *nästan* de dubbla för män ur ett så kallat patientperspektiv och *inte långt från* de dubbla för kvinnor. Resonemang om levnadsvanorna torde dock inte alltid kännas *naturligt påkallade* i mötena mellan befolkningen (patienterna) och personalen inom hälso- och sjukvården.

Tabell 3 Levnadsvanor som 20-64-åringar under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2006 resonerat med sjukvårdspersonal om. (Befolkningsspektivet.)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som ej resonerat med sjukvårdspersonal om sina levnadsvanor</i>	84 [83,85]	87 [86,88]
<i>Andel (%) som resonerat med sjukvårdspersonal om:</i>		
Motionsvanorna	8 [7,9]	8 [7,9]
Rökvanorna	3 [3,4]	2 [1,2]
Snusvanorna	0 [0,1]	1 [1,2]
Kostvanorna	7 [7,8]	7 [6,8]
Alkoholvanorna (öl, vin och sprit)	1 [1,2]	2 [2,3]
Andra levnadsvanor	4 [4,5]	2 [2,3]

Tabell 4 Sjukvårdspersonal med vilka 20-64-åringar under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2006 fört resonemang om sina levnadsvanor. (Befolkningsspektivet.)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som resonerat om sina levnadsvanor med:</i>		
Läkare på vårdcentral (distriktsläkare/"husläkare")	6 [5,7]	4 [4,5]
Sjuksköterskor på vårdcentral (distriktsköterska, mottagningssköterska)	3 [2,3]	2 [2,2]
Läkare på sjukhusmottagning/lasarett	2 [2,3]	2 [1,2]
Sjuksköterskor på sjukhusmottagning/lasarett	1 [1,1]	1 [1,1]
Företagsläkare/företagssköterska	4 [3,4]	4 [3,5]
Annan sjukvårdspersonal	5 [4,5]	3 [2,3]

Ur ett befolkningsperspektiv har, enligt tabell 4, i runda tal 6% av kvinnorna och 4% av männen resonerat om sina levnadsvanor med läkare på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden". Då ungefär 44% av de förra och 34% av de senare varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral under samma period (1), så kan man utifrån 2006 års rapportering – ur ett *patientperspektiv* – påstå att cirka 12% [95% KI: 10-13%] av 20-64-åriga kvinnor i länet som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral under perioden resonerat om sina levnadsvanor med en läkare på "sin" vårdcentral. För män kan procenttalet beräknas till cirka 11% [95% KI: 9-13%]. *I stort sett var tionde man och kvinna som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral "under den senaste tolv månadersperioden" har alltså uppfattat sig ha fört resonemang om levnadsvanorna med läkaren.* Om hänsyn tas också till om resonemang även förts med distriktssköterskor ökar procenttalen till cirka 14% [95% KI: 13-16%] för kvinnliga besökare och cirka 13% [95% KI: 11-15%] för manliga.

(Cirka) 14% [95% KI: 13-16%] och (cirka) 13% [95% KI: 11-15%] kan jämföras med (cirka) 32% [95% KI: 25-38%] och (cirka) 20% [95% KI: 15-25%] för de som "under den senaste tolv månadersperioden" besökt företagsläkare och som under samma period resonerat om levnadsvanorna med företagsläkare eller företags-sköterska.

Bland kvinnor och män som enligt rapporteringen besökt läkare på sjukhus/lasarett har 7% [95% KI: 6-9%] respektive 8% [95% KI: 6-10%] uppfattat sig ha resonerat om levnadsvanorna med läkare på sjukhus/lasarett och 8% [95% KI: 7-10%] respektive 10% [95% KI: 8-12%] med läkare eller sjuksköterska på sjukhus/lasarett.

20-64-åringars rapportering tyder på att levnadsvanorna oftare kommer på tal inom företagshälsovården än inom primärvården, åtminstone då det gäller kvinnliga patienter. När det gäller kvinnliga patienter så framkommer det också att levnadsvanorna oftare kommer på tal inom primärvården än inom vården på sjukhus och lasarett.

1.3.2 Hälsoråd från sjukvårdspersonal

Frågan *Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna fått hälsoråd av sjukvårdspersonal, t ex rådet att sluta röka, gå ner i vikt, motionera, ändra kostvanor, alkoholvanor eller liknande? (Har Du under de senaste 12 månaderna fått hälsoråd av följande slag:)* besvarades vårvintern 2006 enligt vad som framgår ur tabell 5. Proportionstalet (%-talen) är även nu baserade på samtliga undersökningsdeltagare, alltså även på deltagare som inte varit i kontakt med sjukvårdspersonal "under den senaste tolv månadersperioden".

Frågans svarsalternativ besvarades på samma sätt även vårvintern 2003 (6). Vid jämförelser framträder inte någon enda statistiskt säkerställd förändring. Det kan därmed *slås fast att andelen 20-64-åringar involverade i såväl "resonemang med sjukvårdspersonal om levnadsvanorna" som "hälsoråd från sjukvårdspersonal" legat på en ur ett befolkningsperspektiv stabil nivå under de senaste åren.*

Tabell 5 20-64-åringar som under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2006 fått hälsoråd av sjukvårdspersonal. (Befolkningsspektivet.)

	Kvinnor	Män
Andel (%) som fått hälsoråd av sjukvårdspersonal (Internbortfallet exkluderat)	11 [10,12]	11 [10,12]
Andel (%) som fått hälsoråd av:		
Läkare på vårdcentral angående rökvanor	3 [2,3]	2 [1,2]
Läkare på vårdcentral angående alkoholvanor	0 [0,1]	1 [0,1]
Läkare på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	3 [3,4]	4 [3,4]
Läkare på vårdcentral angående kostvanor	3 [2,3]	3 [3,4]
Sköterska på vårdcentral angående rökvanor	1 [1,1]	1 [0,1]
Sköterska på vårdcentral angående alkoholvanor	0 [0,0]	0 [0,0]
Sköterska på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	2 [1,3]	3 [2,3]
Sköterska på vårdcentral angående kostvanor	2 [2,3]	3 [2,3]

Procenttalen i tabell 6 (på nästa sida) är beräknade på personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem, alltså ur ett patientperspektiv. Av kvinnor som gjort sådana besök har 18% [95% KI: 16-20%], vilket dock inte framgår av tabellen, uppfattat att man under tidsperioden fått hälsoråd av *sjukvårdspersonal*. Motsvarande procenttal för män är 19% [95% KI: 17-21%]. Således: Grovt sett var femte man och kvinna som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har under tidsperioden uppfattat sig ha fått hälsoråd av *personal inom hälso- och sjukvården*, alltså inte nödvändigtvis av läkare på "sin" vårdcentral. I tabell 6 framgår det i vilken utsträckning personer som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral uppfattat sig ha fått hälsoråd av just *läkare på "sin" vårdcentral* angående rökvanor, alkoholvanor, fysisk aktivitet/motionsvanor och kostvanor. Av tabellen framgår det också att en del som varit på besök "under den senaste tolv månadersperioden" under den tidsperioden inte fått hälsoråd av läkare på "sin" vårdcentral utan av sköterskor.

Tabell 6 20-64-åringar som under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2006 fått hälsoråd av sjukvårdspersonal. Avser personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem. (Patientperspektivet.)

	Kvinnor	Män
<i>Andel (%) som fått hälsoråd av:</i>		
Läkare på vårdcentral angående rökvanor	5 [4,6]	3 [2,5]
Läkare på vårdcentral angående alkoholvanor	1 [0,1]	1 [1,2]
Läkare på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	7 [6,8]	8 [7,10]
Läkare på vårdcentral angående kostvanor	6 [5,7]	7 [6,9]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående rökvanor	6 [5,7]	4 [3,5]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående alkoholvanor	1 [0,1]	2 [1,2]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående fysisk aktivitet/motionsvanor	9 [7,10]	11 [9,13]
Läkare eller sköterska på vårdcentral angående kostvanor	8 [7,9]	11 [10,13]

Hälsoråd angående rökvanor och alkoholvanor blir måhända riktigt intressanta först då de relateras till patienternas rök- och alkoholvanor. Hur distriktsläkare (läkare på vårdcentral) och distriktssköterskor verksamma i Dalarna skall förhålla sig till patienternas rök- och alkoholvanor har tydligt markerats i särskilt av landstingsledningen utfärdade riktlinjer – Dalasjukvårdens allmänna råd nr 3/98 (20). För att följa riktlinjerna måste distriktsläkare och distriktssköterskor ge muntlig och skriftlig information till tobaksanvändare med råd om rökslut. Distriktsläkare och distriktssköterskor måste också ge muntlig information om risker med högkonsumtion av alkohol och ge en rekommendation om en minskning av konsumtionen. Man kan säga att det handlar om att distriktsläkare och distriktssköterskor måste ge *hälsoråd* till patienter som är dagligrökare eller högkonsumenter (riskbrukare) av alkohol. Riktlinjerna kan tolkas som att distriktsläkare och distriktssköterskor *alltid* måste ge sådana råd åt ifrågavarande patientgrupper och – dessutom – ständigt hålla frågan aktuell vid kommande besök. (På det lokala planet har varje vårdcentralschef till uppgift att tillse att riktlinjerna efterlevs.)

Rökvanorna (vårvintern 2006) bland personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem framgår ur tabell 7b. Tabell 7a visar rökvanorna i befolkningen (5). Jämförelser mellan de bägge tabellerna tyder på att rökvanorna bland personer som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral är *ungefär* desamma som i befolkningen i stort.

Tabell 7a Rökvanor (%; 95% konfidensintervall (KI)) bland 20-64-åringar folkbokförda och bosatta i Dalarna vårvintern 2006 efter kön. (Internbortfallet har exkluderats i beräkningarna.)

Kön:	Kvinnor	Män
Svarsfördelning (%):		
"Jag har <u>aldrig</u> rökt"	48 [47,50]	51 [49,53]
"Jag röker <u>inte numera</u> , men har tidigare varit rökare"	27 [26,29]	28 [26,29]
"Jag röker (<u>så gott som</u>) <u>dagligen</u> "	17 [16,18]	11 [10,12]
"Jag röker, men bara <u>då och då</u> (t ex "feströker")"	7 [6,8]	10 [9,11]

Tabell 7b Rökvanor (%; 95% konfidensintervall (KI)) bland 20-64-åringar folkbokförda och bosatta i Dalarna vårvintern 2006 efter kön. *Avser personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem.* (Internbortfallet har exkluderats i beräkningarna.)

Kön:	Kvinnor	Män
Svarsfördelning (%):		
"Jag har <u>aldrig</u> rökt"	45 [43,47]	46 [44,49]
"Jag röker <u>inte numera</u> , men har tidigare varit rökare"	29 [27,32]	33 [30,35]
"Jag röker (<u>så gott som</u>) <u>dagligen</u> "	19 [17,20]	12 [10,13]
"Jag röker, men bara <u>då och då</u> (t ex "feströker")"	7 [6,8]	9 [8,11]

Bland de som *"aldrig rökt"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har, som man kan förvänta sig, ingen uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna och praktiskt taget heller ingen av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral.

Bland de som *"tidigare varit rökare"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 4% [95% KI: 2-5%] av de kvinnliga före detta rökarna och 2% [95% KI: 0-3%] av de manliga uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna och lika många (eller få) av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral.

I 2006 års undersökning hade 26 personer uppgivit att man *"tidigare varit rökare"* och att man "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem samt uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna. Huruvida dessa slutat med sitt rökande just till följd av läkares tobaksintervention (hälsoråd) framgår inte av de tillgängliga enkätuppgifterna. Det man från enkätuppgifterna kan säga är att 23 av de 26 svarat *Ja* på frågan *Har Dina kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att Du under de senaste 12 månaderna i förebyggande syfte ändrat Dina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (minskat rökandet eller slutat helt, börjat äta sundare, börjat motionera mera etc)?*. Tabell 8 ger en övergripande bild av hur frågan besvarats.

Bland kvinnor som *"röker dagligen"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 22% [95% KI: 17-26%] uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna och 26% [95% KI: 21-30%] av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral. Motsvarande procenttal för män som *"röker dagligen"* har kunnat beräknas till 24% [95% KI: 17-31%] och 27% [95% KI: 19-35%]. Således: *I stort sett tre av fyra dagligrökare som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har inte uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare (eller sköterska) på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna. Enligt landstingets riktlinjer för tobaksintervention borde dessa ha uppfattat sig ha fått sådana råd.*

I 2006 års undersökning hade 106 personer uppgivit att man *"röker dagligen"* och att man "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem samt uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna. När post-enkätundersökningen genomfördes uppgav alltså samtliga 106 att man, *trots läkares tobaksintervention*, fortfarande röker varje dag.

Bland kvinnor som *"röker, men bara då och då"* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 1% [95% KI: 1-2%] uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna och 2% [95% KI: 0-4%] av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral. För män som *"röker, men bara då och*

Tabell 8 20-64-åringar som under tolv månadersperioden fram till vårvintern 2006 i förebyggande syfte ändrat sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll beroende på kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal. (Befolknings- och "patientperspektivet".)

	Kvinnor	Män
Andel (%) som <u>ej</u> haft kontakter/samtal/diskussioner av ifrågavarande slag (Befolkningsperspektivet)	67 [65,68]	67 [65,68]
Svar på frågan <i>Har Dina kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att Du under de senaste 12 månaderna i förebyggande syfte ändrat Dina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (minskat rökandet eller slutat helt, börjat äta sundare, börjat motionera mera etc)?</i> (Personer som <u>ej</u> haft kontakter/samtal/diskussioner av ifrågavarande slag exkluderade, liksom personer som inte besvarat frågan.):		
Andel (%) som ansåg att kontakter/samtal/diskussioner av ifrågavarande slag <u>bidragit</u> till hälsosammare levnadsvanor (Patientperspektivet)	30 [27,32]	28 [25,31]
Andel (%) som ansåg att kontakter/samtal/diskussioner av ifrågavarande slag <u>ej</u> bidragit till hälsosammare levnadsvanor (Patientperspektivet)	57 [54,60]	61 [58,64]
Andel (%) som ställde sig <u>tveksamma</u> till att kontakter/samtal/diskussioner av ifrågavarande slag bidragit till hälsosammare levnadsvanor (eller saknade uppfattning om saken) (Patientperspektivet)	13 [11,15]	11 [9,13]

då" har procenttalen kunnat beräknas till 3% [95% KI: 0-6%] och 3% [95% KI: 0-6%].

Enligt rapporteringen vårvintern 2006 hade 4 personer uppgivit att man "röker, men bara då och då" och att man "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem samt uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna. 3 av de 4 svarade Ja på frågan *Har Dina kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att Du under de senaste 12 månaderna i förebyggande syfte ändrat Dina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (minskat rökandet eller slutat helt, börjat äta sundare, börjat motionera mera etc)?*

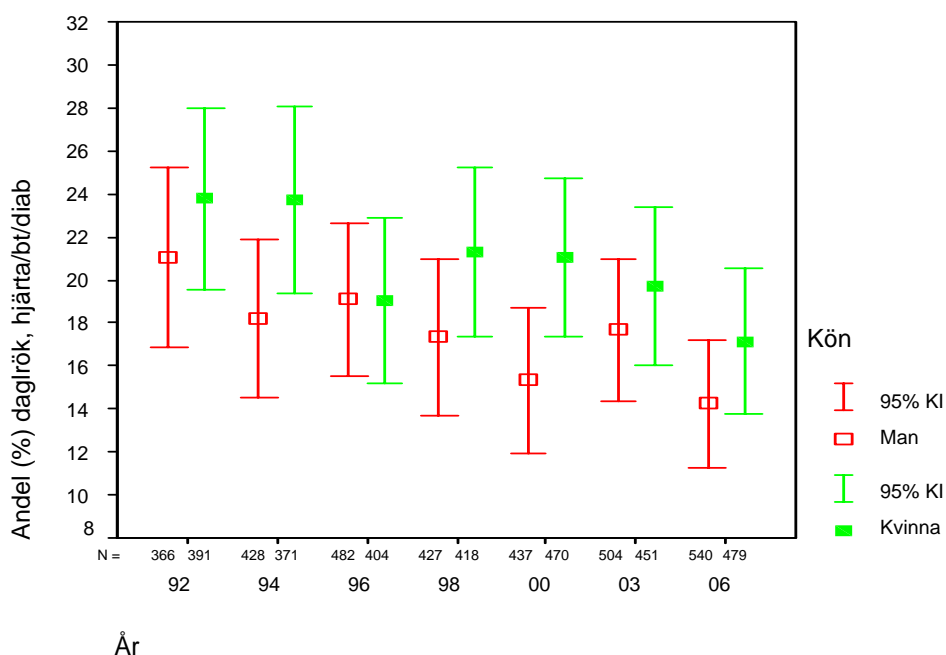
Av den gjorda redovisningen kan man sluta sig till att *maximalt* 136 personer varit dagligrökare och uppfattat sig ha blivit föremål för *distriktsläkares* tobaksinterven-

tion i form av *hälsoråd* angående tobaksvanor. Man kan också sluta sig till att *maximalt* 30 av de 136 "intervenerade" upphört med sitt dagliga rökande och att distriktsläkares hälsoråd bidragit till att *maximalt* 26 av de 30 gjort det. *Maximalt* 23 (17%) av de 136 "intervenerade" kan ha "fimpat för gott" till följd av distriktsläkares hälsoråd. Den verkliga effekten av hälsoråden torde dock vara lägre än den maximala, men har inte gått att beräkna. Man skall i sammanhanget vara uppmärksam på att en del kan ha ändrat sina rökvanor (sitt dagliga rökande) utan att ha fått ett tydligt hälsoråd. Det kan ha räckt med att ha fört ett *resonemang* om saken vid besöket hos distriktsläkaren.

Under åren har det i olika vårdprogram, nationella riktlinjer och andra dokument framhållits att det som en behandlingsinsats är viktigt att förmå patienter med högt blodtryck, diabetes och hjärtbesvär att avstå från rökning. I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård (28) poängteras följande: "*Hörnstenen i hjärtrehabilitering är fysisk träning. Rökavvänjning är den mest kostnadseffektiva metoden för att minska risken för återinsjuknande.*". Angående behandling av patienter med (måttligt) förhöjt blodtryck kan man i en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (29) läsa: "*Speciellt viktigt är det att förmå patienten att sluta röka (, även om rökstopp i sig inte påverkar blodtrycksnivån).*".

Hur *dagligrökandet* i gruppen med högt blodtryck, diabetes och hjärtbesvär utvecklats över tid har tidigare redovisats (5) och tydliggörs på nytt i diagram 1. Vid en jämförelse med dagligrökandet i befolkningen, framkom det att dagligrökandet *inte* varit mindre utbrett bland personer i den fokuserade gruppen. (De före detta rökarna är dock fler, runt 39% i den fokuserade gruppen och runt 27% bland övriga.)

Diagram 1 Andel (%; 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åringar med hjärtbesvär, behandlingskrävande högt blodtryck och/eller behandlingskrävande diabetes som svarade *Jag röker (så gott som) dagligen* på frågan *Hur ofta röker Du?* efter undersökningsår och kön.



I runda tal 40% av de (20-64-åringar) som vårvintern 2006 uppgav att man dras med hjärtbesvär, behandlingskrävande högt blodtryck och/eller behandlingskrävande diabetes, att man röker dagligen och att man "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem uppgav också att man under tidsperioden av läkare på "sin" vårdcentral uppfattat sig ha fått hälsoråd angående sina rökvanor och (i runda tal) 46% av läkare *eller sköterska* på "sin" vårdcentral. (De flesta, om inte rent av alla, vårdcentraler har numera särskilda sköterskeledda hypertoni- och diabetesmottagningar.)

Resultatsammanställningen pekar på att det i stort sett är dubbelt så vanligt att på vårdcentralerna ge hälsoråd angående rökvanorna till dagligrökande patienter med hjärtbesvär, behandlingskrävande högt blodtryck och/eller behandlingskrävande diabetes än vad det är till dagligrökare i allmänhet. Det torde kunna bero på den nära kopplingen mellan de hälsoproblem man söker för och rökningens allmänt accepterade skadliga inverkan för just de hälsoproblemen, vilket (sedan länge) uttryckts i vårdprogram eller andra riktlinjer för behandling av sjukdomar.

Distriktsläkare och distriktssköterskor som är verksamma i Dalarna skall, som nämnts, mot bakgrund av fastställda riktlinjer regelmässigt ge hälsoråd inte bara om rökvanor utan också om alkoholvanor.

Av en tidigare resultatredovisning (5) har det framgått att andelen riskbrukande män (minst 150 gram ren alkohol i veckan) bland 20-64-åriga män i länet uppgår till runt 16-17% och bland kvinnor (minst 110 gram ren alkohol i veckan) till runt 5-6%. Andelarna är desamma för kvinnor och män som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral. (Såväl dagligrökare som riskbrukare av alkoholhaltiga drycker är således inte överrepresenterade bland personer som varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral.)

Bland riskbrukande män som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har 2% [95% KI: 0-5%] uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående alkoholvanorna och 3% [95% KI: 1-6%] av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral. 4% [95% KI: 0-8%] och 4% [95% KI: 0-8%] är de motsvarande procenttalen för riskbrukande kvinnor. (Direkta jämförelser med 2003 års undersökning går inte att göra eftersom de valda undre gränserna för riskbruk är olika för både män och kvinnor. De undre gränserna har höjts i 2006 års undersökning. Dock förefaller det, enligt de (grova) jämförelser som varit möjliga att göra, som om hälsoråd angående alkoholvanorna *något* oftare förmedlats vid lägre risknivåer än vid högre.)

En majoritet – grovt sett sju av tio – av de som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral och som under tidsperioden uppfattat sig ha fått hälsoråd angående alkoholvanorna av läkarbesök på "sin" vårdcentral rapporterade vid tidpunkten för postenkätundersökningens genomförande en *lägre* alkoholkonsumtion än den definierade undre gränsen för riskbruk. Av rapporteringen framgår det att drygt hälften av de "grovt sett sju av tio" i hälsofrämjande syfte ändrat på sina alkoholvanor och att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till att man just i förebyggande syfte ändrat sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll. Även om "drygt hälften av de grovt sett sju

av tio" rör sig om relativt få "intervenerade" (13 undersökingsdeltagare av nästan 7 700, varav säkert 800 riskbrukare) så blir den *maximala* effekten av distriktsläkares hälsoråd angående alkoholvanorna betydande. Även om effekten skulle vara klart mindre än den maximala, så skulle distriktsläkares hälsoråd angående alkoholvanorna i Dalarna ändå sannolikt vara *kostnadseffektiva*. En noggrannare kalkyl rörande kostnadseffektiviteten gjordes med utgångspunkt från 2003 års rapportering (6) och den kalkylen pekade på att distriktsläkares hälsoråd på området *mycket väl* och *sannolikt* kan vara kostnadseffektiva och att "problemet" inte i första hand handlar om kostnadseffektivitet utan om att hälsoråd till riskbrukare förmedlas så pass sällan i ljuset av de riktlinjer landstinget utfärdat. Vårvintern 2003 uppgav nämligen inte fler än 56 av 8 339 undersökingsdeltagare att man ("under den senaste tolv månadersperioden") fått hälsoråd av läkare på "sin" vårdcentral angående sina alkoholvanor och blott 8 av sköterska. Det kan jämföras med 47 respektive 16 av 7 694 undersökingsdeltagare vårvintern 2006. *Inom primärvården är hälsorådgivning på alkoholområdet uppenbarligen fortfarande en relativt sällsynt företeelse.*

Antalet fysiskt inaktiva kan räknas i 10 000-tal (5). Hälsoråd angående motionsvanorna torde välkomnas av många med tanke på att motionsvanorna är det som man oftast vill ändra på i sina levnadsvanor för att må bättre. Andelen som fått sådana råd vid besök hos läkare på "sin" vårdcentral bland personer som uppgivit att man *inte motionerar varje vecka* uppgick enligt 2006 års rapportering till 8% [95% KI: 6-10%].

1.3.3 Sjukvårdspersonals resonemang och/eller hälsoråd rörande befolkningens levnadsvanor

Hur 20-64-åringar vårvintern 2006 besvarade frågan *Har Du under de senaste 12 månaderna resonerat om Dina levnadsvanor med sjukvårdspersonal?* har nyss redovisats, likaså besvarandet av frågan *Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna fått hälsoråd av sjukvårdspersonal, tex rådet att sluta röka, gå ner i vikt, motionera, ändra kostvanor, alkoholvanor eller liknande?* Andelen som svarat *Ja* på åtminstone någon av de bägge frågorna skulle kunna ses som en indikator på hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande framtoning. För kvinnor har andelen, sett ur ett befolkningsperspektiv, kunnat beräknas till 18% [95% KI: 17-20%] och för män till 16% [95% KI: 15-17%]. Räknas andelarna istället fram enbart med utgångspunkt från *personer som varit på läkarbesök* ("under den senaste tolv månadersperioden"), alltså ur ett patientperspektiv, kommer de att uppgå till 26% [95% KI: 24-28%] respektive 25% [95% KI: 23-27%]. I 2003 års rapportering blev de bägge andelarna praktiskt taget exakt desamma.

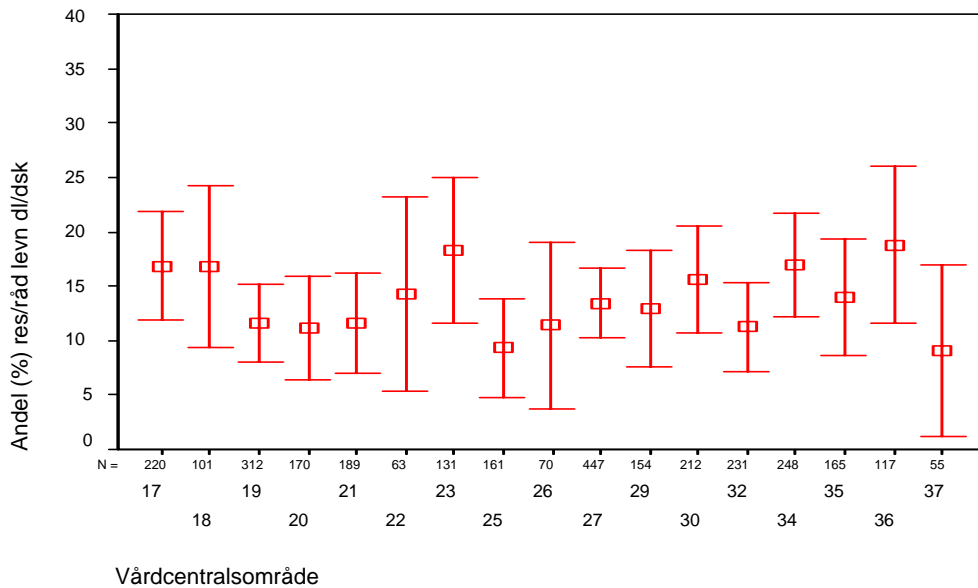
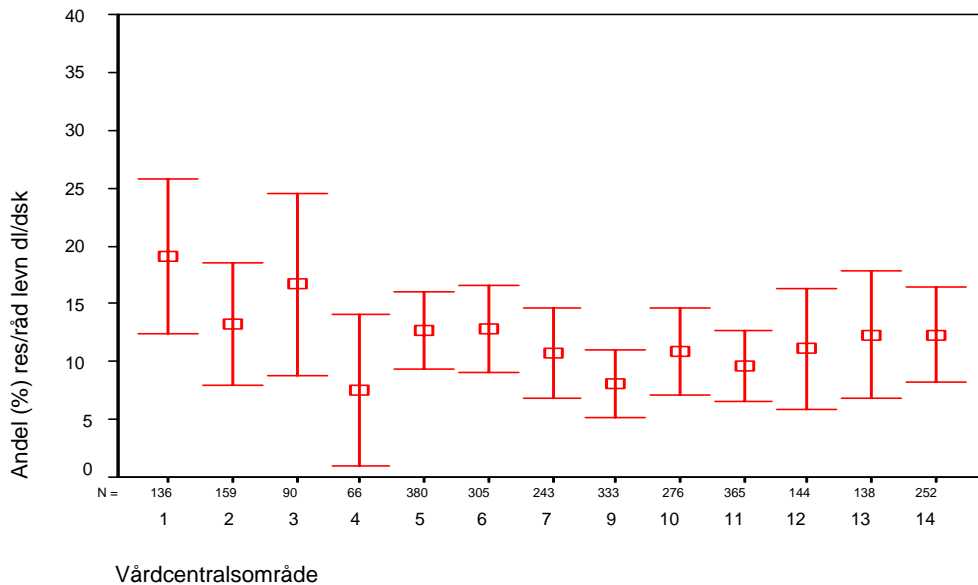
Av rapporteringen 2006 går det att räkna fram att grovt sett *varannan* av de som "under den senaste tolv månadersperioden" resonerat med sjukvårdspersonal om sina levnadsvanor eller fått hälsoråd angående sina levnadsvanor ändrat på dessa åt ett hälsosammare håll och att kontakter, samtal och resonemang med sjukvårdspersonal bidragit till förändringen. *Resonemang och hälsorådgivning angående patienternas levnadsvanor har uppenbarligen en hälsofrämjande effekt.*

Det har också kunnat räknas fram att av de kvinnor och män som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem så har, ur ett patientperspektiv, 22% [95% KI: 20-24%] av de förra och 21% [95% KI: 18-23%] av de senare under samma tidsperiod resonerat om sina levnadsvanor med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral och/eller fått hälsoråd angående sina levnadsvanor. Den hälsofrämjande effekten förefaller vara ungefär densamma som den nyss nämnda. I diagram 2 visas hur stor andel av befolkningen som varit involverade i resonemang och/eller hälsorådgivning angående levnadsvanorna efter vårdcentralsområde. Utfallet är i stort sett identiskt med 2003 års. Inga statistiskt säkerställda förändringar kan iakttagas.

Bland personer som "*röker dagligen*" och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem så har 38% [95% KI: 33-42%] uppfattat att man under samma tidsperiod *resonerat* om åtminstone *någon* aspekt på sina levnadsvanor med läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral eller *fått hälsoråd* angående åtminstone *någon* aspekt på sina levnadsvanor. Motsvarande andelar för riskbrukande kvinnor (minst 120 gram ren alkohol i veckan) och riskbrukande män (minst 150 gram ren alkohol i veckan) uppgår till 28% [95% KI: 19-37%] respektive 21% [95% KI: 15-26%] samt för personer som inte motionerar på sin fritid varje vecka till 23% [95% KI: 21-26%].

Rapporteringen pekar på att det – fortfarande – mer kan betraktas som undantag än regel att levnadsvanorna kommer på tal då man söker hjälp från läkare på vårdcentralerna för egna hälsoproblem *fast det kan anses särskilt motiverat ur hälsopolitisk synvinkel*, dock sker det i en långt ifrån obetydlig utsträckning och, vilket bör framhållas, med en hälsofrämjande effekt.

Diagram 2 Andel 20-64-åringar som vårvintern 2006 "under den senaste tolv månaders perioden" fört resonemang angående sina levnadsvanor med läkare eller sköterska på vårdcentral och/eller fått hälsoråd av läkare eller sköterska på vårdcentral angående sina rök-, alkohol-, kost- och/eller motionsvanor efter vårdcentralsområde (Se bilaga 2!). (Befolkningsperspektivet.)



Anmärkning: Endast Norslunds vårdcentral i Falun avviker *signifikant* från genomsnittet för samtliga vårdcentraler. Andelen kan därmed anses vara ungefär densamma som det genomsnittliga för i stort sett samtliga vårdcentraler (13% [95% KI: 12-14%]). (Brukarna av) Norslunds vårdcentral har en signifikant *lägre* andel, dock knappast anmärkningsvärd. Att observera är att med det valda *befolkningsperspektivet* har hänsyn inte tagits till huruvida kontakter tagits med vårdcentralerna.

1.4 Utrymme för ett intensifierat hälsofrämjande och förebyggande arbete

1.4.1 Utrymme för "ökad fysisk aktivitet"

"Ökad fysisk aktivitet" skulle kunna vara befogat inte minst för personer som inte motionerar varje vecka och som har ett stillasittande eller stående arbete och likaså för personer som inte förvärvsarbetar och som inte motionerar varje vecka. Dessa – "de fysiskt inaktiva" – bör enligt rapporteringen vårvintern 2006 röra sig om uppskattningsvis cirka 25 000 personer (5). Det är emellertid lågt räknat om motionsutövande bör ske *åtminstone 2-3 gånger i veckan*.

På olika håll i landstingsvärlden har på senare år en ambition på det hälsopolitiska området varit att få läkare att skriva ut recept på motionsaktiviteter som promenader, stavgång och simning lika naturligt som de ordinerar mediciner. Ett recept på motion kan vara såväl ett komplement till ett läkemedelsrecept (eller annan behandling) som ett alternativ. Vid vissa hälsotillstånd torde motionens välgörande potential med fördel kunna prövas innan beslut om läkemedelsbehandling tas.

Ett recept på motion kan skrivas ut på en för ändamålet särskild blankett och då kan såväl typ av aktivitet som dosering och förväntad effekt preciseras. Den blankett – ordinationsblankett – som utarbetats för användning inom Landstinget Dalarna finns åtkomlig på <http://web.ltdalarna.se/templates/Page.aspx?id=23463>. Instruktioner lämnas för blankettens ifyllande. Ordinationer kan utfärdas av läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Inom Landstinget Dalarna har en referensgrupp bildats för att utveckla ordinationer av fysisk aktivitet. Varje närsjukvårdsområde skall ha en samordnare för det lokala arbetet. Samordnarna skall framöver ingå i referensgruppen. På varje vårdcentral är det tänkt att det skall finnas en kontaktperson. En av uppgifterna är att se till att ämnet hålls aktuellt. (13)

På några vårdcentraler i länet pågår för närvarande ett projekt som berör ordination av fysisk aktivitet på recept. Projektledaren, distriktsläkare Johan Hallberg, Hedemora vårdcentral, karakteriserar projektet enligt följande: *"Under 2007 skall ett informationsprojekt genomföras riktat till ett antal vårdcentraler i Dalarna. Syftet är att genom utbildning och information beskriva de samband som finns mellan hälsofrämjande hälso- och sjukvård och en hållbar utveckling av samhället utifrån FN:s definitioner. Denna studie skall undersöka effekter av informationsprojektet m.a.p. vårdpersonalens KASAM, attityder till hälsofrämjande och hållbarhetsfrågor, arbetstillfredsställelse samt aktivitet och effektivitet i genomförande av en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, i detta fall särskilt arbetet med ordination av fysisk aktivitet".* (21)

Ovannämnda studie är upplagd som en så kallad fall-kontrollstudie. Vårdcentralerna i Rättvik, Malung, Leksand, Grycksbo och Hedemora utgör fall (vilka blir föremål för den särskilda informationsinsatsen) och vårdcentralerna i Avesta, Säter, Tisken (Falun), Mora, Norslund (Falun) och Svärdsjö kontroller (21).

(Utifrån rapporteringen 2006 har jämförelser gjorts mellan "fallen" och "kontrollerna" med avseende på brukarnas motionsvanor, förändring av motionsvanorna i hälsofrämjande syfte, besvärssupplevelser till följd av övervikt, besvärssupplevelser till följd av dåliga motionsvanor, läkemedels-

användning för överviktsproblem, tillgång till förebyggande hälsovård på "sin" vårdcentral, läkarbesök på "sin" vårdcentral, resonemang om levnadsvanorna med läkare eller sköterskor på "sin" vårdcentral, att ha fått hälsoråd angående motionsvanorna från läkare eller sköterskor på "sin" vårdcentral, att i förebyggande syfte ändrat på sina levnadsvanor åt ett hälsosammare håll (börjat motionera mera etc), att från läkare eller sköterskor på "sin" vårdcentral ha fått den bästa inspirationen till att ha förbättrat sina levnadsvanor. Jämförelserna avslöjade inga anmärkningsvärda skillnader (chi-två-test). Det enda som måhända förtjänas att lyftas fram är att män som vänder sig till de vårdcentraler som ingår i kontrollgruppen motionerar något oftare än de män som vänder sig till de vårdcentraler som får "informationsprojektets" huvudsakliga uppmärksamhet. Av intresse för ordinationer av fysisk aktivitet är att grovt sett varannan man och kvinna bland såväl "fallen" som "kontrollerna" önskar förbättra sina motionsvanor för att må bättre.)

Officiella uppgifter om hur ofta fysisk aktivitet ordinerats i Dalarna har hittills varit obefintliga. Alldeles nyligen tillgängliga uppgifter tyder på att ordination av fysisk aktivitet ännu inte kommit igång på många håll. Från journalsystemet Profdoc har det kunnat konstateras att *cirka 150 ordinationer gjorts inom primärvården under 2006* (14). Det kan ses i ljuset av att minst 25 000 20-64-åringar i länet torde vara fysiskt inaktiva och att *över 70 000 vill förändra sina motionsvanor för att må bättre.*

Av de som vill ändra på sina motionsvanor för att må bättre och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har under tidsperioden 90% [95% KI: 88-91%] inte fått hälsoråd angående motionsvanorna av läkare på "sin" vårdcentral. 79% [95% KI: 77-81%] har inte fått hälsoråd angående motionsvanorna vare sig av läkare eller sköterska eller under tidsperioden ens resonerat med sjukvårdspersonal om sina motionsvanor.

Möjligheterna till resonemang och hälsorådgivning angående motionsvanorna har hittills uppenbarligen ofta (eller *oftast*) inte tagits till vara i primärvårdsarbetet, inte ens när det varit befogat utifrån patientens intentioner. Utrymmet för ett ökat engagemang från distriktsläkares (, distriktssköterskors och sjukgymnasters) sida kring patienternas motionsvanor är ur folkhälsopolitisk synvinkel minst sagt *betydande*.

1.4.2 Utrymme för "ökad tobaksintervention"

Enligt 20-64-åringars rapportering vårvintern 2006 röker uppskattningsvis 9 000 män i länet *dagligen* och uppskattningsvis 13 000 kvinnor (5). Som redan nämnts vill majoriteten (runt 55%) av dagligrökarna ändra på sina tobaksvanor i hälsofrämjande syfte. Totalt lär det i länet bland de cirka 22 000 dagligrökarna röra sig om uppskattningsvis mellan 16 000 och 17 000 förändringsbenägna individer.

Av de dagligrökare som *vill ändra på sina tobaksvanor för att må bättre* och som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har under tidsperioden 72% [95% KI: 67-77%] inte fått hälsoråd angående rökvanorna av läkare på "sin" vårdcentral. 63% [95% KI: 57-68%] har inte fått hälsoråd angående rökvanorna vare sig av läkare eller sköterska eller under tidsperioden ens resonerat med sjukvårdspersonal om sina rökvanor.

Möjligheterna till resonemang och hälsorådgivning angående rökvanorna har hittills uppenbarligen ofta (eller *oftast*) inte tagits till vara i primärvårdsarbetet, inte ens när det varit befogat utifrån patientens intentioner. Utrymmet för ett ökat engagemang

från distriktsläkares (och distriktssköterskors) sida kan ur folkhälsopolitisk synvinkel sägas vara minst sagt *betydande* även på detta område.

Det initiativ som för några år sedan togs till att primärvården i Dalarna i datajournal-systemet (Profdoc Journal III) systematiskt skall registrera om patienten tillfrågats om rökvanorna (*Röker Du?*) har inneburit att dessa åtminstone *aktualiseras* oftare än tidigare (Se bilaga 4!), även om det, som resultatredovisningen (alltjämt) pekar på, inte alltid lett så långt som till *resonemang* eller *diskussioner* om saken eller ända till *rökslutarstöd* av något slag, exempelvis *rådgivning* eller *rökavvänjning*.

Av bilaga 4 framgår det att färre (ungefär hälften så många under 2005) av de som besökt vårdcentralerna i Västerbergslagen och i Falun än de som besökt vårdcentralerna i Södra, Mellersta och Norra närsjukvårdsområdet (Se bilaga 2!) fått frågan om man röker. Om man på basis av rapporteringen i 2006 års postenkätundersökning (befolkningsenkät) jämför rökvanorna bland de som vid behov av läkarhjälp brukar vända sig till vårdcentralerna i den förra grupperingen ("Grupp 1") med de som brukar vända sig till vårdcentralerna i den senare ("Grupp 2"), så finner man att dessa kan anses vara *ungefär* desamma i bägge grupperingarna eftersom det vid chi-två-test inte föreligger någon statistiskt säkerställd skillnad. (Måhända föreligger en svag *tendens* till ett något mindre utbrett rökande i "Grupp 1".) Det föreligger inte heller någon statistiskt säkerställd skillnad mellan de bägge vårdcentralgrupperingarna när det gäller andelen som "under den senaste tolv-månadersperioden" i hälsofrämjande syfte ändrat rökvanorna.

Om undersökningsdeltagare som vid behov av läkarhjälp brukar vända sig till "Grupp 1" jämförs med de som brukar vända sig till "Grupp 2" med avseende på om man "under den senaste tolv månadersperioden" vid läkarbesök på "sin" vårdcentral av läkare där fått hälsoråd angående *levnadsvanorna* eller fört resonemang om desamma, så finner man inte heller nu någon statistiskt säkerställd skillnad. I runda tal 19% [95% KI: 17-21%] bland de förra och 17% [95% KI: 14-19%] av de senare (överlappande konfidensintervall!) har uppfattat att man fått hälsoråd angående *levnadsvanorna* eller fört resonemang om desamma

Väljer man bland personer som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral ut dagligrökare och gör en jämförelse mellan "Grupp 1" och "Grupp 2" med avseende på om *hälsoråd angående rökvanorna* under tidsperioden *förmedlats* till de "utvalda" från läkare på "sin" vårdcentral, så kan man inte påvisa någon statistiskt säkerställd skillnad. I "Grupp 1" är andelen 23% [95% KI: 18-28%] och i "Grupp 2" 22% [95% KI: 16-29%]. *Att man ungefär dubbelt så ofta registrerat att man frågat patienten om rökvanorna innebär således inte att dagligrökare vid läkarbesök oftare fått hälsoråd angående rökvanorna, i alla fall såsom de dagligrökande patienterna själva uppfattat det. I ljuset av landstingets riktlinjer "missas" hälsorådgivning till dagligrökare angående rökandet lika ofta i bägge vårdcentralgrupperingarna. Iakttagelsen gäller åtminstone vid nivåer då "bara" 5-10% av patienterna tillfrågats om rökvanorna.* (Till saken hör att sjukvårdspersonal vid en allmän screening av rökvanorna kan förväntas identifiera en dagligrökare i ungefär ett fall av tio (bland manliga patienter) eller två fall av tio (bland kvinnliga patienter), så en ökning från 5% tillfrågade till 10% lär inte ge så särskilt många fler "napp".) Om 30-40% istället för 5% och 60-80% istället för 10% tillfrågas, så kan utfallet ur interventionshänseende tänkas bli ett annat och

till fördel för vårdcentralerna i den senare grupperingen. (En framgångsrik screening torde vanligtvis behöva inkludera inte bara frågor om själva rökandet utan också *frågor om förändringsbenägenhet* som de som Prochaska och DiClemente (33) arbetat fram.)

1.4.3 Utrymme för "ökad alkoholintervention"

Som redan nämnts kan antalet individer i länet i yrkesverksam ålder som dricker vin, starksprit och/eller starköl regelbundet varje vecka beräknas uppgå till uppåt 80 000 (till övervägande del män). Antalet riskbrukare kan sannolikt vara allt från 17 000 och upp till kanske nästan det dubbla antalet. (5)

Av de riskbrukande män (minst 150 gram ren alkohol i veckan) som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har under tidsperioden 98% [95% KI: 95-100%] inte fått hälsoråd angående alkoholvanorna av läkare på "sin" vårdcentral. 86% [95% KI: 82-91%] har inte fått hälsoråd angående alkoholvanorna vare sig av läkare eller sköterska eller under tidsperioden *ens resonerat* med sjukvårdspersonal om sina alkoholvanor. För riskbrukande kvinnor (minst 120 gram ren alkohol i veckan) är de motsvarande andelarna 96% [95% KI: 92-100%] och 85% [95% KI: 78-92%].

(Att observera: Som undre gräns för riskbruk hos kvinnor har i utredningsarbetet använts såväl 110 gram ren alkohol i veckan som 120. Fram tills för några år sedan användes gränserna 80-90 gram för kvinnor och 110-120 gram för män i Systembolagets så kallade *Testaren*. Gränser som alkoholforskare idag anser mer rimliga är 120 gram för kvinnor och 170 gram för män (30). De senare gränserna är de som Statens folkhälsoinstitut idag rekommenderar. Det finns emellertid inte någon *vetenskapligt* fastlagd gräns för vad som är en riskfylld konsumtion av alkohol. Vad som är riskbruk kan variera från person till person, eftersom bland annat hälsotillstånd, kroppsbyggnad (vikt) och kön har betydelse i sammanhanget.)

Möjligheterna till resonemang och hälsorådgivning angående alkoholvanorna har hittills uppenbarligen ofta (eller *oftast*) inte tagits till vara i primärvårdsarbetet, inte ens när det varit synnerligen befogat utifrån landstingets hälsopolitiska ambitioner. Utrymmet för ett ökat engagemang från distriktsläkares (och distriktssköterskors) sida är ur folkhälsopolitisk synvinkel minst sagt *betydande* också på detta område. Förutsättningarna för framgångsrik intervention på alkoholområdet synes emellertid vara sämre än vad som framkommit beträffande befolkningens dagligrökande och motionerande, eftersom grovt sett åtta av tio riskbrukare inte prioriterar en förändring av sina alkoholvanor då det gäller förändringar som man vill se komma till stånd för att må bättre.

2 SAMMANFATTNING

I den föreliggande rapporten har uppmärksamhet riktats på varifrån dalfolk (20-64-åringar) fått den bästa inspirationen till att förbättra sina levnadsvanor, på vad man anser att man främst borde ändra eller förbättra för att må bättre och på huruvida levnadsvanorna "kommit på tal" i mötena med hälso- och sjukvården.

Resultaten från 2006 års rapportering kan sammanfattas enligt följande:

- * Många har *förändrat sina levnadsvanor "under den senaste tolv månaders perioden" i syfte att må bättre*. Oftast handlar det om att ha förändrat sina motionsvanor. Ungefär 32% av kvinnorna och 25% av männen uppgav vårvintern 2006 att man gjort så. Det kan jämföras med att "bara" 2% av kvinnorna och 4% av männen att man i samma syfte ändrat på alkoholvanorna.
- * *Radio-/TV-program/Video, Arbetsgivaren ("friskvårdsaktiviteter på jobbet"...) / företagshälsovården, Veckotidningar, hälsotidningar (Hälsa, Må bra m fl), broschyrer, facklittratur, böcker, Eget initiativ/mig själv* och, i synnerhet, *Anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater* har varit de vanligaste "bästa inspirationskällorna" till att ha förbättrat sin levnadsvanor. Även landstingets skrift *Min bok om hälsa* ("bokvarianten") har rapporterats som "bästa inspirationskälla" och sett till den ännu så länge rätt begränsade spridningen så ser det ut att ha handlat om en icke försumbar effekt. "Bokvarianten" ser ut att ha fått ett större genomslag än den "nätvariant" som också funnits tillgänglig. Vid en jämförelse med rapporteringen 2003 framkommer att framför allt *Radio-/TV-program/Video* ökat i betydelse som "bästa inspirationskälla" för kvinnor.
- * Grovt sett åtta av tio (runt 120 000 av 156 000 20-64-åringar) hade vårvintern 2006 tankar på att göra en eller flera förändringar i sina levnadsvanor eller i sin livssituation för att må bättre. *Motionsvanorna* är det både män och kvinnor oftast tycker sig behöva ändra på. Det kan röra sig om över 70 000 individer.

En majoritet av dagligrökarna vill i hälsofrämjande syfte ändra på sina tobaksvanor. I antal individer lär det röra sig om mellan 16 000 och 17 000 individer.

Förhållandevis få tycker att man borde förändra sina alkoholvanor för att må bättre. Det rör sig "bara" om mellan 4 000 och 5 000 individer, vilket kan ses i ljuset av att uppåt 80 000 individer (till övervägande del män) dricker vin, starksprit och/eller starköl regelbundet varje vecka och att antalet riskbrukare sannolikt kan vara allt från 17 000 och upp till kanske nästan det dubbla antalet.

- * I stort sett tre av fyra dagligrökare som "under den senaste tolv månaders perioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har inte uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare (eller sköterska) på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående rökvanorna. Enligt landstingets riktlinjer för tobaksintervention borde alla dessa ha uppfattat sig ha fått sådana råd.

Resultatsammanställningen pekar på att det i stort sett är dubbelt så vanligt att på vårdcentralerna ge hälsoråd angående rökvanorna till dagligrökande patienter med hjärtbesvär, behandlingskrävande högt blodtryck och/eller behandlings-

krävande diabetes än vad det är till dagligrökare i allmänhet. Det torde kunna bero på den nära kopplingen mellan de hälsoproblem man söker för och rökningens allmänt accepterade skadliga inverkan för just de hälsoproblemen, vilket (sedan länge) uttryckts i vårdprogram eller andra riktlinjer för behandling av ifrågavarande sjukdomar. Dagligrökandet i gruppen är emellertid (fortfarande) ungefär lika utbrett som i övriga befolkningen. De före detta rökarna är dock fler, vilket sjukvårdspersonals tobaksintervention kan ha bidragit till.

- * Bland riskbrukande män och kvinnor som "under den senaste tolv månadersperioden" varit på läkarbesök på "sin" vårdcentral för egna hälsoproblem har "blott" cirka 3-4% uppfattat att man under samma tidsperiod av läkare eller sköterska på "sin" vårdcentral fått hälsoråd angående alkoholvanorna.

Distriktsläkares hälsoråd angående alkoholvanorna är *sannolikt* kostnadseffektiva. "Problemet" är inte i första hand kostnadseffektiviteten utan (fortfarande) att hälsoråd till riskbrukare förmedlas så pass sällan *i ljuset av de riktlinjer landstinget utfärdar*.

- * Hälsoråd angående motionsvanorna torde välkomnas av många med tanke på att motionsvanorna är det som man oftast vill ändra på i sina levnadsvanor för att må bättre. Andelen som fått sådana råd vid besök hos läkare på "sin" vårdcentral bland personer som uppgivit att man *inte motionerar varje vecka* uppgick enligt 2006 års rapportering till ungefär 8%.
- * På det hälsopolitiska området har ambitionen varit att få läkare att skriva ut recept på motionsaktiviteter som promenader, stavgång och simning lika naturligt som de ordinerar mediciner. Ett recept på motion kan vara såväl ett komplement till ett läkemedelsrecept (eller annan behandling) som ett alternativ. (Recept på motion kan utfärdas av andra än läkare.) Från journalsystemet Profdoc har det emellertid kunnat konstateras att bara *cirka 150 ordinationer gjorts inom primärvården under 2006*. Det kan ses i ljuset av att minst 25 000 20-64-åringar i länet torde vara fysiskt inaktiva och att *över 70 000 vill förändra sina motionsvanor för att må bättre*.
- * **Möjligheterna till resonemang och hälsorådgivning angående såväl patienternas motionsvanor som rök- och alkoholvanor har hittills uppenbarligen *fortfarande ofta (eller oftast) inte tagits till vara i primärvårdsarbetet, inte ens när det varit befogat utifrån patientens intentioner eller de riktlinjer landstinget utfärdar. Utrymmet för ett ökat engagemang från distriktsläkares (och distriktssköterskors) sida är ur folkhälsopolitisk synvinkel (fortfarande) betydande. Dock sker interventioner rörande patienternas levnadsvanor i en långt ifrån obetydlig utsträckning och, vilket bör framhållas, med en hälsofrämjande effekt.*** Förutsättningarna för framgångsrik intervention på alkoholområdet synes emellertid vara sämre än vad som framkommit beträffande befolkningens dagligrökande och motionerande, eftersom grovt sett åtta av tio riskbrukare inte prioriterar en förändring av sina alkoholvanor då det gäller förändringar som man vill se komma till stånd för att må bättre.

3 AVSLUTANDE KOMMENTARER

Vid jämförelser mellan närsjukvårdsområden, kommuner, åldersklasser, kön och socioekonomiska grupper har statistiskt signifikanta skillnader kunnat identifieras (ej överlappande konfidensintervall), men de är, på kommunnivå (Se bilaga 3!), inte av den arten att de av landstinget *ur hälsopolitisk synvinkel prioriterade* områdena kring dalfolkets tobaks-, alkohol- och motionsvanor inte kan anses relevanta på något håll i länet. Att i folkhälsoarbetet i hälsofrämjande och förebyggande anda göra sitt allra bästa på dessa områden kan göras med ett gott samvete på alla håll i länet. (5)

Landstinget Dalarna har under en lång följd av år för hälso- och sjukvårdspersonal bedrivit utbildning i motiverande samtal, framför allt för att underlätta möjligheterna till *tobaksintervention*. Utbildningarna upphörde 2006 (12).

Med statligt bidrag har ett kontaktnät av rökavvänjare byggts upp i länet, med medverkande – kontaktpersoner – från landstingets vårdcentraler. Som betraktare av vårdcentralernas hemsidor på Internet kan man dock (alltjämt) sakna information om vem som är kontaktperson (eller rökavvänjare). Huruvida det kontaktnät som byggts upp i länet fortfarande är "levande" är (vårvintern 2007) oklart.

När det gäller *alkoholintervention* finns det två olika "huvudspår" att arbeta efter. Det ena är att (så gott som) alltid fråga om patientens alkoholvanor, alltså att genomföra en allmän screening. Särskilda frågeformulär (exempelvis AUDIT-formuläret) kan användas för detta eller så kan man ställa en fråga om intensivdrickande (exempelvis frågan *Hur ofta dricker Du 6 "glas" (standardglas) eller fler vid samma tillfälle?*). Företrädare för det "huvudspåret" menar (22) att om man frågar om alkoholkonsumtionen så kan det "*så ett viktigt frö*" hos patienten. En annan åsikt (23) är att om alkoholvanorna tas upp inom ramen för en vidare screening av patientens levnadsvanor så blir samtal om alkohol lättare. Det andra "huvudspåret" är att alkoholvanorna skall föras på tal först när det finns en koppling till det hälsoproblem som patienten söker vård för: "*.....Siffran på patienter som blivit frågade om alkoholvanor är betydelselös. Det fyller inget syfte att tala om alkoholvanor med alla patienter oavsett problem.* (24)"

I information från Statens beredning för medicinsk utvärdering (25) har det, för några år sedan, lyfts fram att *miniintervention vid riskdrickande* är en metod som kan ha införts för långsamt i hälso- och sjukvårdsarbetet och från Socialstyrelsen (26) har man, också för några år sedan, kunnat höra att erfarenheter från Sverige visar att det förvisso är möjligt att höja kunskapen beträffande screening och behandling av hög alkoholkonsumtion genom utbildning, men att det däremot hittills varit få som i praktiken börjat arbeta med alkoholprevention.

Som framgått av utredningsrapportens resultatdel "missar" – *i ljuset av landstingets riktlinjer* – läkare (och sköterskor) i primärvården (fortfarande) ofta eller *oftast* möjligheter till alkoholintervention.

Mot ovanstående bakgrund skall det avslutningsvis omnämnas att den inbjudan till utbildning i alkoholintervention som Landstinget Dalarna gick ut med till sina (cirka 125) ordinarie distriktsläkare senhösten 2006 endast lockade 2 (!) att anmäla sig. (Varje distriktsläkare (och alla vårdcentralsschefer) fick en personlig inbjudan via mejl.

Dessutom gav landstingets folkhälsosamordnare information om utbildningen under höstens "distriktsläkardagar", ett återkommande evenemang som under två dagar brukar samla de flesta av landstingets distriktsläkare.) (12)

Verksamhetscheferna har – sedan 1998 – ansvaret för att tillse att landstingets riktlinjer rörande alkohol- och tobaksintervention efterlevs och har också skyldighet att avrapportera förekommande avvikelser från dessa (20).

Skriften *Min bok om hälsa*, som även finns i en elektronisk nätversion (<http://www.ltdalarna.se/minbokomhalsa>), föreligger sedan ett halvår tillbaka i en ny version. Den distriktssköterska som genom besök på vårdcentralerna i länet försökt fästa uppmärksamhet på "bokens" potential i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet sammanfattar sina egna erfarenheter (27) enligt följande: *"Jag använder ofta boken i det individuella samtalet med patienter, till exempel i samband med livsstilsfrågor. Det kan vara alkohol, tobak, vikt, stress, motion etcetera. När jag ser och hör att patienten vill göra en förändring. Min önskan är att få patienten delaktig i att själv göra förändringen. Jag kan lämna ut boken även i andra situationer som vid blodtryckstagning, provtagning med mera."*

Ordination av fysisk aktivitet på recept är (på de flesta håll) alltså en sällsynthet i primärvårdsarbetet. Citatet ovan kan tolkas som att spridningen av *Min bok om hälsa* kan ses som ett alternativ eller komplement till en sådan ordination, men kanske också som ett förberedande steg inför en framtida ordination.

Det finns flera skäl till att levnadsvanor som rök-, alkohol- och motionsvanor behöver kommuniceras i mötet mellan befolkningen och hälso- och sjukvården. Ett skäl för personal inom hälso- och sjukvården är förstås att det behöver göras för att kunna leva upp till de hälsopolitiska ambitionerna. Ett annat skäl, måhända det starkaste (6), är att var och en efter det att man konsulterat hälso- och sjukvården skall ha fått *ett fullgott medicinskt underlag* för att kunna hantera sina hälsoproblem på ett sätt som blir det bästa *i det långa loppet*. Vid hälsoproblem som har att göra med livsstilen blir, för en bästa lösning i det långa loppet, *"samtal, reflektion och, inte minst, resursmobilisering"* lika viktigt som den traditionella medicinens (skolmedicinens) *"observation och diagnosställande"*: *"Vid många sjukdomar så är läkaren expert och en hel del sjukdomar kan påvisas genom mätningar och undersökningar och boten eller lindringen kan därefter verkställas, naturligtvis med patientens godkännande, men det går då att som patient i högre grad så att säga "lämna in sig för reparation". Beträffande stressrelaterade (och livsstilsberoende) sjukdomar och även beträffande ångest och depression så kan ju dessa tillstånd också påvisas, men då medicin inte alltid räcker till så krävs i ännu högre grad patientens egen medverkan. I dessa situationer fungerar det inte att "lämna in sig". Det kan snarare ha motsatt inverkan..... Patienten behöver vid livsstilssjukdomar bli sin egen läkare eller terapeut eftersom han/hon har en stor del av lösningen i sin egen makt. Det innebär en annan roll för vårdens personal som behöver uppmärksammas eftersom det är viktigt att se skillnaden. (31)"*.

REFERENSER

- 1 Granvik M. *2006 års postenkätundersökning – Beskrivning av metod och material och resultatredovisning med fokus på befolkningens uppfattningar om väntetiderna inom Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård och tillgodosendet av de upplevda vårdbehoven.* Utredningsrapport (nr 138). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Falun oktober 2006.
- 2 Granvik M. *2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på sjukvårdsrådgivning per telefon och vårdcentralernas telefontillgänglighet.* Utredningsrapport (nr 139). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Falun november 2006.
- 3 Granvik M, Sandberg B-M. *2006 års postenkätundersökning – Serviceprofiler för landstinget Dalarnas vårdcentraler mm.* Utredningsrapport (nr 140). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Falun november 2006.
- 4 Granvik M. *2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på bemötandet vid vårdcentralerna och förtroendet för hälso- och sjukvården.* Utredningsrapport (nr 141). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Falun januari 2007.
- 5 Granvik M. *2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på hälsotillstånd och levnadsvanor.* Utredningsrapport (nr 142). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Falun februari 2007.
- 6 Granvik M. *Kommer levnadsvanor och social situation upp till diskussion då befolkningen besöker hälso- och sjukvården för att få hjälp med sina hälso-problem?* Utredningsrapport (Nr 128). Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Falun januari 2005.
- 7 Jerdén L (Centrum för klinisk forskning, Falun). Personlig kommunikation. 2004-10-26.
- 8 Jerdén L (Centrum för klinisk forskning, Falun). Personlig kommunikation. 2006-04-27.
- 9 Jerdén L (Centrum för klinisk forskning, Falun). Personlig kommunikation. 2007-03-01.
- 10 Inblick (Landstinget Dalarnas personaltidning). *Ny version av Min bok om hälsa – Intervju med Kristina Stålhandske Robertson.* Nr 3/2006 (s 7).
- 11 Inblick (Landstinget Dalarnas personaltidning). *Ledningen måste ge personalen bättre stöd – Intervju med Lars Jerdén.* Nr 3/2006 (s 7).
- 12 Westberg S (Landstinget Dalarnas utvecklingsenhet). Personlig kommunikation. Senhösten 2006.

- 13 Sandberg B-M (Landstinget Dalarnas utvecklingsenhet). Personlig kommunikation. Mars 2007.
- 14 Ollars-Joronen G. *Årsstatistik utfärdade FYSS-ordinationer (inkl motion på recept) år 2006 i Primärvården Landstinget Dalarna*. Internt arbetsmaterial. Landstinget Dalarna (IT-enheten). 2007-02-16.
- 15 Taube A. *Varför alltid sätta P för signifikanta resultat?* Läkartidningen 1990; 87: 960-2.
- 16 Jerdén L, Weinehall L. *Does a patient-held health record give rise to lifestyle changes? A study in clinical practice*. Fam Pract. 2004 Dec;21(6):651-3.
- 17 Jerdén L. *Patientägd hälsobok - ett resurssnålt sätt att aktualisera frågor om prevention*. Läkartidningen. 2005;102(24-25):1872.
- 18 Jerdén L, Hillervik C, Hansson AC, Flacking R, Weinehall L. *Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2006;20:448-54.
- 19 Jerdén L (Centrum för klinisk forskning, Falun). Personlig kommunikation. 2007-03-09.
- 20 Landstinget Dalarna. *Riktlinjer för distriktsläkares och distriktssköterskors intervention gentemot dagligrökande patienter och patienter som är högkonsumenter av alkohol*. Dalasjukvårdens allmänna råd nr 3/98.
- 21 Hallberg J (Hedemora vårdcentral). Personlig kommunikation. 2007-03-19.
- 22 Medicinsk access (Intervju med Agneta Öjehagen). *Svårt öppna upp för samtal om alkoholberoende inom primärvården*. Nr 7-8/2006 (s 60-1).
- 23 Dagens Medicin (Intervju med Ingrid Eckerman). *Screening av levnadsvanor gör samtal om alkohol lättare*. Nr 10/2007 (s 37).
- 24 Dagens Medicin (Intervju med Charlotte Hedberg). *Var åttonde patient får frågor om alkoholvanor av läkaren*. Nr 8/2007 (s 15).
- 25 Malmquist J. *Vanans makt i vården*. Vetenskap & Praxis (statens beredning för medicinsk utvärdering). Nr 3-4/2002 (s 14-5).
- 26 Socialstyrelsen. *Utveckling av metoder för hur andelen primärvårds- och företagshälsovårdspersonal som genomgår fortbildning om alkohol kan öka*. Skrivelse. Artikelnr: 2002-107-4.
- 27 Stålhandske Robertson K (Vårdcentralen Tisken). Personlig kommunikation. 2007-03-26.

- 28 Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004*. ISBN: 91-7201-875-5.
- 29 Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Måttligt förhöjt blodtryck*. SBU-rapport nr 121. Stockholm 1994.
- 30 Bendtsen P (Linköpings universitet). Personlig kommunikation. 2006-08-14.
- 31 Sundell K (Rättviks vårdcentral). Personlig kommunikation. 2007-01-08.
- 32 Börjesson U (Gagnefs vårdcentral). Personlig kommunikation 2007-03-30.
- 33 Prochaska J, DiClemente C. *Stages and processes of self-change in smoking – Towards an integrative model of change*. J Consult Clin Psychol 1983; 5: 390-5.

BILAGOR

Bilaga 1: Enkätfrågor (fråga 59 och 60)

Bilaga 2: Kodlistor

Bilaga 3: Rök-, alkohol- och motionsvanor efter kommun

**Bilaga 4: Andel personer (som besökt vc) som fått
frågan om de röker (ur Profdoc III)**

Bilaga 1: fråga 59

59 Varifrån tycker Du att Du fått den bästa *inspirationen* till att förbättra Dina levnadsvanor (sluta röka, motionera mera etc)?

(Markera **ett** eller **högst tre** svarsalternativ!)

- Jag behöver inte sådan inspiration
- Radio-/TV-program/Video
- Föreläsningar/kurser/studiecirklar
- Sluta-röka-linjen (Tfn 020 – 84 00 00)
- Dagstidningar (ej hemsidor på Internet)
- Veckotidningar, hälsotidningar (*Hälsa, Må bra* m fl), broschyrer, facklitteratur, böcker
- Skriften *Min bok om hälsa* (Landstinget Dalarna)
- Internetversionen av *Min bok om hälsa* (www.ltdalarna.se)
- Hälsoinformation på Internet, annat än internetversionen av *Min bok om hälsa*, t ex dagstidningarnas hemsidor, Infomedica.se, Pion.net, NetDoktor.se
- Apoteket (apotekspersonalen, kundtidningen, www.apoteket.se, broschyrer.....)
- Läkare verksamma på vårdcentraler
- Läkare verksamma på sjukhus/lasarett
- Sköterskor verksamma på vårdcentraler
- Sköterskor verksamma på sjukhus/lasarett
- Arbetsgivaren ("friskvårdsaktiviteter på jobbet".....)/företagshälsovården
- Anhöriga, släkt, vänner, arbetskamrater
- Annat håll, nämligen
- Jag har ingen uppfattning om saken

Bilaga 1: fråga 60

60 Vad tycker Du att **Du idag och framöver** främst borde **ändra/förbättra för att må bättre?** (Välj **ett** eller **högst tre** svarsalternativ som Du tycker är viktigast.)

- 1 Ingenting, jag är nöjd

- 1 Kostvanorna
- 1 Motionsvanorna
- 1 Tobaksvanorna
- 1 Alkoholvanorna
- 1 Arbetsförhållandena/ arbetsmiljön
- 1 Arbetslöshetsituationen
- 1 Familjelivet
- 1 Umgänget med släkt, vänner, grannar, arbetskamrater osv
- 1 Privatekonomin
- 1 Fritiden

- 1 Annat, nämligen

BILAGA 2 Förkortningar och koder

1(2)

(2.1 KOMMUNER)

AV = Avesta kommun
BO = Borlänge kommun
FA = Falun kommun
GA = Gagnefs kommun
HE = Hedemora kommun
LE = Leksands kommun
LU = Ludvika kommun
MA = Malungs kommun
MO = Mora kommun
OR = Orsa kommun
RÄ = Rättviks kommun
SM = Smedjebackens kommun
SÄ = Säters kommun
VA = Vansbro kommun
ÄL = Älvdalens kommun

2.2 VÅRDCENTRALSOMRÅDEN

"Vårdcentralsområde" X åsyftar de personer som uppgivit att man i första hand vänder sig till vårdcentralen (distriktsläkarmottagningen) X då man söker läkarhjälp ("husläkare") för sina hälsoproblem.

Använda koder för "vårdcentralsområdena":

1 = Avesta lasarett, 2 = Skogsbo, 3 = Krylbo, 4 = By, 5= Borlänge sjukhus,
6= Jakobsgårdarna, 7 = Kvarnsveden, 9 = Norslund, 10 = Britsarvet,
11 = Tisken, 12= Grycksbo, 13 =Svärdsjö, 14 = Gagnefs vårdcentral,
17 = Hedemora, 18 = Långshyttan, 19 = Leksand, 20 = Ludvika lasarett,
21 = Solsidan, 22 = Grängesberg, 23 = Grangärde(Sunnansjö)/Säfsnäs, 25 = Malung,
26 = Lima/Sälen, 27 = Mora vårdcentral, 29 = Orsa, 30 = Rättvik/Furudal,
32 = Smedjebacken/Söderbärke, 34 = Säters sjukhus, 35 = Vansbro,
36 = Älvdalen, 37 = Särna/Idre

Personer som vid behov av läkarhjälp vänder sig till vårdcentralen i Gagnef (belägen i Djurås) inkluderar numera personer som tidigare brukade vända sig till de nedlagda utbudsenheterna ("filialerna") i Mockfjärd och Björbo (kod = 15). Rättviks vårdcentral omfattar även mottagningen i Furudal, Grangärde vårdcentral (i Sunnansjö) mottagningen i Fredriksberg/Säfsnäs, Lima vårdcentral mottagningen i Sälen och Smedjebackens vårdcentral mottagningen i Söderbärke. Älvdalens vård-central har på senare år bedrivits av Praktikertjänst AB. (8 = Gylle vårdcentral är nedlagd.)

(2.3 NÄRSJUKVÅRDSOMRÅDEN)

Södra = Avesta kommun/Hedemora kommun, **Mellersta** = Borlänge kommun/Gagnefs kommun/Säters kommun, Västerberg (**Västerbergslagen**) = Ludvika kommun/Smedjebackens kommun, Falun (**Falu**)= Falu kommun, **Norra/Västra** = Leksands kommun/Malungs kommun/Mora kommun/Orsa kommun/Rättviks kommun/Vansbro kommun/Älvdalens kommun

(2.4 SOCIOEKONOMISK GRUPPTILLHÖRIGHET)

Socioekonomiska koder (jfr Statistiska Centralbyrån nedan!):

0 = socioekonomisk kod har ej kunnat påföras (yrkesuppgift ej lämnad)

EjFA = ej facklärd arbetare

FA = facklärd arbetare

LTjm = lägre tjänstemän

MTjm = tjänstemän på mellannivå

HTjm = tjänstemän på hög nivå

(MHTjm=tjänstemän på mellannivå eller hög nivå)

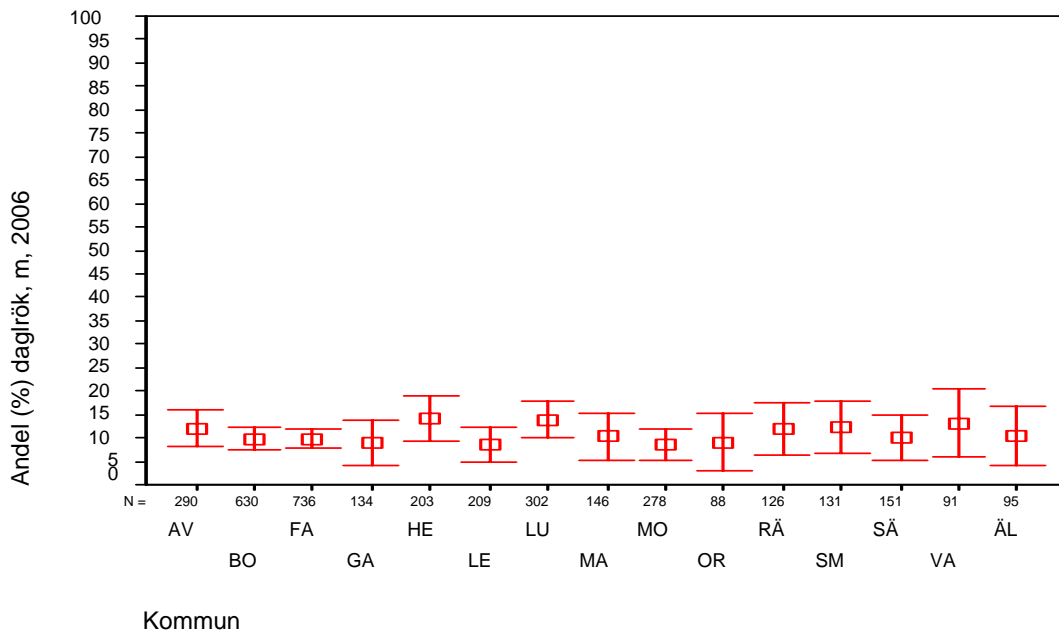
Föret=företagare/lantbrukare

Socioekonomiska grupper (Statistiska Centralbyrån):

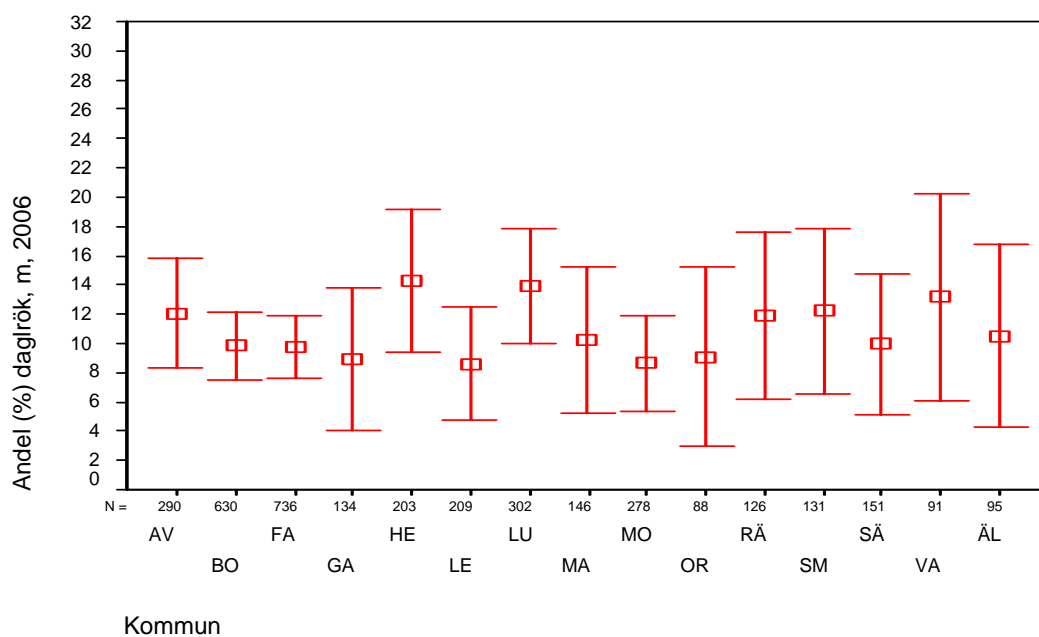
1. **Ej facklärd varuproducerande arbetare**, t ex "fabriksarbetare", "gjutare", "lantbruksarbetare", "mattläggare", "sprutlackerare", "truckförare"
2. **Ej facklärd tjänsteproducerande arbetare**, t ex "affärsbiträde", "brevbärare", "hemhjälp", "ordningsvakt", "sjöman", "städerska"
3. **Facklärd varuproducerande arbetare**, t ex "bagare", "bilmekaniker", "kran-skötare", "murare", "målare", "rörmokare", "snickare", "VVS-montör"
4. **Facklärd tjänsteproducerande arbetare**, t ex "frisör", "kock", "lokförare", "undersköterska" ...
5. **Lägre tjänstemän**, t ex "dataoperatör", förrådsförman", "guide", "kontorist", "apotekstekniker", "assistent", "bilförsäljare", "polis", "sekreterare"
6. **Tjänstemän på mellannivå**, t ex "banktjänsteman", "dietist", "ingenjör", "köksmästare", "lärare", "officer", "sjuksköterska", "utredare", "verkmästare"
7. **Högre tjänstemän**, t ex "advokat", "apotekare", "bankkamrer", "läkare"
8. **Företagare**
9. **Lantbrukare**
- (0. **Övriga**, dvs personer som ej kunnat påföras en socioekonomisk kod, främst personer utan yrke.)

Bilaga 3: Diagram 1a Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åringar som vårvintern 2006 svarade *Jag röker (så gott som) dagligen* på frågan *Hur ofta röker Du?* efter kommun. Avser män. (5)

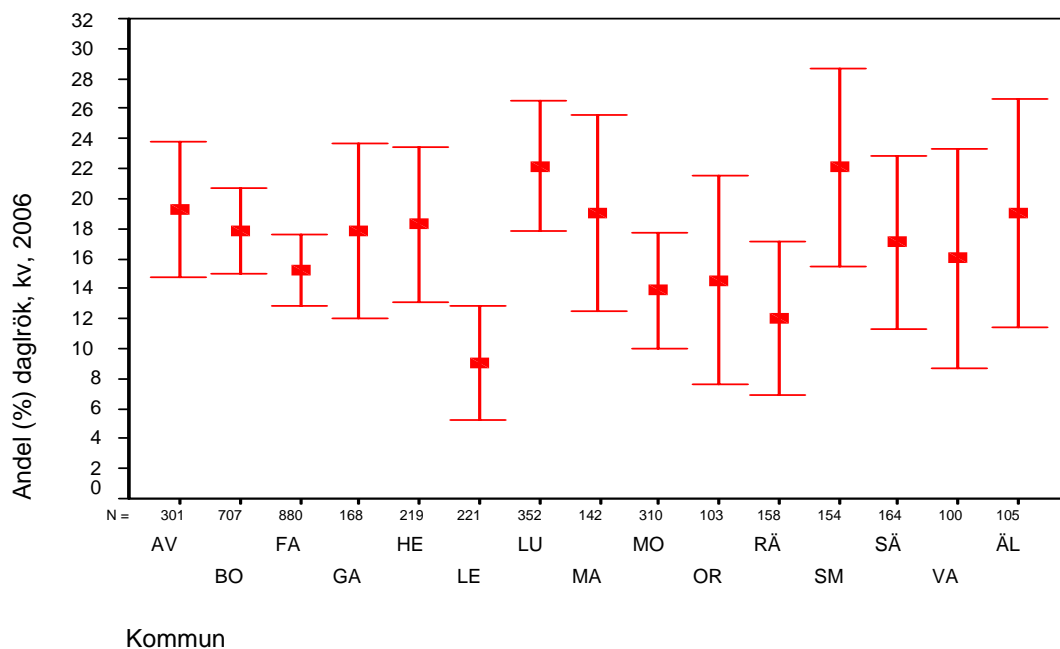
Utan "förstoringsglas"



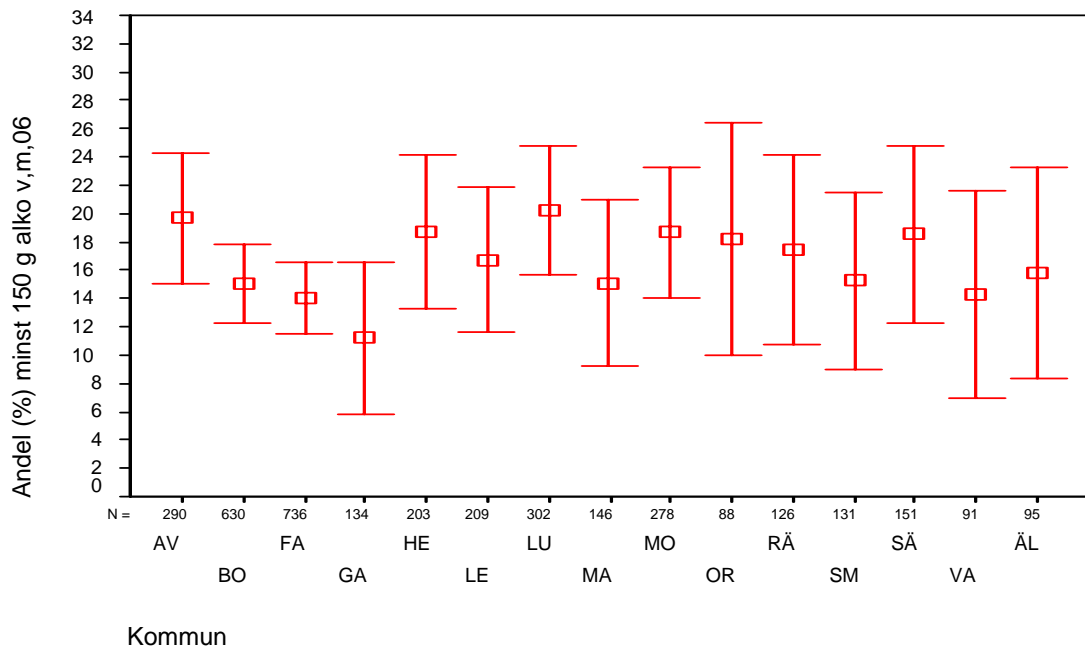
Med "förstoringsglas"



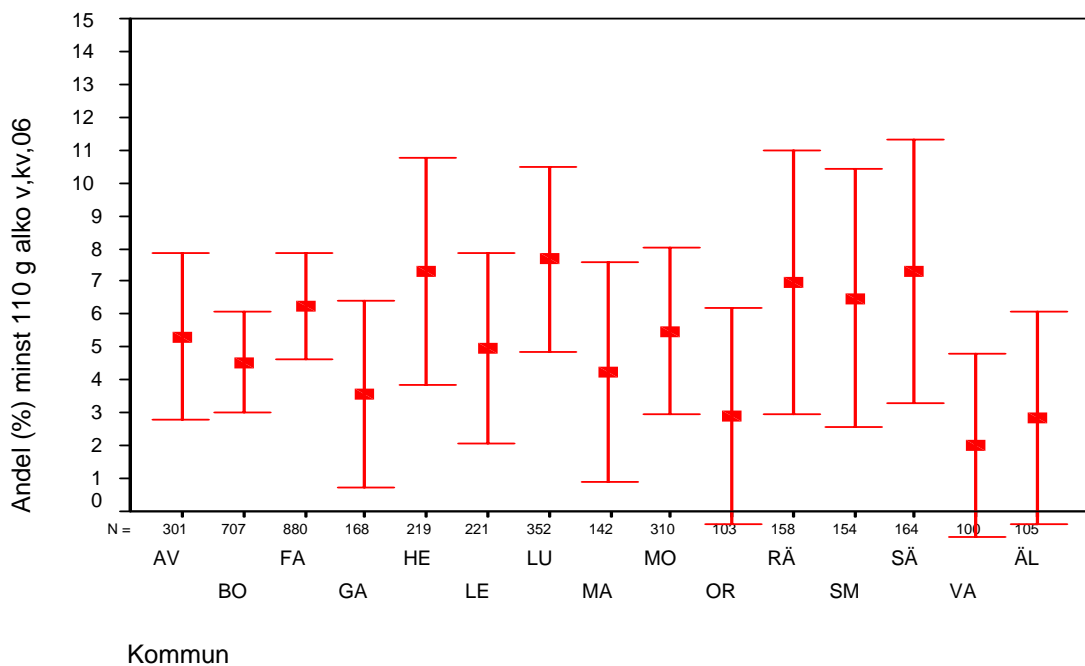
Bilaga 3: Diagram 1b Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åringar som vårvintern 2006 svarade *Jag röker (så gott som) dagligen* på frågan *Hur ofta röker Du?* efter kommun. Avser kvinnor. (5)



Bilaga 3: Diagram 2a Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åriga män med en genomsnittlig veckokonsumtion av vin, starksprit och starköl på minst 150 gram alkohol efter kommun. (5)

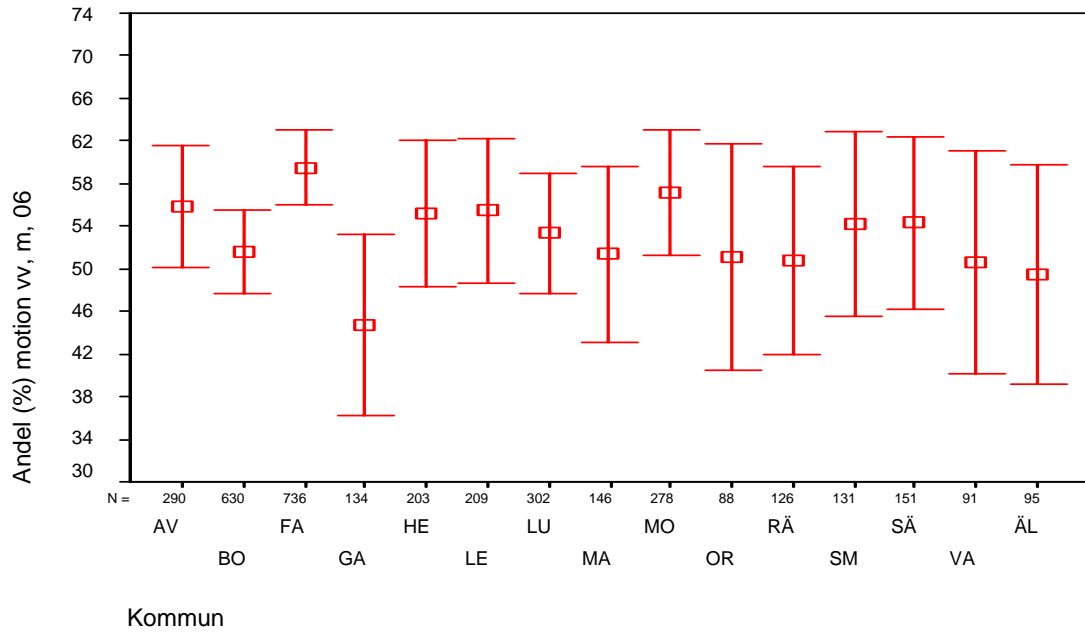


Bilaga 3: Diagram 2b Andel (% , 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åriga kvinnor med en genomsnittlig veckokonsumtion av vin, starksprit och starköl på minst 110 gram alkohol efter kommun. (5)

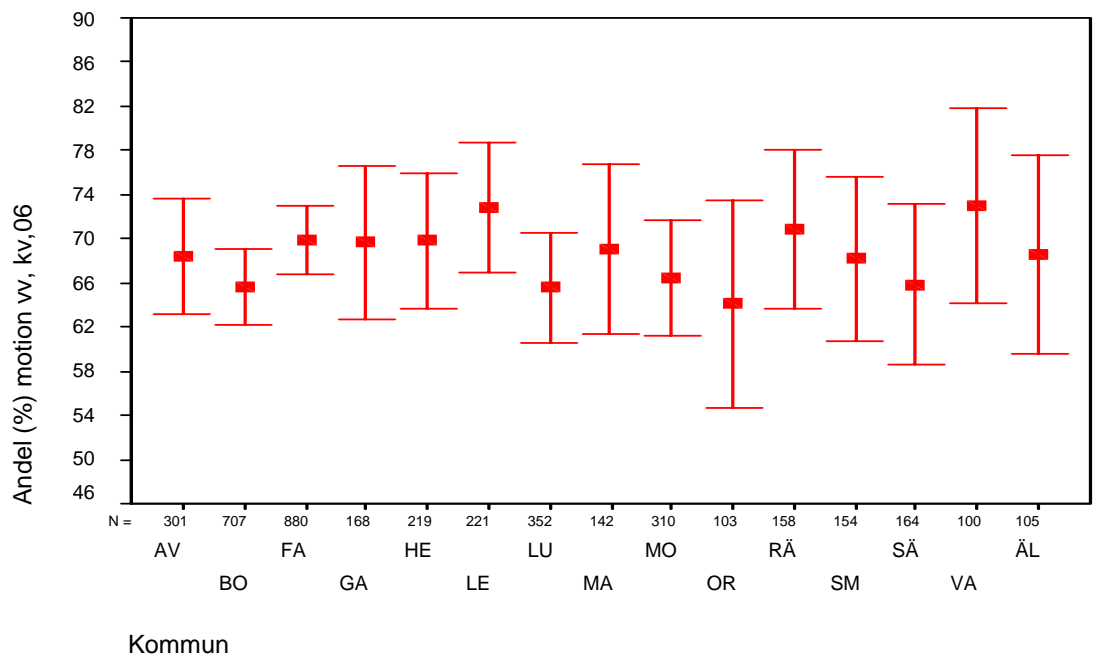


Bilaga 3: Diagram 3 Andel (%; 95% konfidensintervall (KI)) 20-64-åringar som motionerar varje vecka på sin fritid efter kommun och kön. (5)

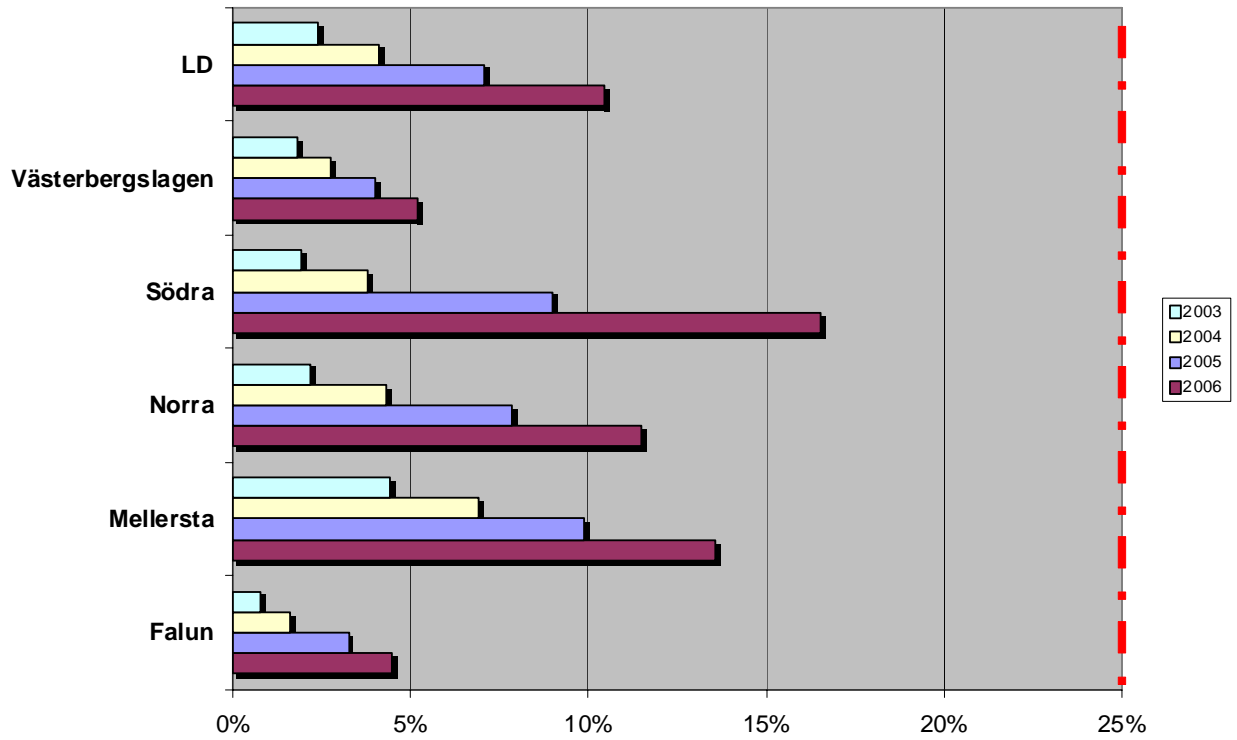
Män



Kvinnor



Bilaga 4: Diagram 1 Andel personer (som besökt vc) som fått frågan om de röker. (Uppgifter från primärvårdens journalsystem Profdoc III, tillhandahållna av distriktsläkare Ulf Börjesson (32), Gagnefs vårdcentral.)



RAPPORTER FRÅN LANDSTINGSKANSLIETS EPIDEMIOLOGISKA UTREDNINGSBETE

- Nr 1 Granvik, M, Den epidemiologiska strategin, juli 1981
- Nr 4 Granvik, M, Kommundiagnoser i Kopparbergs län, april 1982
- Nr 9 Granvik, M, Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi (Förslag till slutrapport), september 1982
- Nr 34 Granvik, M, Vad kan vi rikta uppmärksamheten på i folkhälsoarbetet?, september 1986
- Nr 52 Granvik, M, Redovisning av resultat av en enkätundersökning i tolv vårdcentralsområden i Dalarna 1990, december 1990
- Nr 53 Granvik, M, Rapport över hälsopolitiskt intressanta förhållanden i Dalarna, april 1991
- Nr 88 Granvik, M, Precisera beställarkraven! - information i landstingsstyrelsen, september 1995
- Nr 90 Granvik, M och Sandberg, B-M, Demografi, socioekonomiska förhållanden, vårdutnyttjande, sjuklighet och dödlighet - Vad kännetecknar länets sjukvårdsområden?, december 1995
- Nr 92 Granvik, M, Blev grund- och gymnasieskolorna rök- och snusfria?, februari 1996
- Nr 99 Fritzell, P och Granvik, M. 1996 års befolkningsenkät - resultatredovisning: Personer med värk i länd- och korsryggen, april 1997
- Nr 100 Granvik, M. 1996 års befolkningsenkät - resultatredovisning: Arbetslöshet och ohälsa i Dalarna i ljuset av den ekonomiska krisen i landet, augusti 1997
- Nr 112 Granvik, M, Hur gick det? – En uppföljning av landstinget Dalarnas hälsopolitiska målsättningar för år 2000, december 2000.
- Nr 117 Granvik, M, Befolkningsenkäten vårvintern 2000: Kompletterande resultatredovisning med fokus på "frånvaro från arbetet på grund av egen sjukdom" och "långtidssjukskrivna (minst 90 dagar)", juli 2001.
- Nr 120 Granvik, M, Befolkningsenkäten vårvintern 2000: Kompletterande resultatredovisning avseende dalfolkets rapportering av "utbrändhet", december 2001.
- Nr 122 Granvik, M och Hallberg, H, Hinner inte? Orkar inte?" – Allmänläkares uppfattningar om "förebyggande" och psykosocial problematik, augusti 2002.
- Nr 123 Granvik, M. Frågor till äldre om hälsa och sjukvård, september 2002.

- Nr 124 Granvik, M, Hälsa och levnadsvanor bland niondeklassare i Dalarna höstterminen 2002, mars 2003.
- Nr 128 Granvik, M, Kommer levnadsvanor och social situation upp till diskussion då befolkningen besöker hälso- och sjukvården för att få hjälp med sina hälsoproblem?, januari 2005.
- Nr 132 Granvik, M, Ungdomsenkäten höstterminen 2004, april 2005
- Nr 133 Granvik, M, Kvinnor med långvarig sjukvårdskrävande ohälsa av psykiskt eller psykosocialt slag mm – Vilka orsaker och vägar till förbättringar kan identifieras?, mars 2005.
- Nr 134 Granvik, M, Patientenkäter och befolkningsenkäter som instrument för att mäta primärvårdens sätt att fungera, augusti 2005
- Nr 135 Granvik, M, Vårdbarometern – Några resultat och jämförelser med andra undersökningar, december 2005
- Nr 136 Granvik, M, Vårdbarometern – Resultat för åren 2003- 2005, december 2005
- Nr 137 Granvik, M, Nationella befolkningsenkäten – Resultat för åren 2004-2005, januari 2006
- Nr 138 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Beskrivning av metod och material och resultatredovisning med fokus på befolkningens uppfattningar om väntetiderna inom Landstinget Dalarnas hälso- och sjukvård och tillgodoseendet av de upplevda vårdbehoven, oktober 2006
- Nr 139 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på sjukvårdsrådgivning per telefon och vårdcentralernas telefon-tillgänglighet, november 2006.
- Nr 140 Granvik, M och Sandberg, B-M, 2006 års postenkätundersökning – Serviceprofiler för Landstinget Dalarnas vårdcentraler mm., november 2006.
- Nr 141 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på bemötandet vid vårdcentralerna och förtroendet för hälso- och sjukvården, januari 2007.
- Nr 142 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Resultatredovisning med fokus på hälsotillstånd och levnadsvanor, februari 2007.
- Nr 143 Granvik, M, 2006 års postenkätundersökning – Kompletterande resultatredovisning med fokus befolkningens levnadsvanor ur hälsofrämjande och förebyggande perspektiv, april 2007.

FÖRTECKNING ÖVER ARTIKLAR, PROJEKTPLANER, VERKSAMHETS- BESKRIVNINGAR MM FRÅN LANDSTINGSKANSLIETS EPIDEMIOLOGISKA UTREDNINGSBETE

Granvik, M och Lindbom, G, Utveckling av hälsopolitisk verksamhet i Kopparbergs läns landsting, Sjukhuset, nr 2, s 68-70, 1982

Bolin, H och Granvik, M, Att utreda och förebygga sjukdomar och skador - erfarenheter från Kopparberg, SFAM-Nytt, nr 6, s 206-210, 1982

Bolin, H och Granvik, M, Dödlighet i cerebrovasculära sjukdomar hos kvinnor i Älvdalens kommun, Allmänmedicin, nr 3, s 125-130, 1984

Granvik, M och Hallberg, H, För-tidigt-döda-män i Borlänge kommun, Allmänmedicin, nr 4, s 181-186. 1985

Granvik, M, Lundström, N och Nordbäck, B, Besök på en distriktsläkarmottagning i Dalarnas glesbygd, Allmänmedicin, nr 1, s 30-33, 1986

Granvik, M, Kommunprofiler - till vad nytta?, Allmänmedicin, nr 2, s 59-61, 1986

Granvik, M, Jerdén, L, Hjort, H, Näs-Persson, C och Öyen, B, Hälsoundersökning av medelålders män i Falun, Allmänmedicin, nr 5, s 229-231, 1986

Hallberg, H, Primärprevention i praktisk tillämpning, primärvård - psykiatri, Allmänmedicin, nr 3, s 110-113, 1986

Granvik, M, Karakterisering av patienter med många läkarkonsultationer ("storkonsumenterna") vid en vårdcentral i glesbygd med hjälp av AID-analys, utkast till artikel, augusti 1986

Granvik, M, Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat eller att kunna men inte vilja?, Socialmedicinsk tidskrift, nr 5-6, s 234-242, 1990

Granvik, M, Sandberg, B-M, Friberg, L, Lind, B, Nilsson, B, Låga halter av bly och kadmium i blod hos skolbarn i såväl tätbygds- som glesbygdsområden i Dalarna, Läkartidningen, vol 85, nr 5, s 320-322, 1988

Granvik, M, Rökning bland skolbarn visar sig i förhöjda tungmetallhalter i blodet, Wårt landsting, Kopparbergs läns landsting, nr 1, s 11, 1988

Granvik, M, Jäverfalk, T och Wahlberg, S-E, Särskild hälsoundersökning av personer bosatta i vissa försurningsdrabbade områden i Dalarna, Projektplan, 1988-07-06

Granvik, M och Nilsson, L, Rökruta bara på två av grundskolorna, Debattartikel, Dala-Demokraten, 1993-02-17

Granvik, M, Länets äldre nöjda med sjukvården, men, Debattartikel, Nya Ludvika Tidning, 1993-11-17

Granvik, M och v Schultz, M, Effekten av kostinformation för bättre blodfettvärden minskade på sikt, AllmänMedicin, nr 1, s 33-34, 1995

Granvik, M, Felaktig uppfattning om Dalarnas sjukvård, Debattartikel, Falu-Kuriren, 1995-01-14

Granvik, M, "Läkares råd om rökstopp" – en potential i folkhälsoarbetet?, AllmänMedicin, nr 2, s 109-111, 1996

Granvik, M, För dyrt att söka sjukvård?; Läkartidningen, Vol 95, Nr 5, s 364-365, 1998

Granvik, M, "För dyrt att söka sjukvård!" – inte alltid enbart en fråga om brist på pengar, AllmänMedicin, nr 1, s 17-19, 1998

Granvik, M, Sysselsättning, ekonomiska svårigheter och ohälsa i Dalarna, Socialmedicinsk tidskrift, Nr 6, s 273-279, 1998

Granvik, M och Nilsson, L, 15-åringars rökvanor i Dalarna, Hälsa & Miljö i Skolan, Nr 3/Läsåret 1998-99, s 18-19, Förlagshuset Gothia, Göteborg 1998.

Granvik, M och Melander, A, Utreds alkohol- och motionsvanor vid oro, ångest och sömnsvårigheter? Medikament, Nr 3, s 83-85, 1999.

Granvik, M, Har "det förebyggande" fått vad det förtjänar?, AllmänMedicin, Nr 3, s 176-180, 2002.

Granvik, M och Hallberg, H, När tiden inte räcker till, AllmänMedicin, Nr 6, s 332-9, 2002.

Granvik, M och Hallberg, H, Marianne, 40 år, en fiktiv patient med symtom på utbrändhet - Allmänläkarna sjukskrev, men kom inte dialogen med patienten i skymundan?, Läkartidningen, Vol 100, nr 12, s 1036-41, 2003.

Granvik, M, Få psykologiska effekter i Dalarna av Irakkriget, Medikament, Nr 3, s 50-51, 2004.

Granvik, M, Paperin, A. Hälso- och sjukvården är på rätt väg i Dalarna. Dalarnas Tidningar (Falu-Kuriren m fl). 2006-11-14.

Granvik, M, Paperin, A. Måste lokalpressen alltid ha "svarta rubriker" om Landstinget Dalarna? www.ltdalarna.se/upload/5951/debattartikel.pdf.