

# Primärprevention i Skåne

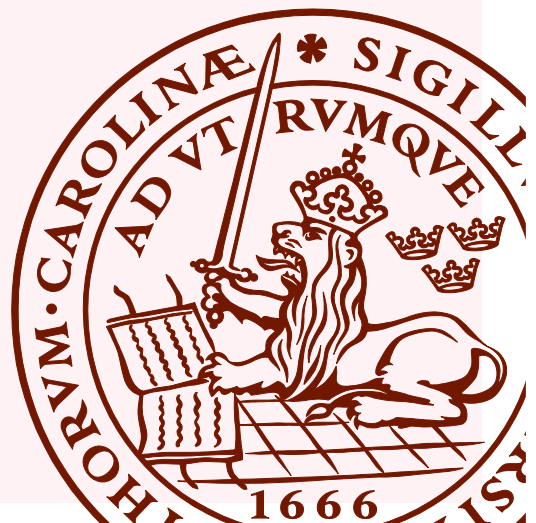
En studie om vilka förändringar som behöver ske för att primärprevention ska bedrivas i större utsträckning i hälso- och sjukvården i Skåne

---

Rand Abdulahad och Lovisa Colbiörnsen

AVDELNINGEN FÖR INNOVATIONSTEKNIK |  
INSTITUTIONEN FÖR DESIGNVETENSKAPER |  
LUNDS TEKNISKA HÖGSKOLA | LUNDS UNIVERSITET | 2020

EXAMENSARBETE



# Primärprevention i Skåne

En studie om vilka förändringar som behöver ske för att primärprevention ska bedrivas i större utsträckning i hälso- och sjukvården i Skåne

Rand Abdulahad och Lovisa Colbiörnsen



**LUNDS**  
UNIVERSITET

## Primärprevention i Skåne

En studie om vilka förändringar som behöver ske för att primärprevention ska bedrivas i större utsträckning i hälso- och sjukvården i Skåne

Copyright © 2020 Rand Abdulahad och Lovisa Colbiörnsen

*Publicerad av*

Institutionen för designvetenskaper  
Lunds Tekniska Högskola, Lunds universitet  
Box 118, 221 00 Lund

Ämne: Innovationsteknik (INTM01)

Avdelning: Innovationsteknik

Huvudhandledare från akademin: Lars Bengtsson

Handledare från industrin: Rikard Jacobsson

Examinator: Mirella Muhic

# Abstract

The healthcare costs in Skåne are increasing at an unsustainable rate, which is largely due to the increasing number of people suffering from chronic diseases. Many of today's chronic diseases can be linked to an unhealthy lifestyle. Primary preventive healthcare focuses on the prevention of diseases and through primary preventive interventions it is possible to prevent unhealthy habits in a population. This means that chronic diseases can be prevented using primary preventive interventions, which in the long term can neutralize the increased costs. Even though primary prevention can lead to several benefits it is conducted to a limited extent in Skåne's health care.

The purpose of this thesis is to increase the knowledge of how primary preventive healthcare can be used to counter the challenges linked to chronic diseases in Skåne's health care, to identify the challenges with primary prevention and to gain insights into the changes that should be made in order for primary prevention to be used to a greater extent in Skåne's healthcare.

The thesis is based on a comprehensive literature study and interviews with healthcare experts at PwC as well as government employees working with healthcare matters. The interviews were primarily conducted to identify the reasons to why primary prevention is not used to a greater extent in Skåne's healthcare. The study resulted in an increased understanding of why primary prevention is not carried out to a greater extent, which is mainly due to a lack of political interest and that primary prevention is not seen as a long-term investment. Furthermore, it was discovered that most of the healthcare challenges linked to chronic diseases are possible to overcome using primary prevention. Lastly, a discussion was carried out about the changes that should be made for primary prevention to be used to a greater extent in Skåne's healthcare. The changes consist of a clarification of laws, a restructuring of the business, an increased collaboration of actors and taking advantage of the possibilities of digitalization.

**Keywords:** Healthcare, Chronic Diseases, Preventive Healthcare, Primary Prevention, Opportunities, Challenges, Diffusion Theory

# Sammanfattning

Hälso- och sjukvården i Skåne står inför en ohållbar kostnadsökningstakt som till stor del beror på att allt fler människor insjuknar i kroniska sjukdomar. Många av dagens kroniska sjukdomar kan kopplas till en ohälsosam livsstil. Primärprevention handlar om att förhindra att sjukdomar uppstår hos friska individer och via primärpreventiva insatser går det att motverka ohälsosamma levnadsvanor i en befolkning. Det innebär att kroniska sjukdomar kan förebyggas med hjälp av primärpreventiva insatser vilket på sikt kan motverka de ökade kostnaderna. Trots fördelarna som primärprevention kan ge upphov till bedrivs insatserna i en begränsad utsträckning i Skånes hälso- och sjukvård.

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om hur primärprevention kan användas för att motverka utmaningarna kopplade till kroniska sjukdomar i Skånes hälso- och sjukvård, att identifiera utmaningarna med primärprevention samt att få insikter kring vilka förändringar som bör genomföras för att primärprevention ska utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård.

Studien är baserad på en omfattande litteraturstudie och intervjuer med hälso- och sjukvårdsexperter på PwC samt statligt anställda som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor. Intervjuerna utfördes främst för att identifiera anledningarna till att primärprevention inte utgör en större del av hälso- och sjukvården. Arbetet resulterade främst i en ökad förståelse om varför primärprevention inte bedrivs i större utsträckning, vilket primärt beror på bristande politiskt intresse och att primärprevention inte ses som en långsiktig investering. Resultatet visar även på att flertalet av hälso- och sjukvårdens utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar i Skåne är möjliga att motverka med hjälp av primärprevention. Slutligen diskuteras vilka förändringar som bör ske för att primärprevention ska utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård. Förändringarna innefattade förtydligande av lagar, omstrukturering av verksamheten, ökad samverkan av aktörer samt att dra fördel av digitaliseringens möjligheter.

**Nyckelord:** Hälso- och sjukvård, Kroniska sjukdomar, Preventiv sjukvård, Primärprevention, Möjligheter, Utmaningar, Diffusionsteori

# Förord

Examensarbetet behandlar hälso- och sjukvården i Skåne och primärprevention. Det var PwC:s utgivna rapport från 2019 vid namn ” Från hälsovård till sjukvård” som lyfte vårt intresse för primärprevention och varför det inte används i större utsträckning i Skåne.

Vi skulle vilja rikta ett stort tack till alla inblandade som har ställt upp och lagt värdefull tid på att bli intervjuade för vår datainsamling. Ni har givit oss motivation och en större förståelse för ämnet samt skapat grunden för examensarbetets resultat.

Examensarbetet har gjorts i samarbete med PwC och Lunds Tekniska högskola (LTH). Vi skulle vilja rikta ett stort tack till Rikard Jacobsson, vår handledare på PwC som har givit oss inspiration och vägledning under arbetets gång. Vidare skulle vi även vilja tacka för alla värdefulla insikter som vi har fått från Lars Bengtsson, vår handledare på LTH.

Lund, maj 2020

Rand Abdulahad och Lovisa Colbiörnsen

# Innehållsförteckning

1	Introduktion .....	10
1.1	Bakgrund .....	10
1.2	Syfte .....	12
1.3	Avgränsningar .....	13
1.4	Rapportens disposition .....	14
2	Metod .....	17
2.1	Arbetsprocess .....	17
2.2	Forskningsstrategi .....	19
2.3	Forskningsmetod .....	20
2.4	Datainsamling .....	22
2.5	Forskningsetik och juridik.....	28
2.6	Dataanalys .....	29
2.7	Giltighet.....	31
3	Preventiv Sjukvård.....	34
3.1	Fyra olika stadier av prevention .....	34
3.2	Universella och riktade insatser .....	37
4	Kroniska sjukdomar och levnadsvanor .....	38
4.1	Hälsans bestämningsfaktorer .....	38
4.2	De vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna .....	41
4.3	Levnadsvanor .....	43
5	Hälso- och sjukvården i Sverige .....	45
5.1	Organisatorisk uppbyggnad .....	45
5.2	Vårdkedjan .....	48
5.3	Hälso- och sjukvårdens utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar .....	49

5.4 Region Skånes omställningsarbete.....	51
6 Konceptuellt Ramverk .....	53
6.1 Diffusion av innovationer .....	53
6.2 Health Belief Model.....	56
7 Primärprevention i Sverige .....	59
7.1 Aktörer i det förebyggande arbetet.....	59
7.2 Förebyggande metoder och arbetssätt.....	62
7.3 Primärprevention i Region Skåne .....	64
8 Möjligheter och utmaningar med primärprevention .....	67
8.1 Möjligheter med primärprevention och faktorer som möjliggör effektivare primärprevention.....	67
8.2 Utmaningar med primärprevention.....	73
9 Analys och diskussion.....	85
9.1 Kan primärprevention vara lösningen till hälso- och sjukvårdens utmaningar i Skåne? .....	85
9.2 Analys utifrån det konceptuella ramverket .....	87
9.3 Vilka förändringar behöver ske?.....	92
10 Slutsatser .....	103
10.1 Sammanfattande svar till forskningsfrågor .....	103
10.2 Avslutande kommentar .....	106
10.3 Överförbarhet .....	106
10.4 Kritisk diskussion av resultatet .....	106
10.5 Bidrag till akademien och industrin.....	107
10.6 Vidare forskning.....	108
Referenslista.....	109
Bilaga A Intervjuguider.....	118
A.1 För verksamma inom hälso- och sjukvården.....	118
A.2 Tillägg för verksamma inom Skåne .....	119
Bilaga B Hur går ett hälsosamtal till? .....	120
Bilaga C Checklista.....	121



Bilaga D Flödesschema levnadsvanor .....	123
--	-----

# 1 Introduktion

*Det första kapitlet syftar till att introducera bakgrunden till examensarbetet, dess syfte samt de frågeställningar arbetet är baserat på. Vidare presenteras de avgränsningar som har gjorts under arbetets gång. Avsnittet avslutas med en disposition om arbetets uppbyggnad.*

## 1.1 Bakgrund

Sveriges hälso- och sjukvård står inför flera utmaningar som till stor del beror på en åldrande befolkning tillsammans med ökade kostnader och överbelastade vårdenheter (Molin, 2016). De ökade kostnaderna och de överbelastade vårdenheterna kan kopplas till det ökade antalet människor som utvecklar kroniska sjukdomar. Behandlingen av kroniska sjukdomar utgör cirka 80 – 85 procent av hälso- och sjukvårdens resurser och de står även för majoriteten av ersättningskostnader vid sjukfrånvaro (Vårdanalys, 2014). Eftersom Sverige står inför en åldrande befolkning och förekomsten av kroniska sjukdomar ökar med åldern står Sverige inför en stor utmaning (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2019a).

Under de närmaste tio åren förväntas antalet personer över 80 år att öka med 47 procent medan antalet personer i arbetsför ålder endast kommer att öka med fem procent. Det tyder på att skatteintäkterna och sysselsättningen inte kommer att tillfredsställa de växande behoven (SKR, 2019a). Eftersom den demografiska försörjningskvoten förändras negativt och kostnaderna i genomsnitt ökar med en procent årligen kommer den totala kommunala skattesatsen att behöva öka med cirka 13 kronor fram till år 2035 (Molin, 2016). I dagsläget uppgår den totala kommunala skattesatsen till 32,28 procent (SCB, 2019). Ungefär en tredjedel av den förhöjda skattesatsen är direkt hänförlig till hälso- och sjukvården. Det är en skatteökning som inte är genomförbar i praktiken och därav kan inte hälso- och sjukvården bedrivas på samma sätt som idag (Molin, 2016).

Kroniska sjukdomar är långvariga och de vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna är hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och vissa cancerformer (Socialstyrelsen, 2018a). De har en stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd, förekommer i hög grad och kan även till stor del förebyggas. (Folkhälsomyndigheten, 2019c).

Enligt World Health Organisation (WHO) (2020) orsakar ohälsosamma levnadsvanor cirka 80 procent av alla hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes samt 40 procent av all cancer. Genom att motverka ohälsosamma levnadsvanor i samhället går det följaktligen att undvika utvecklingen av flertalet kroniska sjukdomar.

Preventiv sjukvård är en typ av vård som går ut på att förhindra att en frisk individ blir sjuk alternativt att undvika att ett sjukdomstillstånd förvärras. På så sätt kan onödig efterfrågan på sjukvård reduceras (PwC, 2019). Det finns olika typer av prevention varav primärprevention innefattar förebyggande insatser mot ohälsosamma levnadsvanor. Via primärpreventiva insatser är det således möjligt att förebygga utvecklingen av kroniska sjukdomar vilket innebär att besparingar kan uppnås, för hälso- och sjukvården såväl som för individen och samhället (PwC, 2019). Ett exempel på en primärpreventiv insats är riktade hälsosamtal. Arbetet med hälsosamtal påbörjades redan på 1980-talet i Region Jönköping och i Region Västerbotten. I dagsläget bedrivs hälsosamtal i åtta regioner och ytterligare tre regioner är i processen av att införa det, bland annat Region Skåne. Diskussioner kring ett eventuellt införande pågår i åtta regioner (Socialstyrelsen, 2018a). De hälsosamtal som har genomförts i Västerbotten visade under 1990–2006 en vinst på 38,3 miljoner kronor (Lindholm m.fl., 2018).

Enligt Region Skåne (2018) står Skåne likväl som övriga Sverige inför en åldrande befolkning som ställer nya krav på hur hälso- och sjukvården ska utvecklas för att kunna möta de nya behoven. Ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt anses vara viktiga framgångsfaktorer för att kunna möta denna förändring. Trots fördelarna som primärpreventiva insatser kan ge upphov till är det enligt WHO (2014) däremot endast tre procent av den totala sjukvårdsbudgeten som läggs på preventiva åtgärder.

## 1.2 Syfte

Syftet med rapporten är tvådelat. Det första delsyftet är att öka kunskapen om primärprevention och hur det kan användas för att motverka utvecklingen av kroniska sjukdomar i Skånes hälso- och sjukvård. Det andra delsyftet är att identifiera utmaningarna med primärprevention och få en insikt kring vilka förändringar som bör genomföras för att primärprevention ska utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård.

### 1.2.1 Forskningsfrågor

Syftet delas upp i två huvudfrågor med tillhörande delfrågor, se tabell 1.1. Det har gjorts för att ge arbetet struktur och för att enklare delge vart respektive forskningsfråga kommer att behandlas. Frågeställningar utgör således grunden för examensarbetet.

**Tabell 1.1** Examensarbetets forskningsfrågor.

	<i>Forskningsfråga</i>	<i>Frågan behandlas i</i>
<b>F.1.</b>	<b>Vilka utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar finns i Skånes hälso- och sjukvård samt hur kan primärprevention användas för att motverka dessa?</b>	<b>Kapitel 5 &amp; 9</b>
<i>F.1.1</i>	Hur kan primärprevention förklaras och förstås?	Kapitel 3
<i>F.1.2</i>	Vilka är dagens stora kroniska sjukdomar och vilka riskfaktorer påverkar utvecklingen av dem?	Kapitel 4
<i>F.1.3</i>	Vilka är möjligheterna med primärprevention och vilka faktorer kan möjliggöra effektivare primärprevention?	Kapitel 8
<b>F.2.</b>	<b>Vilka förändringar behöver ske för att primärprevention ska utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård?</b>	<b>Kapitel 9</b>
<i>F.2.1</i>	Hur arbetar Skånes hälso- och sjukvård med primärprevention i dagsläget?	Kapitel 7
<i>F.2.2</i>	Varför utgör inte primärprevention en större del av Skånes hälso- och sjukvård i dagsläget?	Kapitel 8
<i>F.2.3</i>	Vilka faktorer hindrar adoptionen av primärprevention?	Kapitel 9

## 1.3 Avgränsningar

Diverse avgränsningar har gjorts för att säkerhetsställa att projektramen för examensarbetet följs och att arbetets syfte uppfylls. Avgränsningarna innefattar geografiska områden samt förtydligar arbetets fokus.

Examensarbetet är centrerat kring svensk hälso- och sjukvård i allmänhet och hälso- och sjukvården i Skåne i synnerhet. Avgränsningen till en regions hälso- och sjukvård har gjorts då en stor del av hälso- och sjukvården styrs regionalt. Skåne har valts då författarna är bosatta där och för att det är en region som PwC i Malmö har extra intresse för.

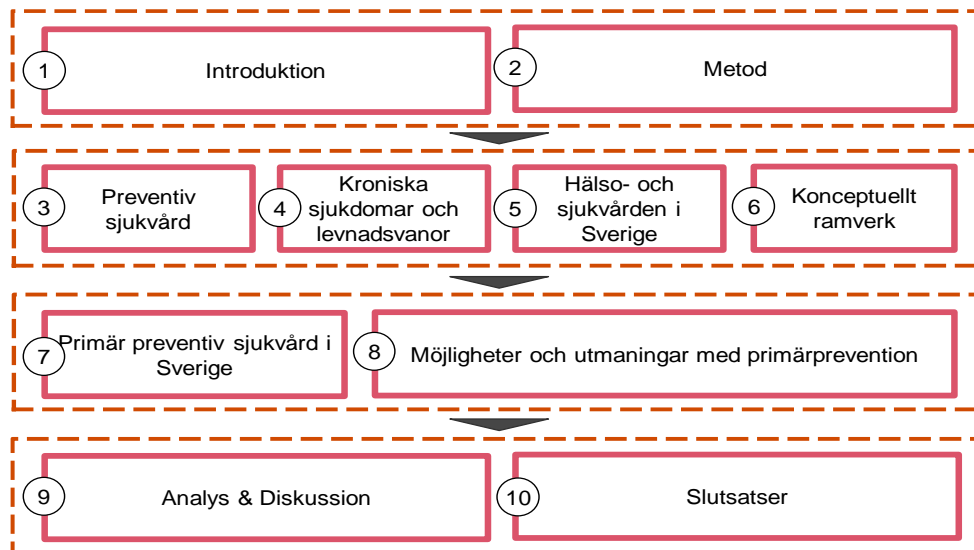
Det finns fyra olika stadier av preventiv sjukvård och i detta examensarbete undersöks endast stadiet primärprevention. En kort introduktion av de olika varianterna kommer att presenteras i kapitel 3 för att ge läsaren en helhetsbild av begreppet. Denna avgränsning har gjorts som följd av att arbetets fokus ligger på preventiva insatser sett till att förebygga ohälsosamma levnadsvanor, vilket utgör en delmängd av detta stadie. I teorin innefattar primärprevention även preventiva insatser i form av vaccinationsprogram vilket inte kommer att behandlas i arbetet (Vårdanalys, 2016).

Fokus kommer att ligga på primärpreventiva insatser som syftar till att förebygga följande ohälsosamma levnadsvanor hos den vuxna befolkningen: ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Anledningen till att dessa valdes är då de utgör den största bidragande faktorn till den samlade sjukdomsburden i Sverige enligt Socialstyrelsen (2018d). Vidare kommer fokus att ligga på hur preventiva insatser bedrivs i den regionala delen av hälso- och sjukvården i Skåne och inte den kommunala.

I arbetet presenteras hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och cancer som är de vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna i Sverige vars utveckling påverkas av nämnda ohälsosamma levnadsvanor. De benämns specifikt för att läsaren ska få en detaljerad bild över hur de påverkar hälso- och sjukvården och samhället (Socialstyrelsen, 2018d). Ohälsosamma levnadsvanor kan bidra till uppkomsten av ytterligare sjukdomar men avgränsningen till de vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna har gjorts för att kunna föra en sådan konkret diskussion som möjligt.

De förändringsförslag som presenteras för att kunna realisera primärprevention i Skånes hälso- och sjukvård är inga detaljerade implementeringsstrategier. Arbetet ger endast förslag på vad som troligtvis krävs för att primärprevention ska kunna utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård. Dock, kan resultatet förslagsvis ge en grund för framtida mer detaljerad forskning.

## 1.4 Rapportens disposition



Figur 1.1 En illustration över rapportens disposition.

### 1.4.1 Kapitel 2 – Metod

Kapitlet innefattar en beskrivning över arbetsprocessen, strategin som har lagt grunden till arbetet samt forskningsmetoden. Slutligen diskuteras metodens giltighet, främst med avseende på validitet och reliabilitet.

### 1.4.2 Kapitel 3 – Preventiv sjukvård

Kapitlet innefattar en litteraturstudie kring definitionen av preventiv sjukvård och de olika typer av preventiv sjukvård som förekommer. Slutligen presenteras två olika strategier som kan användas vid preventiva insatser.

### 1.4.3 Kapitel 4 – Kroniska sjukdomar och levnadsvanor

Kapitlet innefattar en litteraturstudie kring hälsans bestämningsfaktorer, de tre vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna samt de fyra ohälsosamma levnadsvanorna som är förknippade med deras förekomst. Specifik information för Skåne behandlas inte då Skåne följer samma mönster som Sverige i helhet.

#### **1.4.4 Kapitel 5 – Hälso- och sjukvården i Sverige**

Kapitlet innefattar en litteraturstudie kring hälso- och sjukvården i Sverige. Den organisatoriska uppbyggnaden presenteras för att ge en förståelse för hälso- och sjukvårdens styrning. Vidare presenteras hälso- och sjukvårdens utmaningar förknippade med kroniska sjukdomar samt Region Skånes omställningsarbete.

#### **1.4.5 Kapitel 6 – Konceptuellt ramverk**

Kapitlet innefattar en beskrivning av de teorier och modeller som kommer att användas i analysen för att få en förståelse för spridningen av preventiva insatser. Modellerna innefattar diffusion av innovationer och Health Belief Model.

#### **1.4.6 Kapitel 7 – Primärprevention i Sverige**

Kapitlet innefattar en litteraturstudie tillsammans med sammanställd empiri om hur Sverige arbetar med primärprevention men även mer specifikt om hur primärpreventiva insatser bedrivs i Skåne. Då primärvården har det främsta ansvaret över primärpreventiva insatser presenteras endast det regionala arbetet med primärprevention i Skåne.

#### **1.4.7 Kapitel 8 – Möjligheter och utmaningar med primärprevention**

Kapitlet innefattar en litteraturstudie tillsammans med sammanställd empiri över identifierade möjligheter och utmaningar med primärprevention. Dessutom presenteras diverse faktorer som kan möjliggöra effektivare prevention.

#### **1.4.8 Kapitel 9 – Analys och diskussion**

Kapitlet behandlar en analys och diskussion av resultatet. Kapitlet inleds med en diskussion kring huruvida primärprevention kan motverka de identifierade utmaningarna inom hälso- och sjukvården i Skåne. Vidare analyseras spridningen av primärpreventiva insatser utifrån det konceptuella ramverket. Slutligen avslutas kapitlet med förslag på de förändringar som bör ske för en framtid där primärprevention utgör en större del av Skånes hälso- och sjukvård.

#### 1.4.9 **Kapitel 10 – Slutsatser**

Kapitlet innefattar arbetets slutsatser. Det görs genom sammanfattande svar på arbetets forskarfrågor och en avslutande kommentar kopplat till huvudsakliga syftet. Vidare följs slutsatserna av en diskussion kring rapportens överförbarhet och resultat. Kapitlet avslutas med arbetets bidrag till industrin och akademien samt förslag på vidare forskning.



## 2 Metod

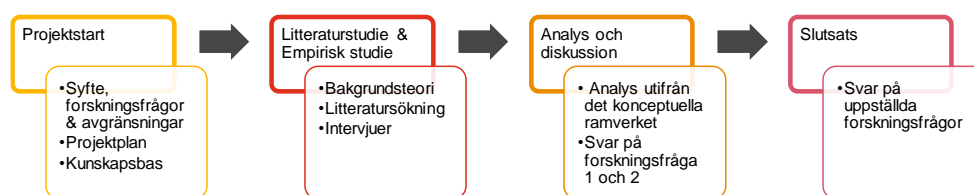
*Följande kapitel innefattar en beskrivning över arbetsprocessen, strategin som har lagt grunden till arbetet samt forskningsmetodiken. Slutligen diskuteras metodens giltighet, främst med avseende på validitet och reliabilitet.*

### 2.1 Arbetsprocess

Vid arbetets start lades stort fokus på att få en förståelse för begreppet preventiv sjukvård innan det var möjligt att utveckla syftet. En initial utmaning var att begreppet hade olika definitioner beroende på vart informationen var inhämtad ifrån. En ytterligare utmaning var det faktum att primärprevention inte används i någon större utsträckning i Sverige vilket gjorde det svårt att hitta information. Med ökad kunskap inom ämnet via en övergripande litteraturstudie samt flertalet möten med båda handledarna klargjordes arbetets syfte. Arbetsprocessen var iterativ där både syftet, forskningsfrågorna och metodiken förändrades under arbetets gång i samband med att författarna fick nya insikter kring ämnet. Författarna gjorde även en plan över deras samarbete, gemensamma förväntningar och mål med arbetet för att undvika oklarheter.

Under arbetets gång arrangerades flera möten med bägge handledare. I början fokuserade mötena på att diskutera gemensamma förväntningar och arbetets övergripande inriktning. Vid resterande möten diskuterades arbetets delar mer ingående och oklarheter reddes ut. Med hjälp av handledarna styrdes arbetet åt rätt riktning.

Arbetsprocessen kan delas in i fyra faser, se figur 2.1. Den inledande fasen, projektstart, gick ut på att först bygga upp kunskapsbasen kring preventiv sjukvård och det svenska hälso- och sjukvårdssystemet innan syftet och avgränsningar kunde fastställas.



**Figur 2.1** En illustration över arbetsprocessen

I fas två, litteraturstudie och empirisk studie, utgjorde datainsamlingen den huvudsakliga komponenten och bestod av en litteratursökning tillsammans med kvalitativa intervjuer. Datainsamlingen genomfördes utefter följande steg:

- En genomgång över utvecklingen av kroniska sjukdomar i Sverige och vilka ohälsosamma levnadsvanor som påverkar den utvecklingen.
- En genomgång över de nuvarande utmaningarna i Skånes hälso- och sjukvård som är förknippade med kroniska sjukdomar.
- Insamling av bakgrundsteori för det konceptuella ramverket
- En undersökning kring hur Skåne arbetar med primärprevention i dagsläget samt de möjligheter och utmaningar som finns med primärprevention i Skåne

Den tredje fasen innefattade analysen som bestod av tre delar:

- En analys kring hur primärprevention kan motverka utmaningarna kopplade till kroniska sjukdomar i Skånes hälso- och sjukvård.
- En analys kring adoptionsbarriärer av primärprevention kopplad till diffusionsteori och social kognitiv teori.
- En analys kring de förändringar som behöver ske för att primärprevention ska användas i större utsträckning.

Större delen av analysen genomfördes när all data var insamlad. Dock skedde analys av data kontinuerligt i samband med datainsamlingen. Sista fasen, slutsats, utgjordes av att besvara rapportens forskningsfrågor. Slutligen fullbordades rapportens design och layout.

## 2.2 Forskningsstrategi

Forskningsstrategin är en handlingsplan som är skapad för att nå det övergripande målet med forskningen. Den beskriver logiken och resonemanget bakom forskningen och sätter upp ramarna för hur forskningsmålen ska uppfyllas (Denscombe, 2018). Målet med forskningen beskrivs genom arbetets syfte och tillhörande forskningsfrågor som är presenterade i avsnitt 1.2.

Enligt Höst, Regnell & Runeson (2006) kan studier ha olika typer av övergripande syften och dessa kan vara:

- **Beskrivande**, vilket innebär att beskriva hur något fungerar eller utförs.
- **Utforskande**, vilket innebär att förstå på djupet hur något fungerar eller utförs.
- **Förklarande**, vilket innebär att hitta orsakssamband och förklaringar till hur något utförs.
- **Problemlösande**, vilket innebär att hitta en lösning till ett identifierat problem.

Arbetets forskningsfrågor är av olika karaktär och studiens syfte består av en beskrivande, en förklarande och en problemlösande del.

Syftet med den beskrivande delen av arbetet är dels att få en förståelse för primärprevention, dess möjligheter och hur det bedrivs i Skåne i dagsläget. Dels att få en beskrivning av de kroniska sjukdomarna och de faktorer som påverkar deras utveckling. Dels att ge en introduktion till de utmaningar som finns förknippade med kroniska sjukdomar i hälso- och sjukvården.

Syftet med den förklarande delen är att få en förståelse till varför primärprevention inte utgör en större del av Skånes hälso- och sjukvård i dagsläget.

Den problemlösande delen i arbetet syftar dels till att undersöka på vilka sätt primärprevention kan motverka utvecklingen av kroniska sjukdomar i Skånes hälso- och sjukvård. Dels för att få en ökad kunskap kring vilka förändringar som behöver genomföras för att primärprevention ska utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård.

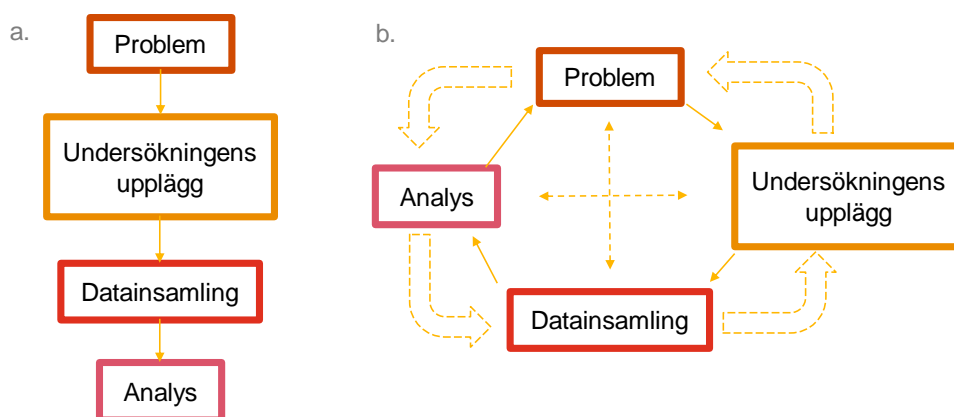
Det finns två större forskningsstrategier: kvalitativ forskning och kvantitativ forskning. Det som skiljer de olika strategierna åt är att kvantitativ forskning använder siffror som analysenhet medan kvalitativ forskning använder ord eller bilder. Vid kvantitativ forskning behövs ofta ett stort urval av populationen för att den ska anses som statistiskt tillförlitlig och därav används ofta strategin vid mer storskalig forskning. Kvalitativ forskning tenderar att användas vid småskaliga studier med färre händelser och människor (Denscombe, 2018).

En kvalitativ studie valdes som strategi då den ansågs vara mest lämplig för arbetets syfte. Vidare hade en kvantitativ studie varit svår att genomföra då författarna hade begränsade resurser i form av tid och antalet författare som hindrade möjligheten att genomföra en storskalig studie. Om en kvantitativ studie hade genomförts i mindre skala hade tillförlitligheten för arbetet minskat.

## 2.3 Forskningsmetod

Forskningsmetoden är det grundläggande arbetssättet som sätter upp principerna för hur en studie ska genomföras. Vilken metod som bör väljas beror på projektets mål och karaktär (Höst, Regnell, & Runeson, 2006).

Enligt Säfsten & Gustafsson (2019) kan en forskningsprocess beskrivas som enkelriktad eller flexibel, se figur 2.2. Arbetsprocessen i denna studie var flexibel och iterativ där ingående aktiviteter upprepades och processen anpassades kontinuerligt under arbetets gång.



Figur 2.2 a. En enkelriktad process b. En flexibel process (Säfsten & Gustafsson, 2019).

Metodiken som valdes för att kunna uppnå arbetets syfte inkluderar en bakgrundsteori, en litteraturstudie och en empirisk studie. Bakgrundsteorin innefattar det konceptuella ramverket som används i analysen. Modellerna och teorin som inkluderas i det konceptuella ramverket valdes för att ge en bild över tidigare forskning om spridning av innovationer och en förhöjd kunskap om vad som påverkar människor till att anamma preventiva insatser. Bakgrundsteorin presenteras i kapitel 6.

Litteraturstudien påbörjades med en översiktlig litteratursökning kring ämnesområdet som sedan utvecklades till en noggrann litteraturgenomgång. Enligt Höst, Regnell & Runeson (2006) utgör litteraturstudier en viktig komponent i god vetenskaplig metodik och lägger grunden för den ämnesfördjupning som examensarbetet ska behandla. Syftet med litteraturstudier är att bygga vidare på befintlig kunskap samt minska risken med att förbise redan gjorda lärdomar. Litteraturstudien gjordes för att ge en helhetsbedömning av ämnesområdet och tidigare forskning samt utgjordes som en grund för den empiriska studien. Resultaten från litteraturstudien redovisas främst i kapitel 3, 4 och 5. För att komplettera den empiriska studien och för att säkerhetsställa informationens validitet har litteraturstudien även inkluderats i kapitel 7 och 8 som till stor del består av empiri. Genom att kombinera två metoder kunde en mer heltäckande och mer tillförlitligt resultat redovisas.

En empirisk studie genomfördes via intervjuer. Det genomfördes dels för att djupare kunskap kring hur preventiva insatser bedrivs i Skåne. Dels för att undersöka möjligheterna och utmaningarna förknippade med primärprevention. Resultaten från den empiriska studien redovisas i kapitel 7 och 8.

Metoden som valdes till datainsamlingen var datatriangulering och den användes för att styrka giltigheten i kapitel 7 samt 8. Triangulering innebär en kombination av olika metoder där både en litteraturstudie och en empirisk studie användes vid undersökningen av arbetet med primärprevention i Skåne samt gällande de möjligheter och utmaningar som finns med primärprevention. Genom att använda flera metoder kunde en mer heltäckande bild av ämnesområdet ges. Dessutom var det möjligt att kontrollera och komplettera resultaten från respektive metod. Risken med triangulering är potentiellt motstridande resultat men även det kan vara av intresse då det kan motivera vidare forskning för att undersöka skillnaderna (Denscombe, 2018; Säfstén & Gustafsson, 2019). Inga motstridande resultat påvisades under arbetets gång. Dock prioriterades utmaningarna med prevention olika av de olika respondenterna vilket bidrog till diskussioner kring vad som är viktigt för olika aktörer.

## 2.4 Datainsamling

Det finns olika tekniker för datainsamling och flera kan vara passande för att uppnå syftet. Val av teknik innefattar överväganden såsom datatillgång som antingen kan vara primär eller sekundär. Primärdata innebär data som är insamlad för att besvara aktuell frågeställning, varvid sekundärdata är insamlad med andra syften (Säfssten & Gustafson, 2019). Författarna har använt sig av kvalitativa primärdata från intervjuer och kvalitativa sekundärdata från en litteratursökning. För att säkerhetsställa informationens giltighet och för att stärka kvaliteten på insamlade data inhämtades litteratur från olika källor och personer från olika organisationer intervjuades.

### 2.4.1 Litteratursökning

Litteratursökning är ett iterativt arbete som genomfördes i flera iterationer under arbetsprocessen. I början var sökningen ämnad för att skapa en grundlig förståelse för ämnet men allt eftersom avgränsningar gjordes kunde mer specifika studier undersökas. Genom att öppet redovisa de använda källorna underlättar det för oberoende granskare att förstå arbetets utgångspunkter och för relevanta forskare att bygga vidare på resultatet (Höst, Regnell, & Runeson, 2006). Den litteratur som har varit viktigast under arbetets gång presenteras i tabell 2.1.

**Tabell 2.1** En översikt över den litteratur som har varit viktig för arbetets framgång.

<i>Författare</i>	<i>År</i>	<i>Titel</i>
Institutet för framtidsstudier	2016	Bortom IT- Om hälsa i en digital tid
Lindholm m.fl.	2018	A cost-effectiveness analysis of a community-based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. BMC public health
Molin	2016	Hälso- och sjukvården år 2035
PwC	2019	Från sjukvård till hälsovård
Region Skåne	2019	Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Region Skåne
Socialstyrelsen	2018	Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård
Socialstyrelsen	2018	Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor
Sveriges Kommuner och Regioner	2019	Ekonomirapporten
Vårdanalys	2016	Förebygga för att överbrygga?

Sökningen av litteratur genomfördes främst med hjälp av fyra sökmotorer:

- **Google Scholar**, Googles söktjänst för vetenskapliga publikationer och tidskrifter.
- **LUBsearch**, de bibliotek vid Lunds universitets samlade söktjänst för akademiska artiklar, journaler, doktorsavhandlingar och böcker.
- **Svensk-medicin.se**, en svensk medicinsk sökmotor som söker i svenska medicinska webbsidor.
- **Research gate**, en sökmotor för forskare inom samtliga discipliner.

De främsta sökorden som har använts är ”primärprevention”, ”preventiv sjukvård”, ”förebyggande insatser”, ”primärpreventiva insatser”, ”kroniska sjukdomar”, ”hälso- och sjukvården i Sverige”, ”utmaningar i hälso- och sjukvården” samt motsvarande engelska ord. Litteraturen består främst av rapporter utgivna av offentliga verksamheter men flera akademiska artiklar är även inkluderade.

Majoriteten av rapporterna inhämtades från Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), Socialstyrelsen, Institutet för Framtidsstudier, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård och Region Skåne. Vidare användes även industrirapporter från PwC och diverse information från myndigheters hemsidor.

En central del i litteraturstudier är värdering av källornas trovärdighet och innehållets relevans. Det är inte ett enkelt arbete då det kräver erfarenhet och djup förståelse för ämnet (Höst, Regnell, & Runeson, 2006). Inga artiklar skrivna för mer än fem år sedan användes vid behandlingen av arbetet med primärprevention. Det gjordes för att säkerställa informationens relevans och aktualitet. Däremot användes artiklar äldre än fem år vid behandlingen av teori om det konceptuella ramverket, preventiv sjukvård samt lagar. Detta anses vara information som inte har förändrats det senaste årtiondet. Dessutom skulle artikeln helst vara citerad ett flertal gånger för att anses vara giltig. De rapporter som var utgivna av Sveriges myndigheter och information som var inhämtad från deras hemsidor ansågs vara trovärdiga.

#### 2.4.2 Intervjuer

Intervjuer anses vara en lämplig teknik då information i form av människors uppfattningar, erfarenheter och upplevelser eftersöks. Ett explorativt urval av respondenter valdes i studien då det ofta används vid småskaliga projekt med kvalitativa data. Med ett explorativt urval är det inte nödvändigt att få ett exakt tvärsnitt av populationen utan målet är att generera intressanta insikter och information till studien (Denscombe, 2018).

Enligt Denscombe (2018) är fördelarna med intervjuer att det möjliggör en djup och detaljerad informationsinsamling med hög flexibilitet. Nackdelarna är främst att transkribering av intervjuer är tidskrävande och att intervjusituationen kan påverka respondenten vilket kan bidra till låg reliabilitet.

Det finns tre olika typer av intervjuer: ostrukturerad, semistrukturerad och strukturerad (Säfsten & Gustafson, 2019). Författarna valde att genomföra ostrukturerade intervjuer där frågorna utgick från en intervjuguide som återfinns i Bilaga A. Ostrukturerade intervjuer valdes då det anses vara lämpligt för en kvalitativ studie och då det är en metod som skapar utrymme för respondenten att tala utförligt och utveckla sina idéer (Säfsten & Gustafson, 2019).

Eftersom insamlade data är av kvalitativ karaktär är det viktigt att det finns variation hos intervjupersonerna för att kunna få med alla möjliga synvinklar av ämnesområdet. Spridningen på åsikterna blir större om intervjupersonerna har olika bakgrund, kön, ålder samt befattning (Höst, Regnell, & Runeson, 2006). Intervjuerna har främst genomförts mot två grupper: hälso- och sjukvårdsexperten på PwC och statligt anställda som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.



Vidare kan de som är statligt anställda delas in i undergrupper: anställda på forskningsinstitut, anställda på Region Skåne, anställda på myndigheter samt anställda vid universitet. Se tabell 2.2 för en beskrivning av de organisationer som respondenterna har varit anställda vid.

**Tabell 2.2 En översikt över de organisationer som har kontaktats.**

<i>Organisation</i>	<i>Beskrivning</i>
<i>Innovation Skåne</i>	Ett regionalt innovationsbolag som erbjuder innovationsledning och konsultering till Region Skåne. De driver även tillväxtprojekt i branscher där Skåne har potential samt bidrar med affärsrådgivning till entreprenörer och <i>startups</i> verksamma i Skåne. Innovation Skåne har en avdelning helt ämnad åt hälso- och sjukvård.
<i>Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS)</i>	Ett nätverk bestående av Sveriges samtliga regioner med en vision om att uppnå en god och jämlik hälsa. Nätverket är till för att regionerna ska gemensamt driva utvecklingen för att kunna uppnå en hälso- och sjukvård som är jämlik och hälsofrämjande.
<i>PwC Sverige</i>	Marknadsledande inom revision samt skatte- och affärsrådgivning. PwC har ett brett bransch-kunnande inom både offentlig sektor och hälso- och sjukvård.
<i>Research Institute of Sweden (RISE)</i>	En innovationspartner ägd av staten som på uppdrag av näringslivet, akademien och offentlig sektor ska bidra till att utveckla ett näringsliv som är konkurrenskraftigt och en framtid som är hållbar.
<i>Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)</i>	Myndigheten som följer upp och analyserar vård och omsorg med syftet att förbättra och effektivisera den men även för att stärka patienters och brukares ställning.
<i>Regional Utveckling</i>	En del av Region Skåne med uppdraget att samordna och driva utvecklingsfrågor i regionen. De är även processledaren för regionalt utvecklingsarbete.
<i>Institutet för framtidsstudier</i>	En självständig forskningsstiftelse som bedriver frågor med hjälp av forskare från en mängd olika samhällsvetenskapliga discipliner kring hur det framtida samhället ska formas.
<i>Leading Healthcare</i>	En akademisk tankesmedja som arbetar med projekt kring framtidens hälsa, vård och omsorg.
<i>Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention</i>	En del av hälso- och sjukvården i Region Skåne som arbetar med identifiering och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Verksamheten är även ansvarig för informationsspridning och implementering av primärprevention i Region Skåne.

Hälso- och sjukvårdsexperter på PwC intervjuades då de nyligen genomförde en studie kring preventiv sjukvård i Sverige och ansågs därav ha en gedigen kunskap kring ämnet. Vidare intervjuades anställda på forskningsinstitut då de på uppdrag av offentlig sektor driver projekt kring framtidens sjukvård. Anställda på Region Skåne intervjuades då Region Skåne bedriver hälso- och sjukvården i Skåne.

Vidare kontaktades Myndigheten för vård- och omsorgsanalys då de följer upp och analyserar vård och omsorg i Sverige. Forskare vid universitet kontaktades då de representerar läkares perspektiv och sitter på värdefull kunskap kring ohälsosamma levnadsvanor och primärprevention. Gemensamt för respondenterna var att alla hade ett fokus på hälso- och sjukvården i Sverige.

De grupper som intervjuades valdes för att få perspektiv från olika delar av hälso- och sjukvården. Författarnas ursprungliga plan var att även genomföra intervjuer med vårdcentraler i Skåne, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt politiker inom Region Skåne. Under våren 2020 spreds viruset COVID-19 till Sverige vilket innebar att ovanstående intervjugrupper avböjde intervjuförfrågan på grund av tidsbrist. För att komplettera saknad information från nämnda aktörer genomfördes en litteratursökning på deras hemsidor. På så sätt har en helhetsbild från myndigheternas och vårdcentralernas ståndpunkter utformats i arbetet trots rådande omständigheter. Däremot saknas fortfarande politikernas uttalanden och således innefattar inte rapporten en helhetsbild över primärprevention i Skåne.

Ett flertal förfrågningar gjordes till personer inom de olika grupperna med hjälp av kontaktinformation från publicerade rapporter, universitetens hemsidor och kontakter från PwC. Totalt genomfördes 16 intervjuer och studiens urval bestod av de som tackade ja till att delta i en intervju. En presentation av respondenterna kan ses i tabell 2.3.

**Tabell 2.3 En översikt över de personer som intervjuats.**

<i>Respondent</i>	<i>Presentation</i>
Jon Arwidson	Partner samt branschansvarig inom hälso- och sjukvård på PwC Sverige. Jon var nyligen ansvarig för ett projekt på PwC som behandlade preventiv sjukvård vid namn ”Från sjukvård till hälsovård” och har en gedigen konsultbakgrund inom hälso- och sjukvårdsbranschen.
Maria Bjerstam	Innovationsledare på Innovation Skåne samt regional patientprocessledare på Regionalt Cancercentrum Syd. Marias huvudsakliga arbetsområde har varit hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård.
Tomas Bokström	Projektledare på RISE Social and Health Impact Center (SHIC) och har tidigare erfarenheter som anställd på Sveriges Kommuner och Landsting. SHIC bidrar till systemomställning mot preventiva arbetssätt inom hälsa och välfärd. Dessutom genomför verksamheten projekt med fokus på förbättrade sociala och hälsomässiga utfall i samarbete med offentlig sektor.

Ina Caesar	Specialist i hälso- och sjukvård på PwC Sverige och har över 10 års erfarenhet inom forskning med fokus på hjärnan. Ina var tillsammans med Jon ansvarig för projektet på PwC om preventiv sjukvård.
Anders Ekholm	Senior rådgivare på Institutet för Framtidsstudier. Anders arbetar främst med uppdrag som behandlar framtidens behov av vård och omsorg samt digitaliseringens möjligheter i vårdbranschen. Anders har tidigare varit analyschef på Socialdepartementet och anställd på Finansdepartementet, Arbetsmarknadsdepartementet och Utbildningsdepartementet.
Peter Groth	Folkhälsostrateg med inriktning miljö på Regional Utveckling. Peter arbetar med folkhälsan i Region Skåne.
Eva Hagbjer	Utredare på Vårdanalys. Eva har varit med och skrivit rapporten "Förebygga för att överbrygga" som har använts flitigt i litteraturstudien. Rapporten behandlar hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete ur ett jämlikhetsperspektiv.
Mai-Lis Hellénus	Professor i allmänmedicin, med inriktning mot kardiovaskulär prevention vid Karolinska institutet. Mai-Lis kan beskrivas som en "Livsstilsprofessor" och har ett stort fokus på primärprevention. Hon var även grundare av en livsstilmottagning i Stockholm som erbjöd primärpreventiva insatser.
Eva Hertervig	Överläkare vid kardiologi vid Skånes Universitetssjukhus. Eva intervjuades för att få en läkares perspektiv av preventiv sjukvård.
Anna Krohwinkel	Forskningschef och biträdande generalsekreterare på Leading Health Care. Anna arbetar med projekt kring framtidens hälsa, vård och omsorg på uppdrag från offentlig verksamhet med ett särskilt intresse kring hur olika aktörer och intressen samverkar med varandra.
Eva Lidmark	Managementkonsult på PwC med fokus på e-hälsofrågor. Eva var delaktig i projektet om preventiv sjukvård på PwC. Eva hjälpte författarna främst med kontaktinformation till potentiella respondenter.
Greger Linander	Hälso- och sjukvårdsstrateg på Region Skåne. Greger har varit verksam i hälso- och sjukvården i 40 år där han har haft flera olika befattningar. Greger är i dagsläget projektledare för projektet "Den nära vården" där arbetet med prevention i Skåne utgör en viktig del.
Susanna Lundgren	Processledare för Region Skåne vid HFS samt hälso- och sjukvårdsstrateg på avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne.
Henrik Schildt	Branschexpert inom hälso- och sjukvård på PwC Sverige. Henrik var tillsammans med Jon ansvarig för projektet på PwC om preventiv sjukvård.
Malin Skogström	Processledare för Region Skåne vid HFS samt allmänläkare och enhetschef vid Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention.
Bengt Stavenow	Chef Innovation management i hälso- och sjukvård på Innovation Skåne. Bengt arbetar inom det regionala innovationssystemet med att främst stödja sjukvårdsförvaltningar med innovationer inom informations- och kommunikationsteknik.

## 2.5 Forskningsetik och juridik

Enligt Säfsten & Gustavsson (2019) är etik en central fråga för en ingenjör då ingenjörsyrket är en profession där både människor och miljö blir påverkade. Under examensarbetets arbetsprocess är det vanligt att författare kommer i kontakt med ett flertal etiska dilemman och juridiska frågor. Därav bör olika etiska aspekter övervägas vid planeringens början. Om datainsamlingen involverar människor är val av deltagare och skyddande av individer signifikant och samtycke bör vara väl informerat. Vidare bör det framgå i rapporten vilka etiska aspekter som har analyserats tillsammans med de val som har gjorts (Säfsten & Gustavsson, 2019). Se tabell 2.4 för en sammanställning av de aspekter inom forskningsetik som ansågs vara av större risk i arbetet och hur hänsyn har tagits till dem under arbetets gång.

Tabell 2.4 Forskningsetik och hänsyn under arbetets gång.

<i>Etiska riktlinjer</i>	<i>Beskrivning</i>	<i>Hänsyn under arbetets gång</i>
<b>Integritet</b>	Löften och överenskommelser ska hållas.	Författarna var alltid uppriktiga mot inblandade parter i arbetet. Respondenterna fick även lämna samtycke gällande inspelning av intervjun.
<b>Konfidentialitet</b>	Konfidentiell information och kommunikation ska skyddas.	Författarna genomförde respondentvalidering för att säkerhetsställa att informationen inte var missförstådd eller konfidentiell.
<b>Objektivitet</b>	Objektivitet och kommersiella intressen ska redovisas öppet.	Författarna undanhöll inte medvetet information som kunde påverka arbetets resultat. Olika perspektiv om ämnesområdet inkluderades.
<b>Respektera immateriella rättigheter</b>	Upphovsmannen ska alltid citeras och tillkännages. Opublicerade data ska aldrig användas utan tillåtelse.	Författarna var noggranna med vart informationen inhämtades ifrån och dokumenterade kontinuerligt samtliga källor som användes.

## 2.6 Dataanalys

Enligt Denscombe (2018) är syftet med dataanalysen att förklara insamlade data och tolka dess innebörd. Dataanalysen hjälper till att besvara frågorna hur, vem, när och varför och de svaren hjälper i sin tur till att besvara forskningsfrågorna.

Säfsten och Gustavsson (2019) skriver att processen för att analysera kvalitativa data vanligtvis följer fyra steg:

1. Insamlade data ska presenteras i ett format som möjliggör analys.
2. Insamlade data ska vara sorterad på ett systematiskt sätt.
3. Insamlade data ska analyseras så att mönster och samband kan hittas.
4. Slutsatser ska dras

Kvalitativ analys handlar om att skapa struktur på det insamlade materialet vilket bör ske iterativt och parallellt med datainsamlingen (Höst, Regnell, & Runeson, 2006). Processen av att analysera kvalitativa data innebär främst klassificering och tolkning snarare än att kvantifiera resultaten statistiskt. Det behövs även ett tillvägagångssätt som är systematiskt för att kunna göra data greppbar (Säfsten & Gustavsson, 2019).

Data som samlades in sparades och sorterades i två separata dokument. Ena dokumentet bestod av litteraturgenomgången och det andra dokumentet av transkriberade intervjuer. Data från litteraturgenomgången sorterades utefter arbetets kapitel. Vidare sorterades data från intervjuerna utefter respondent i separata dokument för att sedan analyseras och sorteras utefter arbetets kapitel i ett nytt dokument. Att sortera informationen utefter arbetets kapitel möjliggjorde för författarna att identifiera viktig information och viktiga uttalanden. Det var särskilt viktigt för empirin då författarna kunde dels observera mönster hos respondenternas uttalanden dels jämföra det med data från litteraturstudien. Arbetssättet var systematiskt och sorteringen av kvalitativa data möjliggjorde analysens början.

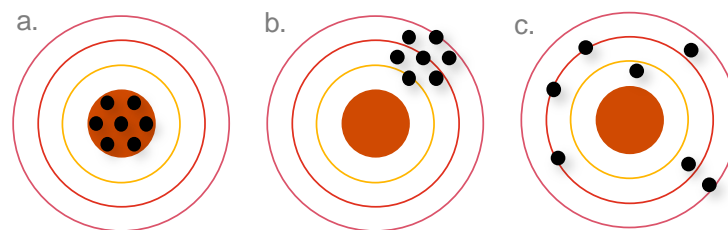
Först analyserades insamlade data från litteratursökningen. Korta sammanfattningar gjordes för litteratur som ansågs vara relevant och av intresse för ämnet. Sammanfattningarna fördes in i dokumentet för litteraturgenomgången där det ansågs passa in för respektive kapitel. Därefter diskuterade författarna respektive artikels relevans för studien, om det tillförde något intresseväckande och om det behövde kompletteras med ytterligare litteratur för att öka validiteten. Litteratur kring primärprevention, kroniska sjukdomar och hälso- och sjukvården i Sverige undersöktes och ansågs vara nödvändig då det skapade en grund till varför primärprevention är ett intressant ämne. Författarna identifierade sedan de utmaningar som var relaterade till kroniska sjukdomar inom hälso- och sjukvården.

Vidare analyserades insamlade data från litteraturstudien tillsammans med empiri för kapitel 7 samt 8. Då det fanns begränsad publicerad information kring primärprevention i Skåne från litteraturstudien utgjordes kapitel 7 till stor del av empiri. Vidare gjordes en noggrann analys av empirin där möjligheter och utmaningar med primärprevention identifierades. Varje intervju transkriberades och viktiga uttalanden diskuterades mellan författarna. Majoriteten av intervjuerna lyfte upp samma möjligheter och utmaningar med primärprevention och om ny information presenterades såg författarna till att nya intervjuer planerades för att verifiera informationen. Dessutom kompletterades empirin med data från litteratursökningen där författarna ansåg att empirin var bristfällig. För att strukturera tankeprocessen och diskussionerna mellan författarna gällande den insamlade data från intervjuerna utfördes *mind-mapping* med *post-it*-anteckningar.

Utmaningar med adoption av primärprevention i Skåne analyserades utifrån två konceptuella ramverk: innovationsspridningsteori och Health Belief Model som presenteras i kapitel 6. De teoretiska ramverken anpassades efter insamlade data för att ge nya perspektiv och identifiera eventuella samband mellan teori och praktik. Faktorer som driver diffusion av innovationer analyserades för att undersöka svårigheten med spridningen av primärprevention i Skåne. Vidare användes modellen Health Belief Model för att skapa diskussion kring vad Region Skåne bör tänka på för att få människor att anamma preventiva insatser.

## 2.7 Giltighet

Enligt Säfsten och Gustavsson (2019) kräver en vetenskaplig undersökning och vad den resulterar i giltighet. Genom begreppen validitet och reliabilitet kan giltigheten beskrivas och de kan även användas som kvalitetskriterier. Figur 2.3 visar hur validitet och reliabilitet förhåller sig till varandra. Den ifyllda cirkeln i mitten representerar det som ska undersökas. Vid hög validitet undersöks det som ska undersökas och vid hög reliabilitet ska samma resultat fås om samma studie görs.



**Figur 2.3 a. Hög validitet och reliabilitet b. Låg validitet och hög reliabilitet c. Låg validitet och reliabilitet (Säfsten & Gustavsson, 2016).**

Vidare är representativitet och objektivitet ytterligare faktorer som är intressanta gällande arbetets giltighet (Höst, Regnell, & Runeson, 2006). Därav är det även passande att diskutera dessa begrepp och hur författarna har förhållit sig till dem under arbetets gång.

### 2.7.1 Validitet

Validitet beskrivs som förhållandet mellan studieobjektet och det som mäts. Begreppet kan delas in i två delar; intern validitet samt extern validitet. Intern validitet innebär i hur stor utsträckning datainsamlingen svarar mot det som avses att samlas in och extern validitet innebär i vilka sammanhang resultaten är giltiga (Säfsten & Gustavsson, 2019). Den kvalitativa forskningens natur försvårar att bevisa träffsäkra och exakta resultat. Däremot finns det flertal metoder som kan användas för att öka en studies validitet (Denscombe, 2018).

För att öka validiteten användes triangulering som metod där data kombinerades från olika källor med olika bakgrund. Metoden gav upphov till konvergerande data som stärkte resultaten. För att styrka validiteten ytterligare användes respondentvalidering. Metoden innebär att låta respondenterna ta del av resultatet för att säkerhetsställa att inga felaktigheter och missförstånd har skett (Säfsten & Gustavsson, 2019). Intervjuerna spelades in, transkriberades och skickades tillbaka till respondenterna för validering av informationen.

### 2.7.2 Reliabilitet

Säfsten och Gustavsson (2019) definierar reliabilitet som hur tillförlitlig en studie är och om studien skulle få samma resultat om den upprepades vid likvärdiga omständigheter. Eftersom det är omöjligt att kopiera en social inramning är det inte möjligt att upprepa kvalitativ forskning. Sannolikheten att genomföra en intervju med samma respondenter, under samma omständigheter och få samma resultat är liten. Således är det närmast omöjligt för en annan forskare att producera identiska resultat. Däremot kan författarna via en tydlig redogörelse av procedurer, metoder och analys underlätta för andra forskare att bedöma processen (Denscombe, 2018).

Arbetsprocessen har beskrivits ingående i kapitel 2 för ökad transparens och tillförlitlighet. Att triangulering och respondentvalidering användes som metoder har även bidragit till ökad reliabilitet och tillförlitlighet.

### 2.7.3 Representativitet

God representativitet bygger på generaliserbarhet som innebär huruvida studiens resultat är överförbar till andra likdanande fall. När det gäller kvalitativa studier används begreppet överförbarhet som synonym till generaliserbarhet (Denscombe, 2018). Rapportens överförbarhet diskuteras i avsnitt 10.3.

Det urval som en undersökning baseras på avgör en studies representativitet. Kvalitativ forskning baseras ofta på ett litet antal fall där bortfallet inte får vara alltför stort eller drabba en viss kategori av försökspersoner för att anses vara av bra representativitet. Arbetet innefattar inte politikernas synvinkel vilket sänker arbetets representativitet, däremot är resterande aktörer av god representativitet. Intervjegruppernas representativitet diskuteras mer utförligt i avsnitt 10.4. En noggrann beskrivning av den undersökta kontexten kan säkerställa bra representativitet, vilket beskrivs i kapitel 1 och 2 (Denscombe, 2018; Höst, Regnell, & Runeson, 2006).

Det går inte att säkerställa att en identisk studie med andra intervjuobjekt skulle ge identiska resultat. Däremot är studien även baserad på en omfattande litteraturstudie vilket innebär att sannolikheten är liten att resultatet skulle ändras avsevärt med ett annat underlag.



#### 2.7.4 Objektivitet

Att bedriva objektiv forskning är traditionellt sätt även kännetecknen på en välgjord studie som är baserad på fakta och fri från värderingar. Det som krävs för att en studie ska vara objektiv är att genomförandet dokumenteras och att konsekvenser analyseras. Konsekvenser kan exempelvis innebära olika perspektiv och egna intressen (Säfsten & Gustavsson, 2019). Intressenterna i arbetet har varit författarna, Lunds Tekniska Högskola och företaget PwC. Det har inte funnits några finansiella motiv från författarna över arbetet och inga intressekonflikter har uppstått.

Vid inhämtning av kvalitativa data kan tolkningen av data och eventuella fördomar och motiv hos författarna påverka resultaten och därav också objektiviteten (Säfsten & Gustavsson, 2019). Att vara två författare har varit fördelaktigt då data har tolkats och diskuteras från två olika perspektiv, där nya infallsvinklar har eftersökts och egna synsätt har ifrågasatts.

Datainhämningen genomfördes på ett så objektivt sätt som möjligt och respondentvalideringen gav författarna och respondenterna ytterligare en möjlighet att klarlägga eventuella felaktigheter. Det var även viktigt att analysera respondenterna och deras eventuella fördomar och motiv, då de har olika intressen som troligtvis påverkar deras uttalanden. Exempelvis har alla respondenter ett intresse i primärprevention vilket kan innebära att de inte ser nackdelarna med konceptet. Författarna tog hänsyn till det under arbetets gång och kompletterade med litteratur som belyser bristerna med primärprevention för att öka objektiviteten.

## 3 Preventiv Sjukvård

*Följande kapitel innefattar en litteraturstudie kring definitionen av preventiv sjukvård och de olika typer av preventiv sjukvård som förekommer. Slutligen presenteras två olika strategier som kan användas vid preventiva insatser.*

*I detta kapitel besvaras följande forskningsfråga:*

### **1.1 Hur kan primärprevention förklaras och förstås?**

#### 3.1 Fyra olika stadier av prevention

Prevention anses förekomma i fyra olika stadier: *primordial prevention*, primärprevention, sekundärprevention samt tertiärprevention. *Primordial prevention* är ett engelskt uttryck som inte har en direkt översättning till svenska (PwC, 2019). Begreppet avser att skapa de förutsättningar som behövs för att medborgare ska kunna göra goda hälsoval. Det anses vara en hälsofrämjande metod vilket innebär att den har ett fokus på att öka eller bevara människors fysiska, psykiska eller sociala välbefinnande. Primär- och sekundärprevention anses vara förebyggande metoder med syftet att förhindra uppkomsten av sjukdom, skador eller sämre hälsa samt att bevara individens hälsa. Primärprevention praktiseras hos friska individer medan sekundärprevention praktiseras vid tidig upptäckt av sjukdom alternativt för att undvika att ett sjukdomstillstånd upprepas. Slutligen anses tertiärprevention vara en åtgärdande metod som praktiseras vid ett etablerat sjukdomstillstånd (PwC, 2019; Vårdanalys, 2016). Se tabell 3.1 för en mer utförlig beskrivning av de olika typerna av preventiv sjukvård.

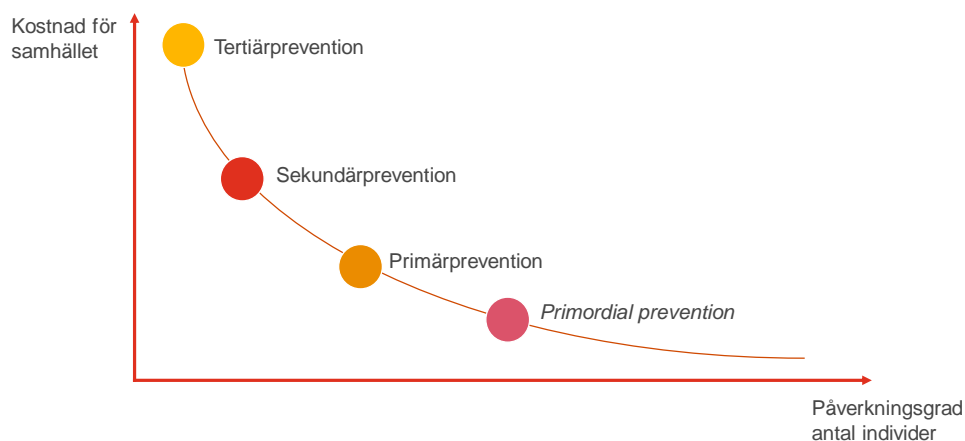
**Tabell 3.1 De olika typerna av preventiv sjukvård.**

	<i>Primordial Prevention</i>	<i>Primär Prevention</i>	<i>Sekundär Prevention</i>	<i>Tertiär Prevention</i>
<b>Metod</b>	Hälsofrämjande (PwC, 2019).	Förebyggande (PwC, 2019).	Förebyggande (PwC, 2019).	Åtgärdande (PwC, 2019).
<b>Tidslinje</b>	Praktiseras för kommande generationer (Pandve, 2014).	Praktiseras hos friska individer (PwC, 2019).	Praktiseras hos individer som bär på sjukdom utan symtom (Pandve, 2014).	Praktiseras vid ett etablerat sjukdomstillstånd (Pandve, 2014).
<b>Definition</b>	Avser att förhindra uppkomsten av riskfaktorer i ett samhälle snarare än att förebygga den personliga exponeringen av riskfaktorer, som istället hör till begreppet primärprevention (Pandve, 2014).	Avser att förhindra sjukdomar från att uppkomma genom att identifiera och adressera de riskfaktorer i medborgares livsstil som kan leda till sjukdom (Vårdanalys, 2016).	Avser att förhindra att ett sjukdomstillstånd upprepas samt att genomföra screeningprocedurer för att främja tidig upptäckt och behandling av sjukdomar. Tidiga ingripanden är mer kostnadseffektiva än om en sjukdom skulle identifieras längre in i ett sjukdomsförlopp (Pandve, 2014).	Avser att behandla, lindra och förhindra en försämring av ett etablerat sjukdomstillstånd (Pandve, 2014).
<b>Exempel</b>	Hälsofrämjande stadsplanering där planering av infrastruktur görs utifrån tanken av att förbättra folkhälsan (Region Skåne, 2019c).	Identifiera och motverka ohälsosamma levnadsvanor hos en individ som skulle kunna leda till sjukdom i framtiden (Vårdanalys, 2016).	Screening av sjukdomar såsom mammografi samt förändring av levnadsvanor för att undvika att ett sjukdomstillstånd återkommer (Vårdanalys, 2016).	Vårdprogram och läkemedel för att minska symtom (PwC, 2019).

Begreppen grundades under slutet av 40-talet av Leavell och Clark och definitionerna av begreppen har sedan dess utvecklats i olika riktningar (Pandve, 2014). Således är definitionen för nämnda stadier inte absolut och begreppen uttolkas olika hos olika aktörer.

Enligt Larsson (2015) råder det exempelvis oklarheter om åtgärder mot människor i en riskgrupp anses vara primärpreventiva eftersom de är friska eller sekundärpreventiva då de bär på en förhöjd risk för sjukdom (Larsson, 2015). Vidare kan en insats även vara primärpreventiv och sekundärpreventiv på samma gång (Vårdanalys, 2016). Definitionerna som presenteras i kapitlet härstammar från grundarnas definitioner och de är i enlighet med de definitioner som har använts i PwC:s rapport om preventiv sjukvård "Från sjukvård till hälsovård" (PwC, 2019).

PwC (2019) klargör att de fyra olika stadierna av prevention är förknippade med kostnaden för samhället samt antalet individer som påverkas av insatsen, se figur 3.1.



**Figur 3.1** Kostnaden för samhället i relation till antal individer som påverkas (PwC, 2019).

Vid tertiärprevention är kostnaden för samhället högst och det är endast en liten del av samhället som påverkas. Det kan jämföras med *primordial prevention* där kostnaden för samhället är lägst och en stor del av befolkningen påverkas (PwC, 2019). Enligt Larsson (2005) är tertiärprevention dominerande i dagsläget vilket innebär en hög kostnad för samhället.

## 3.2 Universella och riktade insatser

Enligt Vårdanalys (2016) finns det primärt två olika strategier för att förebygga ohälsa: universella insatser som innebär att preventiva insatser ska erbjudas till hela befolkningen samt riktade insatser som innebär att endast en specifik grupp blir erbjuden preventiva insatser. Det skapar en diskussion kring vilken strategi som kan åstadkomma störst effekt. Är det mer fördelaktigt att rikta insatserna mot den stora gruppen med det genomsnittliga riskbeteendet eller mot de som löper störst risk för ohälsa? Frågan kring vad som anses leda till största möjliga effekten av preventiva insatser har resulterat i den så kallade ”preventiva paradoxen” (Vårdanalys, 2016). Larsson (2005) förklarar att paradoxen innebär att antalet personer med ett förhållandevis mildt riskbeteende i en befolkning är oftast större än antalet personer med ett farligt riskbeteende. Det innebär att förebyggande insatser som bidrar med en liten förbättring hos en stor del av befolkningen leder till en större ökning av den genomsnittliga folkhälsan än vid insatser som är riktade till de med farligast riskbeteende (Larsson, 2005).

Det medför att det som krävs för att höja nivån på folkhälsan är långsiktiga förebyggande insatser som bidrar till en beteendeföring hos en stor andel av befolkningen. Dock är det viktigt att nämna att universella insatser riskerar att öka hälsoklyftorna eftersom det är bevisat att personer med bättre socioekonomiska förhållanden och låg risk för ohälsa gynnas mer av breda insatser (Vårdanalys, 2016).

# 4 Kroniska sjukdomar och levnadsvanor

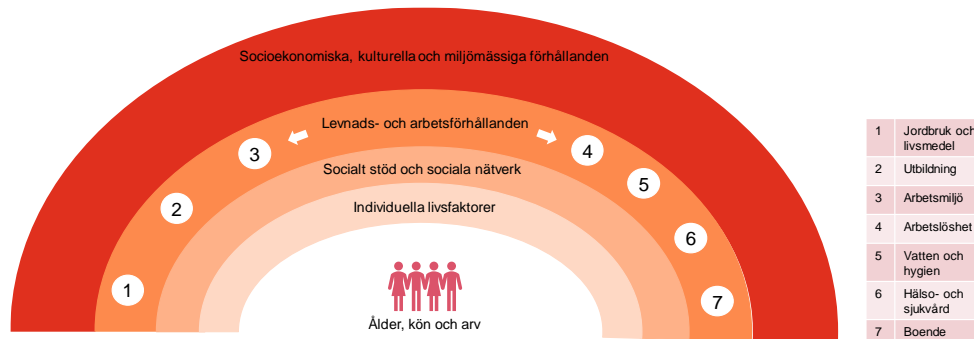
*Följande kapitel innefattar en litteraturstudie kring hälsans bestämningfaktorer, de tre vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna samt de fyra ohälsosamma levnadsvanorna som är förknippade med deras förekomst. Specifik information för Skåne behandlas inte då Skåne följer samma mönster som Sverige i helhet.*

*I detta kapitel besvaras följande forskningsfråga:*

***1.2 Vilka är dagens stora kroniska sjukdomar och vilka riskfaktorer påverkar utvecklingen av dem?***

## 4.1 Hälsans bestämningfaktorer

Enligt Vårdanalys (2016) beror hälsan i en befolkning, även benämnt som folkhälsan, på många olika faktorer. Ett flertal av de faktorer som har betydelse för hälsan påverkas inte bara av individuella val eller enstaka samhällsfunktioner utan även av den nationella samhällsstrukturen, exempelvis utbildnings-, arbetsmarknads-, eller skattepolitiken. Dessa faktorer samspelar också med varandra vilket påvisar att det som påverkar hälsan är en komplex orsakskedja av individuella och samhällsrelaterade faktorer (Vårdanalys, 2016).



**Figur 4.1 Regnbågsmodellen över hälsans bestämningfaktorer (Vårdanalys, 2016).**

Figur 4.1 visar regnbågsmodellen över hälsans bestämningfaktorer. Modellen utvecklades i början på 1990-talet av två forskare på Liverpool universitet, Göran Dahlgren och Margaret Whitehead, och dess syfte är att sätta in hälsan i ett bredare samhällssammanhang (Dahlgren & Whitehead 2007). Den refereras till som regnbågsmodellen då de olika faktorerna som påverkar människans hälsa presteras i olika lager (Dahlgren & Whitehead 2007). Modellen består av totalt fem nivåer varav fyra är möjliga att påverka genom samhällsinsatser (Folkhälsomyndigheten, 2019b). För en ingående förklaring över respektive nivå se tabell 4.1.

**Tabell 4.1** En beskrivning av de olika nivåerna i regnbågsmodellen (Dahlgren & Whitehead, 2007; Vårdanalys, 2016).

<i>Nivå</i>	<i>Består av</i>	<i>Påverkas på</i>
<i>Socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden</i>	Faktorer som kulturellt utbyte samt ekonomiska förbättringar som kan utjämna skillnaderna mellan socioekonomiska grupper på lång sikt.	Nationell och internationell nivå
<i>Levnads- och arbetsförhållanden</i>	Olika sektorer som hälso- och sjukvården, bostadsmarknaden och arbetsmarknaden.	Nationell och regional nivå
<i>Socialt stöd och sociala faktorer</i>	Faktorer som känslomässigt stöd och socialt skyddsnät exempelvis vid svåra livshändelser som sjukdom eller arbetslöshet.	Regional nivå
<i>Individuella livsfaktorer</i>	Individens levnadsvanor. Genom rådgivning i hälso- och sjukvården samt informationskampanjer kan levnadsvanor påverkas.	Nationell och regional nivå
<i>Ålder, kön, arv</i>	-	Oföränderliga

Förhållandet mellan bestämningsfaktorerna och hälsan är komplext och samma bestämningsfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Dessutom har faktorerna en inbördes verkan. Exempelvis påverkar politiska beslut individens livsvillkor som i sin tur påverkar möjligheten till hälsosamma levnadsvanor (Folkhälsomyndigheten, 2019b). De olika nivåerna påverkar och samverkar med varandra vilket innebär att samhällsinsatser som ska påverka folkhälsan bör tillsättas på flera olika nivåer; nationell nivå, regional nivå samt individnivå. På nationell nivå behövs åtgärdsprogram och lagstiftning som skapar goda förutsättningar för det lokala arbetet och som stödjer folkhälsan. På regional nivå handlar det om att skapa en trygg närmiljö samt en god social miljö. Slutligen på individnivå handlar insatserna om att uppmuntra och informera om goda levnadsvanor och aktivt deltagande i vaccinations- och screeningprogram (Dahlgren & Whitehead, 2007; Vårdanalys, 2016).



## 4.2 De vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna

Det som utmärker kroniska sjukdomar är att de varar under en hel livstid eller under mycket lång tid. Kroniska sjukdomar påverkas av individens levnadsvanor, ärftliga faktorer samt omgivning. De vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna är hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes samt vissa cancerformer såsom bröst-, prostata-, tjock- och ändtarmscancer (Socialstyrelsen, 2018a). Enligt Vårdanalys (2014) har nästan varannan svensk, mer specifikt 44 procent av befolkningen minst en kronisk sjukdom. Av de drabbade är var femte person under 20 år. Enligt Folkhälsomyndigheten (2019c) är dessa också de vanligast förekommande folksjukdomarna. Det som kännetecknar en folksjukdom är att den har en stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd under en viss tidsperiod samt att den förekommer i hög grad. Dessutom påverkar folksjukdomar samhällets funktioner och ekonomi då de påverkar individens arbetsförmåga samt behovet av sjukvård.

De flesta kroniska sjukdomar som bidrar till en stor del av sjukdomsburden i Sverige är möjliga att förebygga genom att förhindra ohälsosamma levnadsvanor hos befolkningen (Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård [HFS], 2015). Enligt WHO (2020) kan hälsosamma levnadsvanor förebygga 80 procent av alla hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes samt 40 procent av all cancer. Det innebär att förebyggande insatser som främjar goda levnadsvanor är grunden i all primärprevention av kronisk sjukdom (HFS, 2015).

PwC (2019) menar att kostnaderna för kroniska sjukdomar kan visa sig i direkta och indirekta kostnader. De direkta kostnaderna avser sjukvårdskostnader och de indirekta kostnaderna innefattar exempelvis kostnader till följd av sjukfrånvaro, förtidspension och förtida dödsfall. En stor del av kostnaderna för kroniska sjukdomar drabbar således inte endast hälso- och sjukvården utan även andra funktioner i samhället såsom socialförsäkringssystemet.

### 4.2.1 Hjärt- och kärlsjukdomar

Trots att hjärt- och kärlsjukdomar har minskat med över 30 procent det senaste decenniet förblir de den vanligaste dödsorsaken i Sverige. År 2018 stod hjärt- och kärlsjukdomar för 33 procent av alla dödsfall (Folkhälsomyndigheten, 2019a; Socialstyrelsen, 2019). Avtagandet av hjärt- och kärlsjukdomar har till stor del berott på medicinska framsteg tillsammans med förebyggande insatser som har resulterat i ett minskat tobaksbruk. Idag lever cirka en miljon svenskar med hjärt- och kärlsjukdomar och cirka 100 nya fall upptäcks varje dag. De två dominerade diagnoserna är hjärtinfarkt och stroke (HFS, 2015).

Enligt Hjärt-Lungfonden (2019) finns det en stark korrelation mellan ohälsosamma levnadsvanor och insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar. Sambandet är tydligast för långvarigt stillasittande, bristande fysisk motion, rökning samt vid högt intag av rött kött, socker och salt. Vidare tillägger HFS (2015) att risken att drabbas ökar med stigande ålder och vid lägre socioekonomiska förhållanden.

#### 4.2.2 Typ 2-diabetes

Enligt Nationella Diabetesregistret (NDR) är det cirka fyra procent av befolkningen som har typ 2-diabetes. Dessutom är mörkertalet stort då många får diagnosen flera år efter att de har fått sjukdomen. Idag beräknas 150 000 ha typ 2-diabetes utan att ha kännedom om det och omkring 10–15 procent av befolkningen beräknas ha prediabetes, ett förstadium som riskerar att utvecklas till typ 2-diabetes (Diabetesförbundet, 2017b). Sjukdomen ökar med stigande ålder och i dagsläget har 10–20 procent av personer över 65 år typ 2-diabetes. Dessutom finns det en stark korrelation mellan ohälsosamma levnadsvanor såsom fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor och utvecklingen av typ 2-diabetes (Diabetesförbundet, 2017b).

Diabetes är en livslång sjukdom som kräver stora insatser från både patienten och vården och därför är det viktigt att tidigt identifiera riskgrupper för sjukdomen (Aho, 2019). Om sjukdomen upptäcks vid ett tidigt stadium kan höga vårdkostnader sparas och mycket lidande undvikas (Aho, 2019). Exempelvis skriver Lundqvist, Andersson & Carlsson (2016) att om diabetes upptäcks innan symptom har hunnit utvecklas finns det en möjlighet att spara 31 000 kronor per patient.

#### 4.2.3 Cancer

Cancersjukdomar utgör ett av 2000-talets största hot mot hälsan trots den positiva utvecklingen i diagnostik och behandling som har introducerats de senaste åren (HFS, 2015). Cancer är idag den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige och står för 25 procent av dödsfallen (Socialstyrelsen, 2019). Det beräknas att var tredje person i Sverige kommer att få en cancerdiagnos under sin livstid. Vidare är det betydligt fler som insjuknar än dör i cancer och risken för att insjukna ökar med åldern (Socialstyrelsen, 2018b).

Beräkningar från WHO visar att var tredje cancerfall skulle kunna förebyggas med hjälp av hälsosamma levnadsvanor. De flesta fall av lungcancer är starkt relaterade till rökning (Socialstyrelsen, 2018b). Även matvanor har en stor betydelse för insjuknandet där exempelvis en hög konsumtion av rött kött och charkuterier är starkt förknippade med tjock- och ändtarmscancer (Socialstyrelsen, 2018b).

Vidare visar fysisk inaktivitet en ökad risk för cancer där vart nionde fall av bröstcancer och var tionde fall av tarmcancer i Europa är kopplade till att människor rör sig för lite (Socialstyrelsen, 2018b).

### 4.3 Levnadsvanor

De fyra ohälsosamma levnadsvanor som utgör de största riskfaktorerna för samhällets stora kroniska sjukdomar är: ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk samt riskbruk av alkohol. Socialstyrelsens (2018b) definition av en ohälsosam levnadsvana kan ses i figur 4.2.

<b>Ohälsosamma matvanor</b>	Låga poäng (0–4 poäng av 12 möjliga) på Socialstyrelsens kostindex som innefattar en enkät som mäter hur ofta en person äter grönsaker, frukt och bär, rotfrukt, fisk och skaldjur samt kaffebröd, choklad, godis, läsk och saft.
<b>Otillräcklig fysisk aktivitet</b>	Vardagsmotion som varar mindre än 150 minuter eller fysisk träning som varar mindre än 75 minuter i veckan. Långvarigt stillasittande bör undvikas genom att ta regelbundna pauser med någon form av muskelaktivitet.
<b>Tobaksbruk</b>	Daglig rökning eller snusning
<b>Riskbruk av alkohol</b>	Hög genomsnittlig konsumtion av alkohol (14 standardglas per vecka för män och 9 standardglas för kvinnor) eller konsumtion av stora mängder alkohol minst en gång i månaden (5 respektive 4 standardglas vid samma tillfälle).

**Figur 4.2** Definitionen av en ohälsosam levnadsvana Socialstyrelsens (2018b).

Cirka en femtedel av den samlade sjukdomsbördan i Sverige kommer från dessa ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018d). Enligt Socialstyrelsen (2018c) är ohälsosamma levnadsvanor vanligt förekommande hos en stor andel av Sveriges befolkning. Två tredjedelar av alla män och hälften av alla kvinnor lever idag med minst en ohälsosam levnadsvana. Vid flera ohälsosamma levnadsvanor skapas en synergieffekt vilket innebär att den slutgiltiga risken blir större än summan av risken från de enskilda levnadsvanorna (Socialstyrelsen, 2018c).

Det finns ett starkt samband mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor där sämre socioekonomiska förhållanden, sett utifrån utbildningsnivå, är förenade med ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och tobaksbruk (Folkhälsomyndigheten, 2018). Enligt Livsmedelsverket (2016) uppkommer hälsosamma matvanor i större utsträckning hos personer med god socioekonomisk ställning där exempelvis personer med eftergymnasial utbildning är tre till fyra gånger mer benägna att äta grönsaker än personer med enbart förgymnasial utbildning. Vidare anger Folkhälsomyndigheten (2018) att personer med eftergymnasial utbildning är i högre utsträckning fysiskt aktiva och har ett mindre stillasittande fritid jämfört med de med förgymnasial utbildning.

Dessutom följer rökvanor samma trend. I gruppen med eftergymnasial utbildning röker fyra procent av kvinnor och män. Motsvarande andel i gruppen med förgymnasial utbildning är 19 procent av kvinnorna och 16 procent av männen (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Hälsosamma levnadsvanor bidrar till en förbättrad livskvalité och en förlängd livslängd. I en amerikansk studie visar det sig att en hälsosam livsstil kan förlänga medellivslängden med 14 år (Socialstyrelsen, 2018d).

## 5 Hälso- och sjukvården i Sverige

*Följande kapitel innefattar en litteraturstudie kring hälso- och sjukvården i Sverige. Den organisatoriska uppbyggnaden presenteras för att ge en förståelse för hälso- och sjukvårdens styrning. Vidare presenteras hälso- och sjukvårdens utmaningar förknippade med kroniska sjukdomar samt Region Skånes omställningsarbete.*

*I detta kapitel besvaras den fetstilta delen av följande forskningsfråga:*

***1. Vilka utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar finns i nuläget i Skånes hälso- och sjukvård samt hur kan primärprevention användas för att motverka dessa?***

### 5.1 Organisatorisk uppbyggnad

Enligt Vetenskapsrådet (2018), som är Sveriges största myndighet för grundläggande vetenskaplig forskning, är ansvaret för hälso- och sjukvården i Sverige fördelat mellan tre administrativa nivåer: staten, regioner och kommuner. De tre nämnda administrativa nivåerna styrs av politiker som väljs av Sveriges medborgare under politiska val (Vetenskapsrådet, 2018). Därutöver styrs hälso- och sjukvården i Sverige av hälso- och sjukvårdslagen där det övergripande målet som ska följas av samtliga vårdgivare, regioner och kommuner är följande:

I 3 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) står det att:

*” Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. De som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”*

I prop. 1996/97:60 uttrycks tre etiska grundprinciper som avser riktlinjer för prioriteringar i den svenska hälso- och sjukvården (Larsson, 2005, s.2):

- **Människovärdesprincipen.** ”Att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället”.
- **Behovs- och solidaritetsprinciper.** ”Att resurserna i första hand bör fördelas till områden (verksamheter, individer) där behoven är störst”.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen.** ”Att man vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet”.

### 5.1.1 Staten

Statens funktion är att etablera principer och riktlinjer för hälso- och sjukvården samt att bestämma den generella politiska agendan. Det genomförs via lagstiftning och förordningar eller via uppgörelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (Vetenskapsrådet, 2018). Sveriges kommuner och regioner är en politisk styrd medlems- och arbetsgivarorganisation där samtliga kommuner och regioner i Sverige är medlemmar (SKR, 2020).

Socialdepartementet är ett departement under Sveriges regering som ansvarar för att uppfylla de mål inom hälso- och sjukvård som riksdagen och regeringen har satt. De har även ansvaret för iordningställande av statens budget gällande folkhälsa och sjukvård. Socialdepartementet har även flertal myndigheter under sig som stödjer deras verksamhet, däribland Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt Socialstyrelsen (Vetenskapsrådet, 2018).

### 5.1.2 Regionerna

Ansvar för att organisera hälso- och sjukvården, så att samtliga medborgare har tillgång till god vård, sköts av Sveriges 21 regioner (Vetenskapsrådet, 2018). Regionerna styrs av de politiker som röstas fram av regionens invånare vid val. Alla regioner kan enligt det kommunala självstyret, som är en princip som är inskriven i regeringsformen, skräddarsy sin verksamhet så att den passar de förutsättningar varje enskild region har. Självfallet styrs dock regionerna av de ramar som bestäms av riksdag och regering. För att se till att ramarna hålls inspekteras regionerna av Inspektionen för vård och omsorg (Vetenskapsrådet, 2018).

### 5.1.2.1 Region Skåne

Hur de olika regionerna är organiserade kan se olika ut till följd av det kommunala självstyret. Regionfullmäktige är det högsta beslutande organet inom Region Skåne och består av 149 politiskt tillsatta ledamöter (Region Skåne, 2020f). De fattar beslut i regionernas viktigaste frågor, till exempel budget och inriktning. Vidare utser regionfullmäktige en regionstyrelse som kan ses som "Skånes regering" vars uppdrag är att leda och koordinera förvaltningen av Region Skånes intressen (Region Skåne, 2020f). Under regionfullmäktige sköts enskilda sakområden inom regionens verksamhet av olika politiska nämnder: hälso- och sjukvårdsnämnden, regionala utvecklingsnämnden, kollektivtrafiknämnden, habiliterings- och hjälpmedelsnämnden, servicenämnden, kulturnämnden samt personalnämnden (Region Skåne, 2018). Regionstyrelsen har även ansvaret för tillsyn över nämnders verksamhet (Region Skåne, 2020f).

Hälso- och sjukvårdsnämnden är det organ som har ansvaret för bedömningen av Skånes behov av hälso- och sjukvård och har flera politiska organ under sig (Region Skåne, 2018). Exempelvis finns tre olika sjukvårdsnämnder: Skånes sjukhus nordväst, Skånes sjukhus nordost samt Skånes universitetssjukvård. Ytterligare organ som står under hälso- och sjukvårdsnämnden är primärvårdsnämnden, psykiatri- och habiliteringsnämnden samt medicinsk service (Region Skåne, 2018).

Förutom de politiska nämnderna har Region Skåne även ett koncernkontor på cirka 600 medarbetare som kan ses som Region Skånes "huvudkontor", vars uppdrag är att stödja regionstyrelsen (Region Skåne, 2020c). På koncernkontoret finns en avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning på 140 personer som stödjer politikerna i att utveckla och analysera hälso- och sjukvården i Skåne. Anställda på avdelningen är främst hälso- och sjukvårdsstrateger men även apotekare och läkare som bistår med medicinsk rådgivning och handläggning (Region Skåne, 2020a).

Totalt sett tilldelades Region Skåne år 2019 41,1 miljarder kronor varav 88,1 procent av dem tilldelades hälso- och sjukvården. Region Skånes intäkter kommer till största del från regionskatten men regionerna blir även tilldelade bidrag från staten (Region Skåne, 2020b; Vetenskapsrådet, 2018).

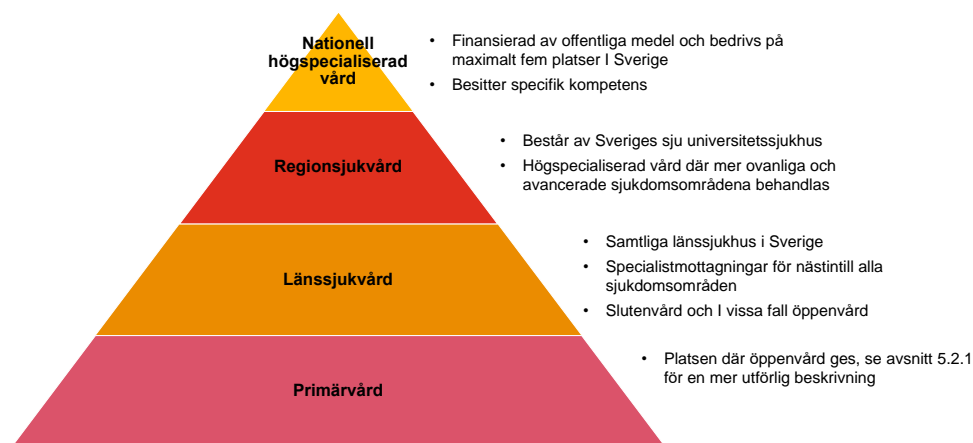
### 5.1.3 Kommunerna

Kommunerna har ansvaret för äldreomsorg, vård till medborgare med funktionsnedsättningar, skolhälsovården samt stöd och service till medborgare som är färdigbehandlade och utskrivna från de regionala sjukhusen (Vetenskapsrådet, 2018). Kommunfullmäktige är det högsta beslutande organet i kommunen och tar beslut gällande kommunens inriktning, verksamhet och ekonomi.

Kommunfullmäktige utser även kommunstyrelsen som leder och samordnar arbetet i kommunen. Kommunerna styrs av statens riktlinjer och har kommunalt självstyre, precis som regionerna (Vetenskapsrådet, 2018).

## 5.2 Vårdkedjan

Enligt Vetenskapsråden (2018) är Sverige uppbyggt av olika typer av vårdenheter som tillsammans benämns som vårdkedjan. Vårdkedjan innefattar primärvården, länsjukvården, regionsjukvården samt den nationella högspecialiserade vården, se figur 5.1. En vårdenhet kan bedriva öppenvård eller slutenvård. Slutenvård sker då en patient är inlagd på en vårdavdelning medan öppenvård sker utan inläggning (Vetenskapsrådet, 2018). Primärvården presenteras mer utförligt då de har det främsta ansvaret för det preventiva arbetet.



Figur 5.1 Sveriges vårdkedja (Vetenskapsrådet, 2018).



### 5.2.1 Primärvård

Vid primärvården sker ingen avgränsning gällande typ av sjukdom, ålder eller patientgrupp. Primärvården har ansvaret för behovet av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, preventivt arbete samt rehabilitering som inte kräver de medicinska och tekniska resurserna samt kompetenserna som finns på sjukhusen (Vetenskapsrådet, 2018).

Primärvården utgörs av vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, husläkarmottagningar och familjeläkarmottagningar (Vetenskapsrådet, 2018). Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionerna en skyldighet att införa vårdvalssystem vilket innebär att det ska vara frivilligt för medborgare att välja vilken vårdgivare i primärvården de vill vända sig till. Det är även möjligt att som privat vårdgivare etablera sig i primärvården om vissa förutbestämda krav uppfylls. Det finns även rätt till offentlig ersättning för de uppdrag den privata vårdgivaren utför. Primärvårdsanläggningar är därav både privata och offentliga (Vetenskapsrådet, 2018).

Anställda på vårdcentraler utges främst av allmänläkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer. Om vårdcentralen inte kan uppfylla en patients behov av vård skickas en remiss till sjukhus för vidare specialishjälp (Vetenskapsrådet, 2018).

## 5.3 Hälso- och sjukvårdens utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar

Dagens hälso- och sjukvårdssystem är förknippat med ett antal ineffektivitetsproblem av olika karaktär (SOU 2016:2). För det första råder det vårdplatsbrist och överbeläggningar på många sjukhus runtom i landet vilket har lett till en bristande vårdkvalitet. För det andra är sjukvårdssystemet uppbyggt efter en utdaterad logik som inte är anpassad efter dagens behov. I dagsläget är det uppbyggt i stuprör efter enskilda sjukdomstillstånd vilket historiskt sett har givit positiva resultat men dagens sjukdomspanorama ser annorlunda ut. Exempelvis kan uppdelningen inte ta hand om komplexa tillstånd som multisjuklighet där samverkan av olika vårdaktörer är signifikant (SOU 2016:2). Dessutom kräver kroniska sjukdomar en långvarig vård vilket inte heller passar systemets struktur. För det tredje är uppdragsfördelningen ojämn mellan sjukhusakuten och primärvården. Sjukvården har länge haft ett fokus på att behandla akuta sjukdomstillstånd och patienter söker sig i första hand till sjukhusakuten istället för primärvården vilket har bidragit till överbeläggningen på sjukhusen (SOU 2016:2).

Slutligen är inte vården organiserad efter patientens egenskaper och behov och i dagsläget uppmuntras inte patienten att ta ansvar för och vara delaktig i sin egen vård (SOU 2016:2; Vårdanalys, 2014). Bristen av patientmedverkan medför bristande vårdkvalitet, onödig vårdkonsumtion men också onödiga kostnader (Vårdanalys, 2014).

Andelen personer med kroniska sjukdomar är störst bland äldre då förekomsten ökar med åldern. Idag tros det att 85 procent av personer över 65 år har minst en kronisk sjukdom och 66 procent har två eller flera (Vårdanalys, 2014). Dessutom är förekomsten av kroniska sjukdomar starkt relaterade till ohälsosamma levnadsvanor, se kapitel 4. Under det närmaste decenniet står Sverige inför en åldrande befolkning och eftersom en stor andel av befolkningen lever med ohälsosamma levnadsvanor finns det inga tecken på att utvecklingen av kroniska sjukdomar kommer att avta (Vårdanalys, 2014).

Enligt SKR (2019a) förväntas antalet personer över 80 år att öka med 47 procent under de närmaste tio åren medan antalet personer i arbetsför ålder kommer endast att öka med fem procent. Det tyder på att skatteintäkterna och sysselsättningen inte kommer att tillfredsställa de växande behoven (SKR, 2019a). Om de senaste decenniernas kostnadsökning, i genomsnitt en procent årligen utöver demografins krav, fortsätter i samma takt kommer skattesatsen för kommuner och regioner att behöva öka i genomsnitt med 13 kronor fram till 2035 enligt SKR (2010). Skattehöjningar i den storleksordningen är inte genomförbara i praktiken. Eftersom hälso- och sjukvården förknippas med cirka en tredjedel av dessa skattehöjningar innebär det att ett effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården bör tillämpas för att klara av den demografiska utmaningen (SKR, 2010).

Enligt Vårdanalys (2014) använder personer med kroniska sjukdomar fyra till sex gånger mer sjukvård än personer med andra sjukdomar baserat på sjukvårdskostnaden. Vård och behandling av kroniska sjukdomar står idag för 80–85 procent av hälso-och sjukvårdens kostnader och de står även för majoriteten av ersättningskostnader vid sjukfrånvaro. På grund av den växande andelen personer med kroniska sjukdomar förväntas utgifterna för hälso- och sjukvården att öka. Under perioden 2010–2050 förväntas sjukvårdskostnaderna att öka med 30 procent medan kostnaderna för äldreomsorgen med 70 procent. Dessutom förväntas antalet personer med svår ohälsa att öka med 45 procent under samma period. Det tyder på att den nuvarande kostnadsökningen inte är långsiktig hållbar (Vårdanalys, 2014).

SKR (2019c) skriver i sin hälso- och sjukvårdsrapport att även kompetensförsörjningen inte kommer att kunna växa i samma takt som behoven av sjukvård. Under en tioårsperiod kommer antalet anställda att behöva öka med 4000 personer årligen om inga förändringar i arbetssätt sker för att kunna möta de demografiska förändringarna. Dessutom förväntas cirka 8000 vårdanställda att gå i pension årligen under samma period. Rekryteringsläget är redan i dagsläget besvärligt och eftersom antalet människor i arbetsför ålder ökar i en lägre takt än antalet som går i pension kommer det att bli ännu svårare (SKR, 2019c).

## 5.4 Region Skånes omställningsarbete

Region Skåne (2018) skriver i sin årsredovisning att den demografiska utvecklingen ställer nya krav på hur hälso- och sjukvården bör utvecklas för att kunna möta de nya behoven. Ett preventivt och hälsofrämjande arbetssätt tillsammans med en högkvalitativ och effektiv vård utgör viktiga framgångsfaktorer för att kunna möta denna förändring (Region Skåne, 2018).

Region Skåne har påbörjat ett omställningsarbete där framtidens hälsosystem ska utvecklas utifrån målet ”Bättre hälsa för fler” (Region Skåne, 2018). Målet avser att öka vårdtillgängligheten och förbättra befolkningens hälsa, vårdkvaliteten samt patienters och medarbetares vårdupplevelse. En signifikant del av arbetet handlar om att skapa ett perspektivskifte som avser hur vården betraktar patienten. Patienten bör ses som mer än bara mottagare av vård och bör involveras i större grad i beslut om sin egen hälsa (Region Skåne, 2018).

Enligt Region Skåne (2019a) har projektet ”Den nära vården” initierats för att uppnå målet ”Bättre hälsa för fler” och för att klara av framtidens utmaningar och behov. Nära vård innebär att vårdgivare ska finnas nära patienten både ur en geografisk och relationsmässig synvinkel. Arbetet innefattar skiftet till en mer personcentrerad vård samt införandet av förebyggande insatser där primärvården har en central roll. Arbetet inkluderar även ett försök till att öka samverkan mellan olika vårdaktörer som specialistvård, primärvård och kommunal vård- och omsorg för att kunna uppnå en vård utan gränser (Region Skåne, 2019a).

Enligt Region Skånes årsredovisning (2018) har regionen åtta övergripande verksamhetsmål som avser att följa upp hälso- och sjukvårdens resultat. Det första målet innebär en mer jämlik hälso- och sjukvård och går ut på att Region Skåne ska konkretisera värdet av en ökad jämlikhet för att skapa ett mer kunskapsbaserat och målinriktat arbete. I dagsläget bedrivs ett flertal arbeten för att lyfta fram omotiverade skillnader i vården (Region Skåne, 2018).

Det andra målet innebär digitalisering för framtidens sjukvård. Den digitala utvecklingen möjliggör en ökad tillgänglighet av vård och skapar närhet på distans. Medvetenheten om digitaliseringen ökar bland både patienter och personal där användningen av e-tjänster ökar till följd av den tekniska utvecklingen (Region Skåne, 2018; Region Skåne 2019a).

Det tredje målet innebär en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård och avser att det systematiska arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande ska fortgå i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Region Skåne, 2018). Vid Region Skånes kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention utvecklas det hälsoinriktade arbetet genom kompetens- och verksamhetsutveckling, utbildningsinsatser och verksamhetsbesök i primärvården (Region Skåne, 2018).

Det fjärde målet innebär en mer personcentrerad vård och avser att öka patientens förtroende för hälso- och sjukvården via en förbättrad tillgänglighet, information, mottagande och delaktighet (Region Skåne, 2018).

Vidare innebär de sista fyra målen en mer säker, tillgänglig, kunskapsbaserad och effektiv hälso- och sjukvård (Region Skåne, 2018). Den rådande bristen på sjuksköterskor i Region Skåne leder till brist på vårdplatser och operationskapacitet och i dagsläget pågår det ett arbete för att optimera kapacitet och kompetensförsörjning. Slutligen pågår förbättringsarbeten inom verksamheten för att åstadkomma en högre kvalitet till en lägre kostnad med en förbättrad arbetsmiljö (Region Skåne, 2018).

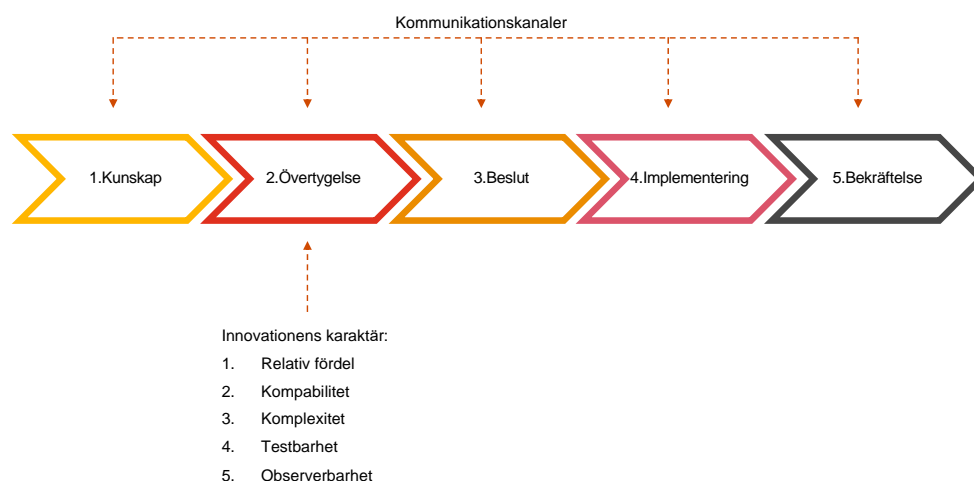
## 6 Konceptuellt Ramverk

*Följande kapitel innefattar en beskrivning av de teorier och modeller som kommer att användas i analysen för att få en förståelse för spridningen av preventiva insatser. Modellerna behandlar diffusion av innovationer och Health Belief Model.*

### 6.1 Diffusion av innovationer

Teori kring hur snabbt en innovation sprider sig och vad som påverkar spridningen av nya innovationer är relevant för arbetet för att få en förståelse för hur primärprevention kan få spridning i Skåne.

Enligt Rogers (2003) är diffusion av innovationer benämningen av teorin bakom hur nya idéer, attityder, åsikter och beteenden sprids i ett samhälle. Modellen identifierar de faktorer som påverkar hur en idé eller ett beteende sprids och anammas av deltagarna i ett socialt system (Rogers, 2003).



**Figur 6.1 Innovations-beslutsprocessen (Rogers, 2003).**

Beslutsprocessen som en individ går igenom vid anammandet av en innovation kan ses i figur 6.1 (Rogers, 2003). Processen påbörjas med att kunskapen om en innovation finns, till att en uppfattning om innovationen bildas vilket beror på innovationens karaktär, till att ett beslut fattas om att avvisa eller anamma innovationen, till att implementera den och för att till sist bekräfta beslutet (Rogers, 2003). Hur snabbt diffusionen av en innovation sker beror på innovationens karaktär, kommunikationskanaler, tid och det sociala systemet (Rogers, 2003). Samtliga begrepp förklaras ytterligare i resterande avsnitt.

#### *6.1.1.1 Innovationens karaktär*

En innovations karaktär som uppfattas av medlemmarna i ett socialt system bestämmer adoptionsgraden, vilket är ett begrepp som avser hur snabbt en innovation anammas (Rogers, 2003). Enligt Rogers (2003) finns det fem karaktärsdrag som påverkar en innovations adoptionsgrad:

- **Relativ fördel**, vilket innebär hur bra en innovation är jämfört med en konkurrerande innovation eller en tidigare version av en innovation. Den relativa fördelen anses vara den viktigaste variabeln till adoption.
- **Kompabilitet**, vilket innebär hur kompatibel en innovation är med adoptörens liv och livsstil.
- **Komplexitet**, vilket innebär hur svårt det är att få förståelse för den nya innovationen och hur den ska användas.
- **Testbarhet**, vilket innefattar hur enkelt det är för människan att testa innovationen.
- **Observerbarhet**, vilket innebär hur synlig en innovations resultat eller fördelar är för människan.

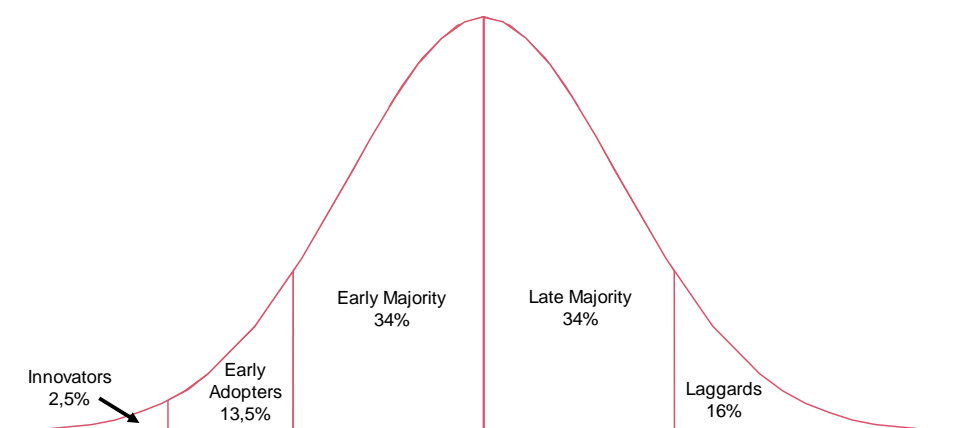
En innovation som har en hög relativ fördel, hög kompabilitet, låg komplexitet, hög testbarhet och hög observerbarhet anses ha en högre adoptionsgrad (Rogers, 2003).

### 6.1.1.2 Kommunikationskanaler

Förutom nämnda faktorer påverkar även kommunikation spridningen av en innovation. Kommunikationskanaler kan exempelvis vara massmedia såsom tv, radio och tidningar men även mänsklig kommunikation mellan två eller flera individer. Via massmedia kan en inledande kunskap om innovationen marknadsföras och därav påverka adoptionsgraden. Även mänsklig kommunikation anses påverka adoptionsgraden då individen anpassar sin attityd till en innovation utefter subjektiva utvärderingar från de delar av samhället som redan har anammat innovationen. (Rogers, 2003).

### 6.1.1.3 Tid

Hur väl en innovation tas emot av människor eller annan beslutsfattande enhet sker olika snabbt och därav kan det sociala systemet delas in i olika kategorier efter tiden det tar för innovationen att anammas, se figur 6.2. Figuren visar hur innovationer sprids i ett socialt system och den består av fem adoptionskategorier över en normalfördelningskurva (Rogers, 2003).



Figur 6.2 Diffusion av innovation (Rogers, 2003).

Vid innovationens början tar det lång tid för människan att anamma det nya beteendet. Successivt med tiden börjar innovationen bli mer accepterad i samhället och fler människor anammar beteendet och därmed ökar adoptionshastigheten. När beteendet börjar anses som trivialt och färre nya adoptörer tillkommer minskar adoptionshastigheten (Rogers, 2003).

*Innovators* utgör de första 2,5 procenten som anammar innovationen och dessa är mer riskbenägna och välutbildade än resterande kategorier. *Early adopters* är de nästa 13,5 procenten som anammar innovationen och det är den kategorin som har ett stort inflytande över potentiella adoptörer och blir ofta rådfrågade om innovationen (Rogers, 2003).

*Early majority* är de nästa 34 procenten som anammar innovationen och dessa fungerar som en länk mellan de riskbenägna och de skeptiska kategorierna. *Late majority* är de ytterligare 34 procenten som anammar innovationen när en majoritet har beprövat den. *Laggards* är de sista 16 procenten i ett socialt system som adopterar en innovation. De accepterar endast en ny idé om deras personliga relationer redan har anammat innovationen och är nöjda med den. Kommunikationskanaler kan fortskynda människors beteende och hur snabbt en innovation sprids. Det kan göra en innovation mer populär och därmed även skapa en brantare kurva än vad figuren visar (Rogers, 2003).

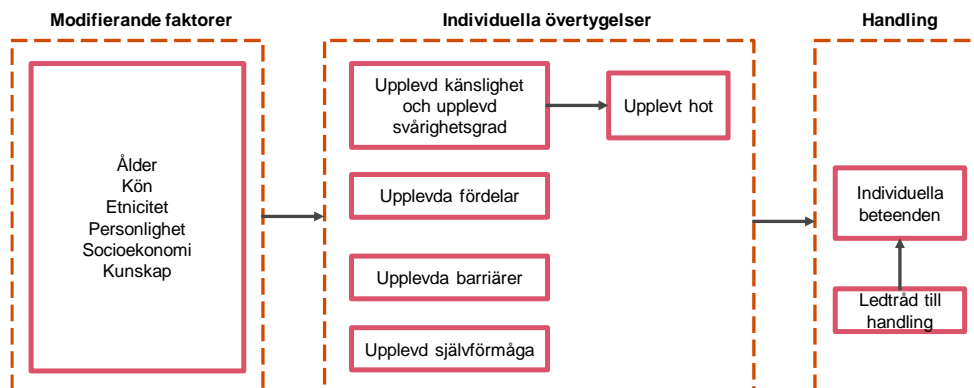
#### 6.1.1.4 Sociala systemet

Det sista elementet i diffusionsprocessen är det sociala systemet som innebär en kombination av externa och interna influenser. Externa influenser kan vara massmedia, opinionsledare och politiker medan interna influenser syftar främst till sociala relationer. Diffusionen av en innovation påverkas av den sociala strukturen och kombinationen mellan interna och externa influenser i ett socialt system. Exempelvis spelar opinionsledare och politiker en signifikant roll hur attraktiv en innovation anses vara. Detta eftersom medborgare litar på dem och de verkar som förebilder kring huruvida ett nytt beteende ska anammas eller inte. Dessutom sprids innovationer snabbare i ett samhälle som är öppet för nya idéer och där medborgare enkelt träffas och utbyter information (Rogers, 2003).

## 6.2 Health Belief Model

Health Belief Model (HBM), se figur 6.3, har använts för att få förståelse för individers hälsobeteende och för vad som behöver uppfyllas för att en människa ska anamma preventiva insatser. Det är en så kallad social kognitiv modell och används ofta vid utveckling av förebyggande insatser (Champion & Skinner, 2008). HBM utvecklades av psykologer under 50-talet i USA med avsikten att försöka förklara varför människor inte medverkar i preventiva sjukvårdsprogram. (Champion & Skinner, 2008).





Figur 6.3 Illustration över Health Belief Model (Champion & Skinner, 2008).

Modellen kan ses i figur 6.3. Faktorerna längst till vänster i figuren kan påverka människans uppfattning om sin hälsa (Champion & Skinner, 2008). De individuella övertygelserna, som utgör de viktigaste faktorerna i HBM, tillsammans med *ledtrådar till handling* leder till det individuella beteendet. (Champion & Skinner, 2008). Modellen baseras främst på de individuella övertygelserna som i sin tur baseras på sex koncept: upplevd känslighet, upplevd svårighetsgrad, upplevda fördelar, upplevda barriärer, ledtrådar till handling och upplevd självförmåga (Champion & Skinner, 2008).

**Upplevd känslighet** handlar om människans subjektiva bedömning av risken för att utveckla en sjukdom. En kvinna måste exempelvis först tro att hon kan utveckla bröstcancer innan hon blir intresserad av att göra en mammografi (Champion & Skinner, 2008).

**Upplevd svårighetsgrad** handlar om människans subjektiva bedömning av allvarlighetsgraden av ett hälsotillstånd och dess potentiella konsekvenser. Det innefattar både medicinska och kliniska konsekvenser som dödsfall, funktionshinder och smärta samt sociala konsekvenser som arbete, familjeliv och sociala relationer (Champion & Skinner, 2008).

Kombinationen av upplevd känslighet och upplevd svårighetsgrad benämns som upplevt hot. Ett högre upplevt hot ökar sannolikheten för deltagande i preventiva insatser (Champion & Skinner, 2008).

**Upplevda fördelar** anta att en individ bedömer sitt hälsotillstånd som ett upplevt hot. Om denna uppfattning leder till en beteendeförändring beror på individens upplevda fördelar med att göra en hälsoåtgärd. Även faktorer som inte är hälsorelaterade såsom ekonomiska besparingar eller förbättrade sociala relationer bedöms vara upplevda fördelar. Människan kommer aldrig att anamma preventiva insatser om de inte uppfattas som potentiellt fördelaktiga (Champion & Skinner, 2008).

**Upplevda barriärer** innebär att de potentiella barriärerna med att genomföra en hälsoåtgärd kan även hindra en beteendeförändring. Vid övervägandet av en hälsoåtgärd, genomgår människan omedvetet en nyttokostnadsanalys där förväntade fördelar vägs mot förväntade kostnader. Upplevda barriärer med en hälsoåtgärd kan vara kostnader, negativa biverkningar, smärta eller att den tar mycket tid (Champion & Skinner, 2008).

**Ledtrådar till handling** innebär att motivationen till att göra en hälsoåtgärd kan förstärkas av andra faktorer, så kallade ”ledtrådar”, som kan initiera handling (Champion & Skinner, 2008). Ledtrådarna kan dels vara interna vilket innebär fysiologiska händelser såsom smärta och symptom. Men de kan även vara externa vilket innebär händelser från omgivningen såsom information från media och hälso- och sjukvården (Carpenter, 2010).

**Upplevd självförmåga** handlar om individens uppfattning om sin egen förmåga att framgångsrikt kunna genomföra en beteendeförändring. (Champion & Skinner, 2008).

Enligt HBM anammar människor preventiva insatser om nämnda koncept är uppfyllda (Champion & Skinner, 2008). Med andra ord, om människor ser sig själva som mottagliga för en sjukdom (upplevd känslighet), tror att sjukdomen skulle kunna ge allvarliga konsekvenser (upplevd svårighet), tror att de upplevda fördelarna med att genomföra åtgärden överväger de upplevda barriärerna och har en upplevd självförmåga kommer de troligtvis att vidta de åtgärder som krävs för att minska risken att utveckla sjukdom (Champion & Skinner, 2008).

Vidare kan även demografiska, psykosociala samt strukturella faktorer påverka uppfattningar och därmed indirekt även påverka hälsorelaterade beteenden (Champion & Skinner, 2008). Människans upplevda känslighet, upplevda svårighetsgrad, upplevda fördelar och upplevda barriärer påverkas av dessa faktorer där sociodemografiska faktorer så som utbildningsnivå tros ha en särskild effekt på beteendet (Champion & Skinner, 2008).

## 7 Primärprevention i Sverige

*Följande kapitel innefattar en litteraturstudie tillsammans med sammanställd empiri om hur Sverige arbetar med primärprevention men även mer specifikt om hur primärpreventiva insatser bedrivs i Skåne. Då primärvården har det främsta ansvaret över primärpreventiva insatser presenteras endast det regionala arbetet med primärprevention i Skåne.*

*I detta kapitel besvaras följande forskningsfråga:*

### **2.1 Hur arbetar Skånes hälso- och sjukvård med primärprevention i dagsläget?**

### 7.1 Aktörer i det förebyggande arbetet

Det förebyggande arbetet är instiftat i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. Enligt 3 kap. 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska "hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa". Uppdraget att arbeta förebyggande inom hälso- och sjukvården har funnits med sedan 1983. Dessutom ska även patienter informeras om sjukdomsförebyggande insatser enligt patientlagen (SFS 2014:821).

Enligt Socialstyrelsen (2018a) har ansvaret för det primärpreventiva arbetet sedan länge legat på den regionala hälso- och sjukvården och det yttersta ansvaret har primärvården haft. Inom primärvården finns även barn- och mödrahälsovården som bedriver förebyggande insatser åt barn och gravida kvinnor. Dessutom bedriver även kommunal vård- och omsorg förebyggande insatser av olika slag. Det förebyggande arbetet bedrivs även på nationell nivå där två aktörer har en betydande roll. Den ena är Socialstyrelsen som har tagit fram nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018a).

Den andra är Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård som är ett medlemsnätverk för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete där samtliga regioner är medlemmar (Skogström, 2020). Nämnade aktörer presenteras mer utförligt i nedanstående avsnitt.

### **7.1.1 Socialstyrelsen**

Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2018d) ger rekommendationer för åtgärder till följande fyra ohälsosamma levnadsvanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. Syftet med åtgärderna är att förhindra och behandla sjukdomar samt att förbättra folkhälsan genom att stödja en beteendeförändring hos patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsens uppdrag sedan 2011 är att stödja införandet av riktlinjerna i de regioner som genomför utvecklingsarbete i primärvården för ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018d).

Riktlinjerna är avsedda för beslutsfattare, politiker och verksamhetschefer inom regional och kommunal hälso- och sjukvård samt tandvård (Socialstyrelsen, 2018d). Riktlinjerna ska fungera som ett beslutsunderlag för lednings- och styrningsfrågor. Exempelvis ska riktlinjerna hjälpa till vid fördelning av resurser eller ändrade arbetssätt. Riktlinjerna understryker att individer i följande riskgrupper bör prioriteras att få förebyggande insatser: vuxna med särskild risk exempelvis på grund av sjukdom eller andra riskfaktorer, vuxna som ska genomgå en operation, barn och unga samt gravida. Råd och stöd för att förändra levnadsvanor bör dock inte begränsas till endast dessa grupper och hälso- och sjukvårdens förebyggande åtgärder bör nå ut till vuxna generellt (Socialstyrelsen, 2018d).

### **7.1.2 Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård**

HFS är ett nätverk med uppdraget att främja utvecklingen av en förebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård för patient, medarbetare och befolkning. Nätverket består idag av Sveriges samtliga regioner med syftet att respektive region ska kunna dela med sig av lärdomar och material kring förebyggande och hälsofrämjande insatser (Skogström, 2020).

### **7.1.3 Primärvården**

Som tidigare nämnt i avsnitt 5.2.1 har primärvården det övergripande ansvaret för preventivt arbete (Vetenskapsrådet, 2018). Enligt Socialstyrelsen (2016a) är det förebyggande uppdraget formulerat på olika sätt hos regioner vilket innebär att det finns variationer kring hur respektive region arbetar primärpreventivt.

Vissa regioner har mer övergripande krav på att vårdcentraler ska ha ett systematiskt arbetssätt kring prevention medan andra regioner har mer specifika krav som att de ska erbjuda hälsosamtal och åtgärder till identifierade ohälsosamma levnadsvanor hos patienter. År 2016 var det fler än hälften av regionerna som hade krav på att vårdcentralerna skulle arbeta i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2016a).

#### *7.1.3.1 Barnhälsovården*

Barnhälsovårdens uppdrag är *”främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn och tidigt identifiera problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö”* (Socialstyrelsen, 2014, s.43). Det sker enligt Vårdanalys (2016) genom att erbjuda hälsoundersökningar, vaccinationer och stöd till föräldrar. Hälsobesöken på barnavårdscentraler avser att nå samtliga barn, oavsett om föräldrarna själva aktivt har sökt hjälp. Det har barnhälsovården lyckats med då de har en täckningsgrad på 99 procent (Vårdanalys, 2016).

#### *7.1.3.2 Mödrahälsovården*

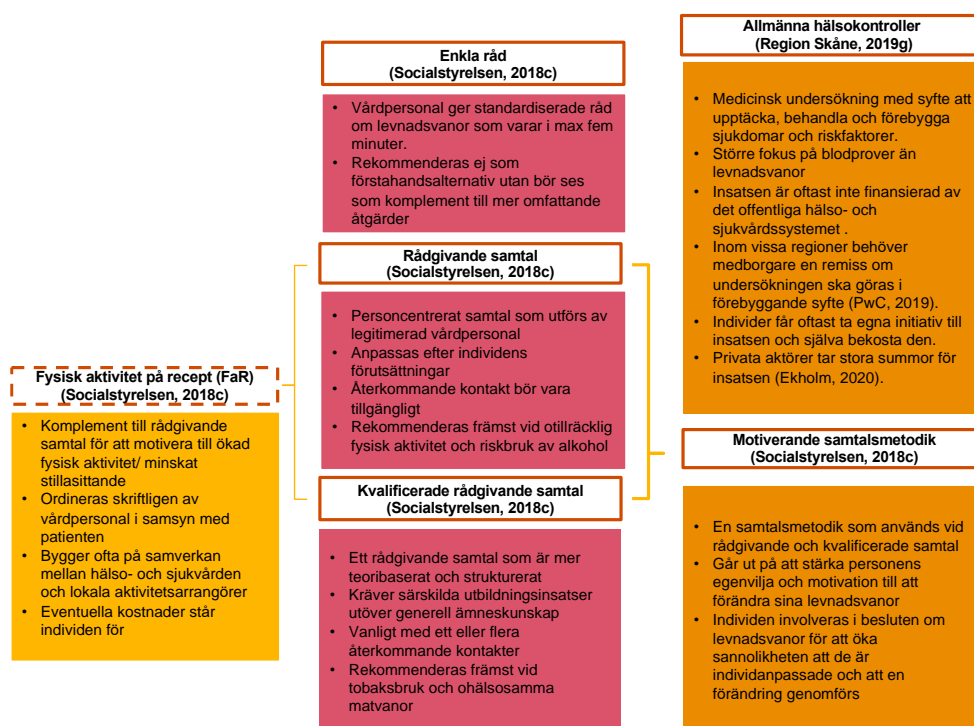
Mödrahälsovårdens uppdrag är att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan hos den gravida kvinnan. Detta görs genom att identifiera risker för ohälsa och erbjuda förebyggande insatser som exempelvis hälsokontroller till alla blivande mammor. Mödrahälsovården bör även uppmärksamma förändringar i närsamhället som kan påverka hälsan hos kvinnor (Svenska förening för Obstetrik och Gynekologi, 2016).

### **7.1.4 Kommuner**

Kommuner ansvarar för en stor del av de välfärdstjänster som påverkar befolkningens hälsa under en livstid. Genom sin stora kontaktyta med olika målgrupper inom förskola, skola, fritidsverksamheter, omsorgsverksamheter och Socialtjänsten har de möjlighet att arbeta förebyggande för att motverka ohälsosamma levnadsvanor inom flera samhällsstrukturer (Folkhälsomyndigheten, 2018).

## 7.2 Förebyggande metoder och arbetssätt

Enligt Socialstyrelsen (2018a) finns det i dagsläget ingen etablerad primärpreventiv insats som är avsedd för att förbättra den generella hälsan hos den vuxna befolkningen. Merparten av åtgärderna är riktade till en specifik målgrupp exempelvis en viss åldersgrupp (Socialstyrelsen, 2018a). Enligt Socialstyrelsen (2018b) är majoriteten av Socialstyrelsens rekommenderade åtgärder, oavsett levnadsvana, i form av samtalsbaserad rådgivning men kan även kompletteras med olika typer av tillägg som exempelvis fysisk aktivitet på recept (FaR). De samtalsbaserade insatserna är indelade i två övergripande typer efter insatsens struktur, innehåll samt omfattning: rådgivande och kvalificerade rådgivande samtal (Socialstyrelsen, 2018b). Se figur 7.1 för en beskrivning av förebyggande metoder och arbetssätt.



Figur 7.1 Förebyggande metoder och arbetssätt.

### 7.2.1 Hälsosamtal

Enligt Socialstyrelsen (2018a) utgör hälsosamtal en typ av rådgivande samtal som bygger på en motiverande samtalsmetodik tillsammans med en hälsoundersökning. Det är ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes samt förbättra hälsan genom att förebygga ohälsosamma levnadsvanor. Insatsen bedrivs i primärvården och riktar sig till samtliga i en viss målgrupp, exempelvis en viss åldersgrupp. Syftet med hälsosamtal är att ge individen en ökad kontroll över sin hälsa och möjlighet att förbättra den (Socialstyrelsen, 2018a).

Enligt Vårdanalys (2016) utgår hälsosamtal utifrån strategin universell proportionalism som innebär en kombination mellan universella och riktade insatser. Strategin utgår från ett brett förebyggande arbete som kombineras med insatser anpassade till varje grupps behov (Vårdanalys, 2016). Genom att erbjuda hälsosamtal till en hel åldersgrupp är sannolikheten att nå ut till individer med lågt till måttligt riskbeteende större. I längden innebär det att färre individer riskerar hamna i högriskbeteendet (Region Skåne, 2019g).

Hälsosamtalen inkluderar ofta en hälsoundersökning som utgår från kliniska mätvärden för riskfaktorer för sjukdom, ett patientcentrerat samtal som utgår från individens livssituation och levnadsvanor samt en hälsoenkät om levnadsvanor, ärftlighet och psykosociala faktorer (Socialstyrelsen, 2018a). Samtliga svar och mätvärden förs över till ett visuellt verktyg vid namn Hälsokurvan som utgör underlaget för samtalet och visar patientens största riskfaktorer som kan påverka utvecklingen av sjukdom (Socialstyrelsen, 2018a). Se bilaga B för en mer ingående beskrivning över hur ett hälsosamtal går till och hur hälsokurvan ser ut. Hälsosamtalen resulterar i att hälsomål och åtgärder sätts upp för patienten utefter de risker som identifierats (Skogström, 2020; Region Skåne, 2019g).

Enligt Skogström (2020) varierar kostnaden för hälsosamtal mellan regioner. I dagsläget är insatserna kostnadsfria i tre regioner medan i resterande fem regioner tillkommer det en kostnad på 100 – 200 kr. Däremot skriver Socialstyrelsen (2018a) att varje region bör ha en koordinator för verksamheten som följer upp kunskapsutvecklingen, håller i utbildningsinsatser för personal, rapporterar till ledning samt är medlem i HFS (Socialstyrelsen, 2018a).

### 7.2.2 Socialstyrelsens uppföljning av det förebyggande arbetet

Sedan Socialstyrelsen införde de nationella riktlinjerna år 2011 har hälso- och sjukvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor utökats (Socialstyrelsen, 2018c). Trots framsteg är det förebyggande arbetet inte tillräckligt utbrett i förhållande till andelen individer med ohälsosamma levnadsvanor. Exempelvis när det gäller rökning är det endast en halv procent av patienterna som får stöd trots att det är tio procent av patienterna som röker. I denna takt kommer det ta 20 år innan alla rökare får stöd med rökavvänjning (Socialstyrelsen, 2018c).

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2018d) sker det successivt förändringar av arbetssätt utefter de rekommenderade åtgärderna men förändringstakten varierar stort mellan olika regioner och mellan olika vårdenheter. Enligt Socialstyrelsen (2018c) är arbetet med förebyggande insatser, specifikt när det gäller rådgivning om ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet, ojämlig mellan regioner. Chansen att få stöd är störst i de regioner som har ett etablerat arbete med förebyggande insatser. Det primärpreventiva arbetet behöver utökas i alla regioner för att alla som behöver stöd för att ändra levnadsvanor ska kunna få möjligheten till det. Dessutom är processen att ändra levnadsvanor svår och det är viktigt att vid behov erbjuda upprepade insatser för att hjälpa patienten bevara de hälsosamma levnadsvanorna (Socialstyrelsen, 2018c).

## 7.3 Primärprevention i Region Skåne

För att förtydliga Socialstyrelsens nationella riktlinjer har Region Skåne (2019f) inrättat ett eget vårdprogram som ska utgöra den vägledning som behövs för vårdpersonal att ge det stöd patienter behöver. Det finns även en checklista på vad som bör inrättas på respektive vårdenhet för att uppnå ett strukturerat primärpreventivt arbete, se bilaga C (Region Skåne, 2019f).

Enligt Skogström (2020) uppmantras vårdpersonal att ställa frågor om ohälsosamma levnadsvanor om det är relevant för ett vårdbesöks ändamål. Om en ohälsosam levnadsvana identifieras och patienten önskar stöd finns det enligt Region Skåne (2019b) rekommenderade åtgärder i linje med Socialstyrelsens rekommendationer för respektive ohälsosam levnadsvana, se bilaga D. Uppföljning av åtgärderna rekommenderas för alla ohälsosamma levnadsvanor och det finns även digitala hjälpmedel till hands som kan underlätta arbetet (Region Skåne, 2019b). Enligt Lundgren (2020) är ett digitalt tobaksavvänjningsprogram vid namn Tobakshjälpen ett redskap som ofta används.



Skogström (2020) förklarar att det primärpreventiva arbetet i Region Skåne främst delas mellan fem olika delar av verksamheten. Enligt Groth (2020) drivs vissa primärpreventiva projekt av regional utveckling som är en avdelning som arbetar med att samordna och driva utvecklingsfrågor i regionen (Groth, 2020). Vidare arbetar Kunskapscentrum barnhälsovård och Kunskapscentrum kvinnohälsa regionsövergripande för att alla barn och kvinnor i Skåne ska ha en god och jämlik hälsa (Region Skåne, 2019d; Region Skåne, 2019e). Fortsättningsvis berättar Bjerstam (2020) att Innovation Skåne, som är en regional konsultverksamhet, bedriver diverse projekt kring primärprevention.

Slutligen anses Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention ha ett övergripande ansvar över det primärpreventiva arbetet då de arbetar regionsövergripande i frågor som rör de fyra nämnda ohälsosamma levnadsvanorna (Region Skåne, 2020d). Kunskapscentrumet arbetar i dagsläget främst med primärprevention genom att utbilda vårdpersonal i levnadsvaneområdet och stödja implementeringen av riktade hälsosamtal på vårdcentraler (Region Skåne, 2020d). Exempelvis har enheten tagit fram en webbaserad utbildning där vårdpersonal har möjlighet att utbilda sig i ohälsosamma levnadsvanor (Region Skåne, 2019b).

Som tidigare nämnt används metoden riktade hälsosamtal i andra regioner i Sverige. Enligt Skogström (2020) ska Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention under hösten 2020 påbörja implementeringen av riktade hälsosamtal i primärvården vilket är den första primärpreventiva insatsen som införs på bredden (Skogström, 2020). Lundgren (2020) påpekar att anledningen till att hälsosamtal inte införs förrän nu är till stor del på grund av att Region Skåne är en stor region. Skiftet mot ett mer primärpreventivt arbete har tidigare företrädesvis gjorts i mindre regioner. Mindre regioner har färre deltagare och aktörer vilket möjliggör en bättre överskådlighet (Lundgren, 2020).

Skogström (2020) berättar att inställningen till projektet har varit positiv där 50 av samtliga 158 vårdcentraler i Skåne anmälde sig till att vara en del av pilotprojektet. Däremot valdes endast 11 vårdcentraler ut på grund av den beslutande budgeten för 2020. De aspekter som diskuterades vid val av vårdcentralerna var den geografiska spridningen över Skåne, det socioekonomiska läget samt om verksamheten besitter struktur och arbetssätt för levnadsvanor. Exempelvis kan det vara om personalen har kompetens i FaR-förskrivning eller om det finns tillgång till tobaksavvänjningsprogram (Skogström, 2020).

Hälsosamtalen kommer att erbjudas till alla som fyller 40 år och är listade på de utvalda vårdcentralerna (Skogström, 2020). Orsaken till att en åldersgrupp kallas är dels för att få genomslag dels för att skapa ett gruptryck. Genom att få många i en grupp att tänka i liknande banor samtidigt kan en stor förändring skapas även för de som inte blir kallade till ett hälsosamtal. Exempelvis finns det forskning som visar att vänner till människor som slutar röka också slutar att röka.

Anledningen till att den åldersgruppen valdes är att det finns mest erfarenhet och forskning inom svenska regioner relaterade till den åldersgruppen (Skogström, 2020).

Skogström (2020) förklarar att effekten av hälsosamtalen kommer att utvärderas under pilotprojektet och förhoppningsvis kommer ett positivt resultat att motivera en breddimplementering av insatsen. Nästa steg är att alla 158 vårdcentraler blir en del av projektet och att en kallelse skickas varje år till alla som fyller 40 år under innevarande år (Skogström, 2020).

Enligt Region Skåne (2019h) kan hälsosamtalen beskrivas som en "efterfrågestrategi" som ska motivera patienterna till ett hälsosammare liv och öka efterfrågan på hälsosammare alternativ i lokalsamhället exempelvis i matbutiker och idrottsföreningar. Skogström (2020) nämner att tanken är att människor i 40-års åldern som är föräldrar, umgås och bor i samma orter förslagsvis kommer att börja prata om hälsosamtalen och även börja efterfråga mer hälsosamma produkter i de lokala matbutikerna.

Enligt Skogström (2020) ska vårdcentralerna få bidrag för varje genomfört hälsosamtal på samma sätt som vårdcentralerna får bidrag för varje genomfört vårdmöte. Vidare kommer hälsosamtalen att vara kostnadsfritt för deltagare. Längre fram kommer ersättningsmodellen troligtvis att uppdateras för att främja arbetet med hälsosamtal i större grad (Skogström, 2020). Lundgren (2020) tillägger att ytterligare en ambition med projektet är att via ett samarbete med Regional utveckling inkludera flera aktörer som exempelvis näringslivet för att försöka få en heltäckande insats gentemot samhället (Lundgren, 2020).

I dagsläget pågår det en diskussion kring hur IT-lösningen som ska fungera som administrativt stöd vid införandet av hälsosamtalen ska utformas (Region Skåne, 2019h). Ett alternativ är att köpa in en färdig IT-lösning av Region Jönköping som i dagsläget genomför riktade hälsosamtal. Ett annat alternativ är att Region Skåne utvecklar en egen IT-lösning som ska vara inbyggd i deras nuvarande digitaliseringsprojekt vid namn Skånes Digitala vårdssystem (SDV) (Region Skåne, 2019h). Målet med SDV-projektet är att införa ett enhetligt och gemensamt datasystem i hälso- och sjukvården i Skåne som ska förena primär- och slutenvårdens journalsystem (Region Skåne, 2018).

# 8 Möjligheter och utmaningar med primärprevention

*Följande kapitel innefattar en litteraturstudie tillsammans med sammanställd empiri över identifierade möjligheter och utmaningar med primärprevention. Dessutom presenteras diverse faktorer som kan möjliggöra effektivare prevention.*

*I detta kapitel besvaras följande forskningsfrågor:*

***1.3 Vilka är möjligheterna med primärprevention och vilka faktorer kan möjliggöra effektivare primärprevention?***

***2.2 Varför utgör inte primärprevention en större del av Skånes hälso- och sjukvård i dagsläget?***

## 8.1 Möjligheter med primärprevention och faktorer som möjliggör effektivare primärprevention

En sammanställning över identifierade möjligheter med primärprevention tillsammans med identifierade faktorer som kan möjliggöra effektivare primärprevention kan ses i figur 8.1.



Figur 8.1 Möjligheter och faktorer som möjliggör effektivare primärprevention

### 8.1.1 En förbättrad folkhälsa och minskade hälsoskillnader

Enligt en utvärdering genomförd av Socialstyrelsen om riktade hälsosamtal är det möjligt att se positiva effekter på folkhälsan på befolkningsnivå och i ännu högre grad i gruppen som deltagit i hälsosamtalen (Region Skåne, 2019h). Vidare visar en utvärdering av de hälsosamtal som genomfördes i Västerbotten under 1990–2006 på en 34 procent lägre dödlighet bland deltagarna än hos resten av riket (Lindholm m.fl., 2018). Störst effekt kan ses bland personer med kort till medellång utbildning. Eftersom studien visar att hälsosamtalen har nått ut till alla socioekonomiska skikt och att en större effekt kan ses hos individer med lägre utbildningsnivå ges implikationer på att hälsosamtal kan bidra till en mer jämlik hälsa (Lindholm m.fl., 2018). Liknande resultat visas i en uppföljning från 2008 av de hälsosamtal som har genomförts i Region Jönköping enligt Region Skåne (2019g). Uppföljningen visar att hälsosamtalen har resulterat i en förbättring av levnadsvanor och minskad förekomst av riskfaktorer såsom blodtryck och kolesterolvärden hos deltagarna (Region Skåne, 2019g).

### 8.1.2 Lägre kostnader för större delen av samhället

PwC (2019) skriver i sin rapport om preventiv sjukvård att primärprevention bör ses som en långsiktig investering. Däremot kommer införandet av primärpreventiva åtgärder på kort sikt att utgöra en kostnad för hälso- och sjukvården eftersom personaltid behöver avsättas för utförandet av och utbildningar i primärpreventiva insatser. Dessutom tillkommer andra kostnader för att inkorporera insatsen i verksamheten såsom kostnader för ett administrativt webbstöd (PwC, 2019; Region Skåne 2019h). På längre sikt kan prevention däremot leda till kostnadsbesparingar och samhällsvinster då vårdkonsumtionen för kroniska sjukdomar kommer att minska. Dessutom kommer det även att leda till besparingar för samhället i stort då indirekta kostnader som kostnader för sjukskrivningar, förtidspensioner eller förtida dödsfall kommer att bli mindre (HFS, 2015; PwC, 2019).

Hellénus (2020) påpekar att det är svårt att utvärdera kostnadseffektiviteten av primärprevention. Hälsoekonomi är ett svårt ämne eftersom hälsans bestämningsfaktorer är många och det är svårt att utvinna vad just en preventiv insats har bidragit med. Däremot är det enklare att föra en diskussion kring hur stora besparingarna skulle kunna vara om ohälsosamma levnadsvanor skulle minska i samhället (Hellénus, 2020).

SKR (2019a) skriver i sin ekonomirapport att HFS i samarbete med hälsoekonomer vid Uppsala universitet har tagit fram en modell vid namn ”Hälsokalkylatorn” som skattar den samhällsekonomiska vinsten av positiva förändringar i levnadsvanor hos en befolkning. Modellen innefattar de fyra ohälsosamma levnadsvanorna hos vuxna som är presenterade i kapitel 4 tillsammans med 15 sjukdomar, inklusive de kroniska sjukdomarna som är presenterade i samma kapitel (SKR, 2019a). Gemensamt för sjukdomarna är att nämnda levnadsvanor ökar risken för insjuknande. Enligt studier är det sannolikt att via samhällsinterventioner kunna minska förekomsten av nämnda ohälsosamma levnadsvanor med en procentenhet på fem år (SKR, 2019a). För att kunna ge exempel på de besparingar som skulle kunna uppnås så skulle en minskning på en procentenhet på fem år leda till att andelen överviktiga män mellan 20–44 år minskar från nutidens 12 procent till 11 procent. Det skulle innebära att antalet sjukdomsfall minskar med 4300 under samma tidsperiod. Via den genomsnittliga kostnaden per sjukdomsfall skulle Sveriges årliga besparing i hälso- och sjukvården då vara 225 miljoner kronor. Vidare skulle besparingarna i kommuner uppgå till 173 miljoner kronor och besparingar i den statliga sjukförsäkringen uppgå till 180 miljoner kronor (SKR, 2019a).

Enligt utvärderingen av de hälsosamtal som har genomförts i Västerbotten har metoden visat sig vara kostnadseffektiv (Lindholm m.fl., 2018). Alla medborgare som fyllde 30, 40, 50 och 60 år bjöds in till en hälsoundersökning tillsammans med ett hälsosamtal via primärvården. Under tidsperioden ökade deltagandet från 55 till 65 procent och det var en liten socioekonomisk skillnad bland deltagare och icke deltagare. Den totala kostnaden för hälsosamtalen uppgick till 260 miljoner kronor och den totala besparingen ansågs vara 298,3 miljoner kronor. Det innebär en vinst på 38,3 miljoner kronor. Beräkningen innefattade både direkta och indirekta kostnader. Siffrorna visar på att det finns goda implikationer till att introducera hälsosamtal på fler platser i Sverige (Lindholm m.fl., 2018).

Vidare har Lindgren m.fl. (2007) genomfört en hälsoekonomisk studie om primärpreventiva insatser avsedda för medelålders män och kvinnor med en förhöjd risk för typ 2-diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Studien bygger på en simuleringsmodell av ett randomiserat interventionsprogram för att utvärdera de ekonomiska effekterna av livsstilsförändringar. Om varje deltagare genomförde sju hälsosamtal skulle det resultera i en extra kostnad på 25 000 kronor per deltagare. Insatserna resulterade efter ett antal år i en minskning av insjuknandet i typ 2-diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar vilket ledde till besparingar på 34 000 kronor per deltagare. Studien påvisar att primärprevention kan vara kostnadseffektivt och att satsningar på primärprevention bör ses som en investering och inte en kostnad (Lindgren m.fl., 2007).

### **8.1.3 Medborgare vill förbättra sin hälsa och vårdpersonal vill arbeta mer primärpreventivt**

Enligt en undersökning gjord av SKR (2019b) visar det sig att 84 procent av Sveriges befolkning anser att det är positivt att diskutera sina levnadsvanor vid besök hos läkare eller annan vårdpersonal. Dessutom visar en studie gjord av Socialstyrelsen (2016b) att de flesta patienter vill få stöd för att förändra sina levnadsvanor istället för att endast få läkemedelsbehandling.

Liknande resultat kan ses via en studie genomförd av PwC (2019) där majoriteten av respondenterna svarar att de vill förbättra sitt hälsotillstånd och att de har ett stort förtroende för vården gällande livsstilsrådgivning. Nästintill 80 procent av respondenterna anser att den största motivationsfaktorn för att förbättra sin hälsa är en rekommendation från läkare styrkt av osunda testresultat. Vidare skulle ungefär 60 procent av respondenterna motiveras om genetiska tester visade en risk för utveckling av en sjukdom som går att förebygga och hälften av respondenterna skulle motiveras av regelbundna hälsosamtal hos en rådgivare (PwC, 2019).

Slutligen skulle hälften av respondenterna motiveras till en sundare livsstil om det fanns ekonomiska incitament från arbetsplats alternativt försäkringsbolag. Exempelvis har företag som har infört ”svettlön” där anställda får motionera på betald arbetstid resulterat i en minskad sjukfrånvaro (PwC, 2019).

Enligt en undersökning som Socialstyrelsen har genomfört om sjukdomsförebyggande metoder i primärvården anser mellan 80 – 90 procent av respondenterna att rådgivning kring levnadsvanor utgör en viktig del av deras yrkesutövning (Vårdanalys, 2016). En undersökning som livsmedelsverket har genomfört inom primärvården visar att mer än hälften av respondenterna vill arbeta mer primärpreventivt än vad de gör i dagsläget (Socialstyrelsen, 2017).

#### **8.1.4 Medborgare vill dela med sig av sin hälsodata**

Molin (2016) belyser att arbetet med primärprevention kan effektiviseras med hjälp av den ökade digitaliseringen i hälso- och sjukvården. Genom att använda data som en strategisk möjlighet och utnyttja kraften av ny teknologi kan primärprevention möjliggöras i större utsträckning (Molin, 2016). Digitaliseringen har öppnat dörren till en datainsamling som möjliggör en förhöjd kunskap på individnivå om enskilda medborgare (Institutet för framtidsstudier, 2016). Det är möjligt att kartlägga medborgares interaktioner med olika tjänster i välfärden med hjälp av e-legitimationer och smarta betalsystem. Data kan därefter aggregeras så att beteende- och livsstilmönster kan utvinnas. Genom att kombinera den typen av hälsodata med registerdata, data från journalsystem och genetiska data skapas en möjlighet att arbeta förebyggande och mer individanpassat på ett sätt som aldrig tidigare har varit möjligt (Institutet för framtidsstudier, 2016).

Enligt en studie genomförd av PwC (2019) uppger fyra av fem respondenter att de är positiva till att dela med sig av egeninsamlade hälsodata till vårdgivare, hälsocoacher och apotekspersonal. Vidare är hälften av respondenterna positiva till kroppsnära teknik och skulle motiveras att förändra sin livsstil beroende på dess resultat. Slutligen visar studien att hälften av respondenterna vill att vårdgivare ska ta hänsyn till egeninsamlade hälsodata vid beslut gällande deras hälsa men även i syfte för att utveckla säkrare vård och stötta forskning (PwC, 2019).

Enligt en undersökning från PwC (2016) om medborgares inställning till digitala lösningar i vården presenteras möjligheter och utmaningar kopplade till självmonitorering och dataanvändning. Mellan 48 – 60 procent av deltagarna är positiva till digitala verktyg som möjliggör vård i hemmet. Exempelvis kan det vara en medicinsk apparat som kontrollerar vitala värden där resultaten sedan skickas och analyseras av vårdgivare (PwC, 2016).

Likaså är cirka 70 procent av respondenterna positiva till vårdbesök på distans enligt PwC (2016). *Women's hospital* i USA genomförde en studie kring vård på distans via videosamtal där cirka 200 timmar fördelade över 600 vårdmöten kunde frigöras (PwC, 2016). De frigjorda resurserna kunde sedan läggas på mer vårdkrävande patienter vilket gjorde att vårdkvaliteten ökade. Hela 97 procent var nöjda och skulle rekommendera programmet och 74 procent tyckte att kommunikationen med vårdgivare förbättrades (PwC, 2016).

Region Skåne (2018) skriver i sin årsredovisning att det pågår cirka 50 projekt inom digitalisering av hälso- och sjukvården i regionen. Ett av de större projekten är SDV som är presenterat i kapitel 7. Region Skåne (2020e) menar att SDV kan möjliggöra stöd till hälsosamtalen och lätta på den administrativa bördan. Dessutom kan systemet förenkla analysen av patientdata, både för den enskilda patienten men även för hela befolkningen, vilket på sikt kommer att bidra till att sjukdomar enklare kommer att kunna förebyggas (Region Skåne, 2020e).

#### **8.1.5 Sociala utfallskontrakt**

Bokström (2020) nämner att det finns en ekonomisk modell vid namn sociala utfallskontrakt som kan användas för att stödja offentlig sektor med primärpreventiva program. Modellen bygger på ett samarbete mellan privat, ideell och offentlig sektor. Vid användning av sociala utfallskontrakt investerar privata eller ideella aktörer i offentliga uppdrag som har ett tydligt utfallsfokus som kan leda till en potentiell vinst för investeraren. Investeraren kan även vara en av utförarna och en del av det offentliga uppdraget. Således kan offentlig sektor få ekonomiskt stöd med primärpreventiva projekt då det kan vara svårt att hitta statliga medel till att initiera dem. Vidare kan investeraren även bidra med kunskap och teknisk kapacitet till arbetet (Bokström, 2020).



## 8.2 Utmaningar med primärprevention

En sammanställning över identifierade utmaningar med primärprevention kan ses i figur 8.2.

<b>Utmaningar</b>	Livsstilsförändringar är förknippat med svårigheter
	Olika personer har olika hälsolitteracitet
	Det går inte att tvinga medborgare till att ändra livsstil
	Nettovinsten och effektiviteten av primärprevention är osäker
	Det saknas ekonomiska incitament
	Den behandlade delen av verksamheten prioriteras över det förebyggande arbetet
	Stuprörsproblematiken
	Ingen bär ansvaret över primärprevention
	Brist på samverkan av aktörer
	Eftersläpning inom digitaliseringen
	Svenska lagen motstrider arbetet med primärprevention
	Framgångsrika utvecklingsprojekt implementeras inte i den dagliga verksamheten
	Primärvårdens arbete med levnadsvanor är bristfälligt
	Det saknas en rutinmässig uppföljning av primärpreventiva insatser

**Figur 8.2 Utmaningar med primärprevention**

### 8.2.1 Livsstilsförändringar är förknippade med svårigheter

Ekholm (2020) berättar att det är svårt för människor att anamma hälsosamma levnadsvanor trots att de är medvetna om riskerna en ohälsosam livsstil kan medföra. En anledning kan vara att vanor sätts i ung ålder och blir därför svårföränderliga vid senare skeden i livet. Ekholm (2020) tillägger att det även kan bero på att människan drivs av flocken, är lust- och känslodrivnen samt begränsad rationell vilket kan utgöra hinder för att avstå från omedelbara behov och avhålla sig från gamla vanor. Vidare motiveras människor på olika sätt. Således kan en preventiv metod ha den önskade effekten på en grupp människor men fungera annorlunda på en annan grupp. Dessutom anser Ekholm (2020) att det även svårt att anamma primärpreventiva insatser då Sveriges norm och sociala preferens är att medborgare söker sig till hälso- och sjukvården vid uppvisandet av symtom och inte i förebyggande syfte.

Enligt Vårdanalys (2016) visar forskning på att människors förutsättningar till att anamma hälsosamma levnadsvanor även påverkas av det sociala nätverket där exempelvis negativa relationer ofta leder till sämre levnadsvanor. Vidare finns det även ekonomiska barriärer förknippade med en hälsosammare livsstil som kan utgöra hinder för personer med begränsade ekonomiska resurser. Exempelvis att människor inte har råd att äta hälsosamt eller köpa nikotinavvänjningsmedel (Vårdanalys, 2016).

Hellénus (2020) berättar att många tror sig veta vad en hälsosam livsstil innefattar men faktum är att befolkningens kunskap kring hälsosamma levnadsvanor är ytlig. Vidare är medvetenheten kring de skadliga effekterna av ohälsosamma levnadsvanor bristfällig vilket kan utgöra ett hinder för en beteendeförändring. Exempelvis anses inte stillasittande vara ett farligt beteende trots att det är ett av de främsta hoten mot folkhälsan i Sverige. Förvirringen och kunskapsbristen kring innebörden av och hälsoriskerna med ohälsosamma levnadsvanor beror till stor del på motstridande forskning och trender om exempelvis dieter som snabbt sprids via media (Hellénus, 2020). Caesar (2020) påpekar att det finns riktlinjer som Socialstyrelsen förmedlar kring hälsosamma levnadsvanor men att medborgare lockas mer av löp på nyheterna än rekommendationer från myndigheter om vad som anses leda till god hälsa.

Slutligen berättar Schildt (2020) att det inte finns några direkta ekonomiska konsekvenser för Sveriges medborgare att inte leva hälsosamt. Det är endast individens hälsa som drabbas eftersom Sverige har fri sjukvård. Det skapar en diskussion kring vad vårdens ansvar egentligen innefattar. Om individer medvetet skapar ett behov av vård och har ett riskbeteende som de inte själva aktivt försöker motverka, ska då vården stå för sjukdomskostnaderna? Eller ska de då betala en högre avgift för sjukvård? (Schildt, 2020)

### 8.2.2 Olika personer har olika hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet är ett begrepp som definieras som ”en persons förmåga och motivation att hitta, förstå, utvärdera och använda hälsoinformation som grund för beslut om hälso- och sjukvård samt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser för att upprätthålla eller förbättra sin livskvalitet” (Vårdanalys, 2016, s.80). Enligt Vårdanalys (2016) kan begreppet delas upp i två delar: dels förmågan att förstå hälso- och sjukvårdsinformation, dels att kritiskt utvärdera sin egen och närståendes hälsa. Första delen av hälsolitteracitet påverkar hur stor nytta information kring levnadsvanor gör för en person. Det kan även påverka individens förmåga att kommunicera om sina egna behov av hälso- och sjukvård. Den andra delen påverkar en persons förmåga att ta egna initiativ till att lära sig om ohälsosamma levnadsvanor och dess påverkan på hälsan. Det kan även påverka människans självförmåga till att ändra en ohälsosam levnadsvana (Vårdanalys, 2016).

Olika personer har olika hälsolitteracitet vilket kan utgöra ett hinder för preventiva insatser (Vårdanalys, 2016). Skillnader mellan grupper hälsolitteracitet påverkar hur hälso- och sjukvården bör prioritera och anpassa det primärpreventiva arbetet. Om hälso- och sjukvården endast erbjuder primärpreventiva insatser till personer som aktivt har sökt hjälp med att förändra en ohälsosam levnadsvana innebär det att personer med en lägre hälsolitteracitet inte nås av de primärpreventiva insatserna (Vårdanalys, 2016).

### 8.2.3 Det går inte att tvinga medborgare till att ändra livsstil

Vårdanalys (2016) skriver att om en patient inte vill ta emot preventiva insatser eller saknar den motivation som krävs för att genomföra en hälsoförändring kan inte hälso- och sjukvården kräva något som patienten inte vill. Hälso- och sjukvården ska enligt lag agera i samspel med patienten och hälso- och sjukvård får endast ges med patientens samtycke. Inom folkhälsoarbete finns det två principer som kallas omsorgsprincipen och autonomiprincipen som motsäger varandra och problematiserar diskussionen. Omsorgsprincipen innebär att hälso- och sjukvården har en moralisk skyldighet att minska och förebygga lidande. Autonomiprincipen innebär att individen har rätt att fatta egna beslut om sitt eget liv. På så sätt är hälso- och sjukvården begränsad att endast genomföra insatser utefter personens vilja men har samtidigt en skyldighet att förebygga lidande (Vårdanalys, 2016).

#### 8.2.4 Nettovinsten och effektiviteten av primärprevention är osäker

Enligt Caesar (2020) är den ekonomiska modelleringen kring primärprevention bristfällig då merparten av de hälsoekonomiska studierna som finns i dagsläget är förenklade och representerar inte verkligheten. Hagbjer (2020) påpekar även att dagens forskning kring primärprevention visar endast att det kan vara kostnadseffektivt, inte att det är kostnadseffektivt. Dessutom berättar Bjerstam (2020) att det inte finns tillräckligt med forskning kring effekten av olika primärpreventiva metoder. Enligt Krohwinkel (2020) kan det bero på att det är svårt att påvisa effekten av primärpreventiva insatser jämfört med exempelvis medicinsk behandling då de är mer individberoende. Linander (2020) anser att det kan även bero på att prevention inte ger några garantier på att sjukdom aldrig kommer att uppstå då levnadsvanor inte är den enda faktorn som kan påverka utvecklingen av sjukdomar. Caesar (2020) och Bjerstam (2020) anser att bristen på evidensbaserad kunskap kring metoders effektivitet och ekonomiska säkerhet försvårar införandet av primärpreventiva insatser och minskar stödet från politiker.

#### 8.2.5 Det saknas ekonomiska incitament

Hellénus (2020) berättar att det har funnits flera framgångsrika primärpreventiva satsningar som har lagts ner då andra avdelningar inom hälso- och sjukvården har behövt resurserna. Hälso- och sjukvården kommer alltid att prioritera resurserna på långa väntetider på onkologimottagningen istället för att lägga motsvarande summa på en livsstilsklinik. Så länge budgeten för primärprevention är en del av hälso- och sjukvårdens budget blir det således svårt att prioritera primärpreventiva insatser (Hellénus, 2020).

En anledning till att primärprevention bortprioriteras är att dagens styrmodeller inte främjar långsiktiga investeringar tillsammans med att politiker tänker i mandatperioder. Politiker vill att en uppoffring i budgeten ska ge effekt inom 4 år och inte 10–30 år som det kan ta innan primärpreventiva insatser börjar att visa resultat (Ekholm, 2020; Hellénus, 2020). Lundgren (2020) instämmer och tillägger att eftersom vinsterna från primärpreventiva insatser inte ses förrän på lång sikt och att regionerna styrs efter en årlig budget så kan det vara svårare att argumentera för en insats som kan komma att generera en vinst 10–30 år fram i tiden. Socialstyrelsen (2018a) skriver att utvärderingar från de hälsosamtal som har genomförts i Västerbotten visar på att ett långsiktigt och uthålligt politiskt stöd har varit avgörande för hälsosamtalens framgång.

Vidare påpekar Krohwinkel (2020) och Schildt (2020) att nuvarande ersättningssystem är ett problem då primärprevention inte räknas som vård. Vårdcentraler får ofta en ersättning som är baserad på genomförda vårdaktiviteter och därav finns incitament kring att producera vård och inte primärpreventiva insatser (Krohwinkel, 2020; Schildt, 2020). Dock är det viktigt att nämna att det finns rörliga ersättningssystem för primärpreventiva insatser men enligt Vårdanalys (2016) är det endast 8 av 21 regioner som ger ersättning per utförd primärpreventiv insats. Slutligen berättar Arwidson (2020) att läkemedelsföretag och andra privata bolag inom hälso- och sjukvården har starka ekonomiska intressen kring sjuka och den vård de producerar vilket kan motverka arbetet med primärprevention.

### **8.2.6 Den behandlande delen av verksamheten prioriteras över det primärpreventiva arbetet**

Enligt Stavenow (2020) ligger hälso- och sjukvårdens fokus på att fixa problemen här och nu, istället för att tänka långsiktigt och jobba primärpreventivt för att lösa framtidens utmaningar. Vårdanalys (2016) skriver att i dagsläget är normen i hälso- och sjukvården att prioritera bort det förebyggande arbetet när resurserna blir knappa och arbetsbelastningen ökar. Resurserna avsedda till förebyggande insatser betraktas mer som fria resurser som kan sättas in på andra poster vid behov (Vårdanalys, 2016).

Dessutom verkar det finnas en obalans mellan regionernas mål kring det förebyggande arbetet och den verkliga situationen på vårdcentralerna där det råder brist på kompetens och ekonomiska resurser (Vårdanalys, 2016). Enligt Hellénus (2020) beror obalansen dels på kommunikationsbarriärer mellan olika nivåer i hälso- och sjukvården. Politiker har en bristande uppfattning av den verkliga situationen som råder på "golvet". Exempelvis bestäms hälso- och sjukvårdsbudgeten av politiker trots att det är vårdpersonalen som sitter på kunskapen kring vart resurserna behövs mest (Hellénus, 2020).

Socialstyrelsen (2015) har genomfört en enkätstudie med syftet att undersöka de strukturella förutsättningarna för primärvårdens förebyggande arbete och personalens attityder kring och möjligheter med att arbeta förebyggande. Undersökningen visar att förebyggande insatser har stöd i vården men däremot saknas strukturella förutsättningar för att stödja arbetet. Ungefär hälften av respondenterna uppger att det inte finns rutiner som stödjer arbetet i verksamheten. Vanliga orsaker till att vårdpersonal inte arbetar förebyggande är bland annat tidsbrist, att frågan inte är prioriterad på arbetsplatsen, att ansvaret ligger på en annan enhet samt brist på kompetens kring ämnesområdet och samtalsmetodik (Socialstyrelsen, 2015).

Kompetenssatsningar i förebyggande metoder är en förutsättning för ett framgångsrikt förebyggande arbete men endast hälften av respondenterna uppger att de har en möjlighet att utbilda sig i förebyggande insatser (Socialstyrelsen, 2015).

I en rapport av Socialstyrelsen (2018a) som undersöker regionernas arbete med hälsosamtal lyfts ytterligare en utmaning med det förebyggande arbetet. Läkare har uttryckt oro över att det kommer att leda till en ökad arbetsbörda, specifikt i form av tidskrävande administration. I regioner där det förebyggande arbetet har pågått under en lång tid framhålls det att ett digitaliserat stöd kan underlätta den administrativa bördan och på så sätt kan mer tid frigöras för själva samtalet med patienten (Socialstyrelsen, 2018a).

### 8.2.7 Stuprörproblematiken

Enligt Stigendal (2019) är Sveriges offentliga sektor starkt fragmenterad. Ansvar för viktiga samhällsfrågor är uppdelat mellan en rad olika myndigheter där var och en styrs i varsitt stuprör. Dessutom är inte stuprörstyrningen organiserad efter medborgarnas behov och förutsättningar (Stigendal, 2019). Stuprörproblematiken drabbar hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete på olika sätt och nedan presenteras två exempel.

Hälso- och sjukvårdens kostnader utgör endast en del av den totala samhällskostnaden för kroniska sjukdomar (PwC, 2019). Kroniska sjukdomar innebär ofta längre sjukskrivningar samt minskade antal arbetsmöjliga levnadsår vilket huvudsakligen drabbar socialförsäkringssystemet. I dagsläget finns inget optimalt samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet, synnerligen gällande fördelningen av kostnader. Hälso- och sjukvårdens ekonomiska incitament att arbeta förebyggande hade kunnat vara större om exempelvis socialförsäkringssystemets kostnader för kroniska sjukdomar även låg på hälso- och sjukvården (PwC, 2019).

Linander (2020) uttrycker sig om en annan stuprörproblematik som innefattar det bristande samarbetet mellan kommuner och regioner. Båda enheterna har ett gemensamt ansvar över att förebygga ohälsosamma levnadsvanor men de har olika uppdrag vilket kan leda till skilda och ibland även motstridande prioriteringar (Linander, 2020). Vidare berättar Krohwinkel (2020) att samverkan mellan regioner och kommuner försvåras ytterligare då de är individuella resultatenheter som ska gå med vinst. En investering i det förebyggande arbetet hos regioner kommer exempelvis att även påverka kommunerna och socialförsäkringssystemet positivt. Således bör det vara möjligt för exempelvis regioner att vid vissa tillfällen gå med förlust om det innebär en större vinst för samhället i helhet (Krohwinkel, 2020).

### 8.2.8 Ingen bär ansvaret över primärprevention

Hellénus (2020) berättar att en orsak till att primärprevention bortprioriteras i dagsläget är då det inte anses vara hälso- och sjukvårdens primära uppdrag. Eftersom det inte finns en enskild verksamhet som har primärprevention som primärt uppdrag är det ingen som sätter bollen i rullning. Likaså finns det ingen politisk post som för preventionens talan. I den politiska debatten pratas det ofta om vårdköer och väntetider men primärprevention är minst lika viktigt. Hellénus (2020) föreslår att för en framtid där primärprevention prioriteras bör det finnas en politisk representant på nationell nivå som är kunnig inom området och som kan föra preventionens talan.

Vidare belyser Bjerstam (2020) att ansvaret för medborgares levnadsvanor inte endast ligger hos hälso- och sjukvården och samhället utan en betydande del av ansvaret ligger på individen själv. Likaså klarlägger Hellénus (2020) att en preventiv insats endast är lyckad om individen själv förändrar sina levnadsvanor. Trots det påpekar Stavenow (2020) att vården har en tendens till att se patienter som objekt och inte som subjekt. En del av omställningen av framtidens hälso- och sjukvårdssystem är att tillåta sig att till ännu större grad lära sig att utnyttja patienten själv och patientens egna resurser.

### 8.2.9 Brist på samverkan av aktörer

I kapitel 4 lyfts det fram att det inte endast är hälso- och sjukvården som påverkar människors hälsa utan det är flera aktörer på olika nivåer i samhället. Det väcker frågan kring vilka aktörer som bör samverka och hur ansvaret ska fördelas mellan dem.

Generellt har hälso- och sjukvården och specifikt primärvården en signifikant roll i det förebyggande arbetet eftersom vården besitter den specifika kompetensen, breda kunskapen och auktoriteten (Vårdanalys, 2016). Dessutom har vården en bred och unik kontaktyta med befolkningen under individernas livslopp (Vårdanalys, 2016). Samtidigt framhåller Socialstyrelsen (2018a) betydelsen av ett samarbete mellan olika aktörer i lokalsamhället för att kunna erhålla största effekten av primärpreventiva insatser, öka arbetets täckningsgrad och underlätta befolkningens förändringsarbete av ohälsosamma levnadsvanor. Även Hellénus (2020) delar denna åsikt och menar om hela samhället krokas arm kan det primärpreventiva uppdraget underlättas och få en större verkan. Exempelvis kan det handla om kollektiva insatser från olika kommunala förvaltningar, föreningsliv och livsmedelsbutiker (Hellénus, 2020).

Bland annat önskar Krohwinkel (2020) se en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I dagsläget sitter socialtjänsten på information om medborgares familjeförhållanden, alkohol- och tobaksvanor som inte hälso- och sjukvården har tillgång till. Ett samarbete mellan enheterna kan underlätta det primärpreventiva arbetet genom att tillgängliggöra en mer verklighetstrogen bild av individers levnadsvanor (Krohwinkel, 2020).

Hellénius, Ekholm och Bokström (2020) påpekar att om inte flera aktörer samverkar kommer inte det primärpreventiva uppdraget att realiseras. Enligt PwC (2019) utgör inte samverkan av aktörer en enkel process då aktörerna är vitt sprida över olika sektorer i samhället. Dessutom finns det legala hinder som försvårar samarbete och informationsdelning mellan aktörerna (PwC, 2019). Vidare anser Stavenow (2020) att ingen av de relaterande aktörerna, varken hälso- och sjukvården eller kommunerna, kan naturligt ta på sig rollen att driva en helhetssyn och en bred samverkan av aktörer vilket försvårar samarbetet ytterligare. Slutligen anser Hagbjer (2020) att brist på grundförutsättningar som tid och budgetutrymme i organisationer utgör ytterligare en annan utmaning som försvårar samarbetet mellan organisationer.

#### **8.2.10 Eftersläpning inom digitaliseringen**

Enligt Institutet för framtidsstudier (2016) rasar Sverige för närvarande i digital mognad i världsrankingen. Sverige ligger efter i digitaliseringen inom offentlig sektor i allmänhet och inom hälso- och sjukvården i synnerhet vilket visar sig inom olika områden (Institutet för framtidsstudier, 2016).

Bland annat berättar Linander (2020) att det finns ny teknik på marknaden som möjliggör en insamling av hälsodata som kan vara värdefull i arbetet med primärprevention. Däremot saknar vården de förutsättningar som behövs för att kunna ta emot och använda den (Linander, 2020). Enligt PwC (2019) är det dels på grund av saknad samsyn gällande vilka standarder som ska tillämpas vid informationsöverföring dels på grund av brist på tekniska lösningar för att ta emot data i hälso- och sjukvården. Enligt Bjerstam (2020) måste utmaningar om hälsodatas validitet, typ, ursprung samt hur och vem som ska analysera och använda den diskuteras vidare innan hälsodata kan vara värdefull i arbetet med primärprevention. Schildt (2020) anser att det kan vara fördelaktigt att införa en fristående funktion som förädlar och kvalitetssäkrar den hälsodata som individen genererar innan hälso- och sjukvården får tillgång till den.



Enligt PwC (2019) har hälsoapplikationer ett stort konsumentintresse och nästintill 260 000 av applikationerna som finns på marknaden kan beskrivas som medicinska. Däremot är det många av applikationerna som inte uppfyller de krav som läkemedelsverket kräver för att klassas som en medicinteknisk produkt och kan därav inte användas av vården i dagsläget (PwC, 2019).

Dessutom berättar Krohwinkel (2020) att till och med godkända applikationer inte används i stor utsträckning. Det beror dels på att vårdgivare inte kan rekommendera att använda vilken applikation som helst dels då samordningsproblem kan skapas om vårdgivare använder sig av och rekommenderar olika applikationer (Krohwinkel, 2020).

Ett ytterligare problem är enligt Ekholm (2020) att det inte finns ett enhetligt journalsystem inom hälso- och sjukvården och därav brister även delningen av information mellan vårdgivare, både inom regioner och mellan regioner. Exempelvis berättar Bjerstam (2020) att värdefull information inte följer med från en patients hälsogenomgångar hos barn- och mödravårdscentraler i patientens vårdkedja. Där finns värdefull information om patientens levnadsvanor som hade kunnat vara relevant för kontakt med hälso- och sjukvården under hela patientens liv (Bjerstam, 2020). Vårdanalys (2014) skriver att för att kunna möjliggöra en mer regelbunden dataanalys inom hälso- och sjukvården behövs ett enhetligt nationellt journalsystem med strukturerade data.

## **8.2.11 Lagar motstrider arbetet med primärprevention**

### *8.2.11.1 Det preventiva uppdraget är vagt formulerat i hälso- och sjukvårdslagen*

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa men i praktiken är inte detta självklart. Då lagen inte anger specifikt hur uppdraget ska utföras eller vilken aktör inom hälso- och sjukvården som ska bära det främsta ansvaret blir det mer tolkbart för respektive utförare (Socialstyrelsen, 2018a; Stavenow, 2020). Enligt Socialstyrelsen (2018a) bör uppdraget för primärprevention formuleras på ett otvetydigt sätt och läggas fast i regelboken för primärvården för att det ska utgöra en självklar del av hälso- och sjukvårdens arbete.

### 8.2.11.2 Lagar som motstrider datahantering

Institutet för framtidsstudier (2016) skriver att digitaliseringens goda effekter börjar sakta nå Sveriges offentliga sektor men lagstiftningen gällande informationsdelning och datahantering bromsar utvecklingen då den inte är anpassad för ett datadrivet samhälle.

Bland annat berättar Ekholm (2020) att de flesta dataanvändningslagarna i dagsläget är skrivna utefter en *opt-in* metod som innebär att medborgare aktivt måste lämna samtycke för att staten ska kunna använda deras data. Motsatt metod där medborgares data får användas till dess att individen aktivt nekar att deras data får användas kallas *opt-out* (Ekholm, 2020).

Ekholm (2020) berättar att lagstiftningen baserat på en *opt-in* metod har resulterat i att det endast är 0,2 procent av Sveriges befolkning som delar med sig av sin data. Samtidigt finns det studier som visar på att 80–90 procent av befolkningen är positiva till att dela med sig av sin hälsodata till staten för goda ändamål. Siffrorna visar på att det finns en stor outnyttjad potential i dagsläget som motverkas av rådande lagstiftning. Vidare berättar Ekholm (2020) att den motsatta metoden, *opt-out*, i Estland vilket har resulterat i att hela 99,5 procent av deras befolkning delar med sig av sin data. Det ger indikationer på att Sveriges regelverk baserat på *opt-in* metoden försvårar Sveriges möjlighet att utnyttja den data som människor vill dela med sig av. Vidare anser Ekholm (2020) att analys av data på samhällsnivå via artificiell intelligens inte kräver en koppling till enskilda individer och borde därav vara lagligt då det inte blir en fråga om medborgares integritet.

Slutligen berättar Ekholm (2020) att mycket av dataanvändningslagarna sitter i grundlagarna som är svåra att förändra. Sveriges lagar gällande datahantering är mer fokuserad på risk än nytta, där Sverige jämfört med resten av EU har fem gånger fler regler som begränsar användningen av data. Ekholm (2020) anser att Sverige är för juridiskt driven, och att staten inte ser nyttan som ett datadrivet samhälle kan ge. Exempelvis tog det 17 år för läkare att kunna få tillgång till att se vad för recept en annan läkare har skrivit ut till en patient, trots att det endast handlade om tillgång i ett datasystem (Ekholm, 2020).

### 8.2.12 Framgångsrika utvecklingsprojekt implementeras inte i den dagliga verksamheten

Enligt Krohwinkel (2020) är den projektmodell som ofta används som utvecklingsmodell för primärpreventiva insatser en anledning till att primärprevention inte har en självklar ställning inom hälso- och sjukvården. Projektmodellen är lämplig om det finns ett behov av att visa ett utfall av ett initiativ i ett avgränsat sammanhang. Däremot är inte projektmodellen anpassad för att implementera lyckade projekt i den vardagliga verksamheten (Krohwinkel, 2020).

Linander (2020) instämmer och tillägger att anledningen till att det inte skapas långsiktiga primärpreventiva insatser beror på att de lyckade projekten inte blir systematiserade eller en del av hälso- och sjukvårdens arbetssätt.

Bokström (2020) berättar att orsaken till att projektmodellen ofta används är på grund av att det är enklare att få loss tillfälliga medel för att finansiera projekt. Krohwinkel (2020) berättar även att finansiering för projekt eller forskningsstudier går att söka via staten men för att genomföra en grundlig systemförändring och införa det primärpreventiva arbetssättet i den vardagliga verksamheten krävs det regionalt stöd och förändringar i den regionala styrningen (Krohwinkel, 2020).

### **8.2.13 Primärvårdens arbete med levnadsvanor är bristfälligt**

Cirka 75 – 80 procent av Sveriges invånare besöker primärvården varje år där grupper med lägre socioekonomiska förhållanden är överrepresenterade vid besöken (Bjerstam, 2020; Vårdanalys, 2016). Vidare träffar barn- och mödrahälsovården en stor andel av befolkningen genom regelbundna hälsobesök berättar Bjerstam (2020). Det tyder på att primärvården har goda förutsättningar att fånga upp en stor del av befolkningen med ohälsosamma levnadsvanor när patienten redan är på plats (Bjerstam, 2020).

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2018d) bör vården identifiera ohälsosamma levnadsvanor även om patienten har sökt vård för andra besvär. Däremot skriver Vårdanalys (2016) att primärvårdens goda förutsättningar för att identifiera ohälsosamma levnadsvanor hos befolkningen inte utnyttjas i praktiken. I dagsläget ges mer resurser enligt Bjerstam (2020) till att minska symtomen än att identifiera och behandla den bakomliggande orsaken. Enligt Vårdanalys (2016) visat tillgänglig statistik att andelen som själva har rapporterat att de har en ohälsosam levnadsvana är betydligt större än andelen som identifierats via vården. Dessutom visar statistiken att läkare har en tendens att diskutera levnadsvanor i högre utsträckning med individer med bättre socioekonomiska förhållanden (Vårdanalys, 2016). Enligt en undersökning från Socialstyrelsen (2015) om hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete är det få individer som uppger att levnadsvanor har diskuterats vid vårdbesök. Dessutom uppger endast 50 procent av vårdpersonalen att de arbetar med rådgivning kring levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2015).

Vidare berättar Ekholm (2020) att åtgärder mot identifierade ohälsosamma levnadsvanor erbjuds i begränsad utsträckning i primärvården. Detta bekräftar en undersökning från Socialstyrelsen (2015) om hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete där endast 1–2 procent av patienterna med en identifierad ohälsosam levnadsvana har fått en dokumenterad förebyggande insats.

Liknande situation kan enligt Bjerstam (2020) även ses på barn- och mödrahälsovården då det inte finns tydliga riktlinjer kring hur de identifierade ohälsosamma levnadsvanorna ska åtgärdas.

Däremot skriver Vårdanalys (2016) att det bara är hälften av alla regioner som samlar in journaldata kring förebyggande arbete och därav ger inte statistiken en heltäckande bild över hälso- och sjukvårdens arbete. Orsaken till att arbetet inte dokumenteras hos vissa regioner är journalsystem som inte möjliggör dokumentation av primärpreventiva insatser (Vårdanalys, 2016).

#### **8.2.14 Rutinmässig uppföljning av primärpreventiva insatser saknas**

Socialstyrelsen (2018d) skriver att i dagsläget finns det ett flertal utmaningar förknippade med uppföljningen av regionernas primärpreventiva insatser. Som tidigare nämnt har dataregistren över ohälsosamma levnadsvanor en låg täckningsgrad som dels beror på att möjligheten för att rapportera ohälsosamma levnadsvanor till patientregistret inte finns för alla regioner. Dels beror det på att det endast är tillåtet för läkare att samla in uppgifter kring primärpreventiva insatser enligt rådande lagstiftning (Socialstyrelsen, 2018d). Det pågår ett arbete för att utveckla patientregistret där möjligheten att registrera insatser från andra yrkesgrupper än läkare undersöks. Dessutom bedriver den kommunala hälso- och sjukvården preventiva insatser mot ohälsosamma levnadsvanor och det är därför viktigt att på sikt även kunna följa upp insatserna både på grupp- och individnivå inom kommunerna (Socialstyrelsen, 2018d).

Enligt Vårdanalys (2016) finns det i dagsläget inga rutiner för hur primärvårdens arbete med levnadsvanor ska följas upp av regioner. En kontinuerlig uppföljning av insatserna kan ge regionerna en bättre förståelse över hur arbetet utvecklas inom de olika verksamheterna. Exempelvis kan de vårdcentraler som har ett lågt deltagande i hälsosamtal bli utredda för att hitta orsaken till vad det beror på och sedan få hjälp för att öka deltagandet. Det finns även en önskan från vårdcentralerna för en mer aktiv uppföljning av preventiva insatser då de anser att det kan öka motivationen för det förebyggande arbetet. För att underlätta uppföljningen av insatserna behövs det dokumentationsrutiner som följer Socialstyrelsens specifikationer för det förebyggande arbetet (Vårdanalys, 2016).

## 9 Analys och diskussion

*Följande kapitel behandlar en analys och diskussion av resultatet. Kapitlet inleds med en diskussion kring huruvida primärprevention kan motverka de identifierade utmaningarna inom hälso- och sjukvården i Skåne. Vidare analyseras spridningen av primärpreventiva insatser utifrån det konceptuella ramverket. Slutligen avslutas kapitlet med förslag på de förändringar som bör ske för en framtid där primärprevention utgör en större del av Skånes hälso- och sjukvård.*

*I detta kapitel besvaras följande forskningsfrågor:*

**1. Vilka utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar finns i Skånes hälso- och sjukvård samt hur kan primärprevention användas för att motverka dessa?**

**2.3 Vilka faktorer hindrar adoptionen av primärprevention?**

**2. Vilka förändringar behöver ske för att primärprevention ska utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård?**

### 9.1 Kan primärprevention vara lösningen till hälso- och sjukvårdens utmaningar i Skåne?

Följande del av analysen innefattar en diskussion om huruvida möjligheterna med primärprevention kan motverka de utmaningar inom hälso- och sjukvården som är presenterade i avsnitt 8.1. Sammanfattningsvis är flertalet av hälso- och sjukvårdens utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar i Skåne möjliga att motverka med hjälp av primärprevention.

Självfallet går det inte att påverka den demografiska utvecklingen. Däremot hade utvecklingen av kroniska sjukdomar kunnat minska om allt fler människor levde hälsosamt. Via primärpreventiva insatser kan ohälsosamma levnadsvanor hos en befolkning identifieras och motverkas. Således kan primärprevention på sikt leda till att antalet personer med ohälsosamma levnadsvanor minskar vilket i sin tur kan minska utvecklingen av kroniska sjukdomar.

Om färre människor insjuknar i kroniska sjukdomar minskar även vårdkonsumtionen eftersom färre människor kommer att behöva långvarig vård. Följaktligen leder det till en minskad belastning på hälso- och sjukvården och en frigöring av de resurser som personer med kroniska sjukdomar upptar. Förhoppningsvis kommer det innebära att bristen på vårdplatser och överbeläggningar runtom i landet minskar vilket även kommer att innebära att tillgängligheten och kvalitén på vården ökar. Dessutom kommer det troligtvis även leda till att kompetensbrist inte råder i samma utsträckning.

Ett minskat vårdbehov kommer på sikt att leda till minskade kostnader för hälso- och sjukvården men även för samhället i stort då flertalet indirekta kostnader även kommer att bli påverkade. De besparingar som primärprevention ger upphov till innebär att skatteintäkterna kommer att kunna möta hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling i större grad. Hälso- och sjukvården kan då ta hand om det sjukdomspanorama som Skåne står inför.

Slutligen kommer införandet av primärpreventiva insatser troligtvis att leda till förändrade arbetssätt och strukturer i hälso- och sjukvården. I dagsläget får akutvården ta en stor del av hälso- och sjukvårdens ansvar då patienter söker sig dit i förstahand. Förhoppningsvis kommer primärprevention innebära att ett större fokus riktas mot primärvården som genomför insatserna. Införandet av primärprevention kommer förmodligen även göra resurserna mer jämnt fördelade mellan vårdaktörerna där primärvården blir patientens första steg i vårdkedjan. Vidare kommer primärprevention troligtvis att involvera patienten i större grad i sin egen vårdprocess. På så sätt flyttas en del av hälso- och sjukvården från vårdkedjan till patienten själv vilket i sig kommer att leda till ökad vårdkvalitet, minskad vårdkonsumtion och minskade kostnader.

## 9.2 Analys utifrån det konceptuella ramverket

### 9.2.1 Diffusion av innovationer

Livsstilens betydelse för hälsan har sedan länge varit känt. Vidare finns det vetenskaplig evidens att förekomsten och utvecklingen av flera kroniska sjukdomar kan förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor. Utöver det har konceptet primärprevention varit känt sedan 40-talet. Trots dessa insikter bedrivs inte primärprevention i stor utsträckning i Skånes hälso- och sjukvård. Däremot börjar primärprevention bli en större diskussion inom hälso- och sjukvården och under hösten 2020 ska Region Skåne införa sin första etablerade primärpreventiva projekt i form av riktade hälsosamtal.

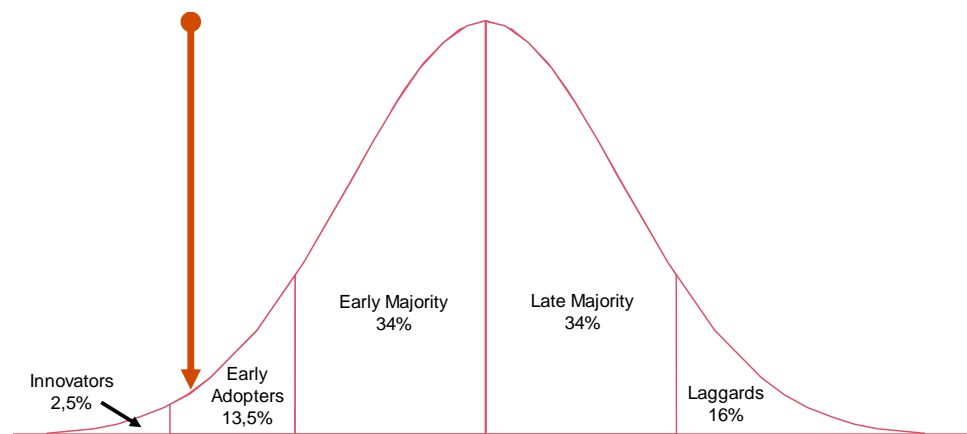
Därav är det intressant att analysera spridningen av primärpreventiva insatser, vad som kan hindra medborgare att anamma insatserna samt ge förslag på hur spridningen kan accelereras.

Innovationsbeslutsprocessen påbörjas med att kunskap om en innovation finns. I dagsläget utnyttjar inte primärvården sin stora kontaktyta mot befolkningen för att diskutera levnadsvanor och sprida kunskap om primärpreventiva insatser. Dessutom diskuterar läkare levnadsvanor främst med människor som har bättre socioekonomiska förutsättningar trots att ohälsosamma levnadsvanor finns i större utsträckning hos gruppen med sämre socioekonomiska förhållanden. Eftersom människor med sämre socioekonomiska förutsättningar är överrepresenterade i primärvården och att primärvården generellt har en hög täckningsgrad finns det en stor outnyttjad potential i deras arbete med levnadsvanor. Därav bör primärvården ta vara på de tillfällen då patienten är redan på plats och sprida kunskap om primärpreventiva insatser i större utsträckning. Vidare är samhällets norm att söka hälso- och sjukvård då symtom har uppvisats och inte i förebyggande syfte vilket försvårar spridningen av kunskap om preventiva insatser ytterligare.

Även hälsolitteracitet kan påverka spridningen av primärprevention. Personer med hög hälsolitteracitet är mer mottagliga för hälso- och sjukvårdsinformation och tar egna initiativ för att lära sig om förebyggande metoder. Denna grupp har troligtvis en lägre tröskel till att delta i primärpreventiva insatser trots att behovet troligtvis är större hos gruppen med lägre hälsolitteracitet. Kunskapsspridning bör således riktas mot grupper med lägre hälsolitteracitet för att sänka deras tröskel att anamma primärpreventiva insatser.

För att primärpreventiva insatser ska få spridning i samhället bör de adopteras av en majoritet av befolkningen. *Innovators* anses vara individer med hög hälsolitteracitet som aktivt har efterfrågat primärpreventiva insatser. *Early adopters* anses vara individer med en relativt hög hälsolitteracitet och som är villiga att genomföra en förändring för att förbättra sin hälsa. *Early adopters* uppfattningar om primärpreventiva insatser är avgörande för framgången av primärprevention och för spridningen till *Early majority* och resterande adoptionskategorier. *Late majority* kommer att anamma primärpreventiva insatser då det utgör en självklar del av hälso- och sjukvården. Slutligen kommer *Laggards* att anamma primärprevention då insatserna är en norm i hälso- och sjukvården.

Att analysera diffusionen av primärprevention är i dagsläget svårt då insatserna inte erbjuds till alla. Förebyggande åtgärder erbjuds främst till patienter i riskgrupper då hälso- och sjukvården har begränsade resurser för det primärpreventiva arbetet. Vidare kommer hälsosamtalen i första stadiet endast att erbjudas till de som fyller 40 år och är inskrivna på 11 av de 158 antal vårdcentraler som finns i Skåne. Eftersom primärpreventiva insatser endast erbjuds i begränsad utsträckning går spridningen långsamt och primärprevention befinner sig i början av adoptionskurvan, se figur 9.1. För att påskynda spridningen och nå resterande adoptionskategorier bör hälso- och sjukvården utöka insatserna till fler åldersgrupper.



**Figur 9.1 Diffusion av innovationer.**



För primärprevention anses den relativa fördelen vara låg eftersom vinsterna med primärpreventiva insatser inte ses förrän på lång sikt tillsammans med det faktum att insatserna inte kan garantera att sjukdom inte uppstår. Då den relativa fördelen är den viktigaste faktorn för adoption av innovationer anses det vara en av de större anledningarna till att människor inte anammar primärpreventiva insatser. Därav bör hälso- och sjukvården tydligare kommunicera ut fördelarna med primärpreventiva insatser.

Hur kompatibel en preventiv insats är med en persons liv och livsstil är individberoende. Personer som redan lever hälsosamt till viss grad eller vill leva mer hälsosamt tycker troligtvis att primärpreventiva insatser är mer kompatibla än de som har flera ohälsosamma levnadsvanor. Därav anses kompatibiliteten vara individberoende och kan kopplas till de olika adoptionskategorierna. *Innovators* och *Early Adopters* är mer mottagliga för förändring och i vissa fall söker de efter en förändring på egna initiativ. Därför anses primärpreventiva insatser vara mer kompatibla med deras livsstil. Däremot är inte kompatibiliteten lika hög för resterande kategorier. För att höja kompatibiliteten bör hälso- och sjukvården erbjuda primärpreventiva insatser som är mer anpassade efter personens liv och livsstil.

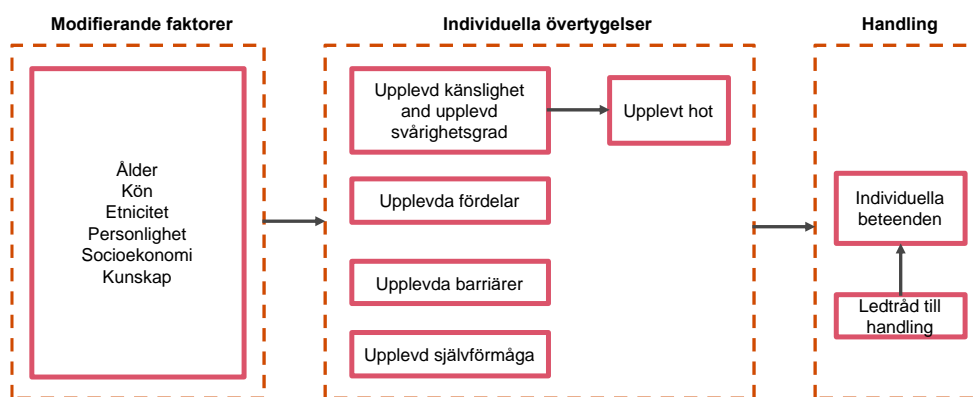
Komplexiteten anses vara hög då det är svårt för människor att förändra sina levnadsvanor. Att genomföra den primärpreventiva insatsen, exempelvis gå på ett hälsosamtal, är i sig inte komplext. Däremot är livsstilsförändringen som hälsosamtalet föreslår förknippad med en del utmaningar som är beskrivna i avsnitt 8.2.1, vilket ökar komplexiteten. Olika grupper motiveras av olika metoder och hälso- och sjukvården i Skåne bör anpassa både samtal via samtalspedagogik och föreslagna åtgärder till individen för att minska komplexiteten.

Testbarheten anses vara låg då det i dagsläget är svårt för individen att genomföra primärpreventiva insatser. Insatserna erbjuds inte på alla vårdcentraler och vissa tar betalt för insatserna. För att öka testbarheten bör tillgängligheten av primärpreventiva insatser öka och kostnaden sänkas. Exempelvis genom att erbjuda primärpreventiva insatser på alla vårdcentraler till en låg alternativt ingen kostnad. För att öka tillgängligheten och minska resekostnaderna samt tidsåtgången bör hälso- och sjukvården även överväga att erbjuda insatserna via digitala hjälpmedel. De hälsosamtal som Region Skåne ska införa kommer att vara avgiftsfria för patienten vilket kommer att öka testbarheten men än så länge kommer de endast att erbjudas på ett fåtal utvalda vårdcentraler och till en specifik åldersgrupp vilket sänker testbarheten. Därav bedöms testbarheten för insatsen som låg. Däremot ska hälsosamtalen införas på bredden på samtliga vårdcentraler i Skåne om de visar positiva resultat vilket kommer att öka testbarheten för den åldersgrupp hälsosamtalen kommer att införas för.

Primärpreventiva insatser har en låg observerbarhet då det inte finns en direkt länk mellan insatserna och de hälsoutfall som en individ får under sin livstid. Det är svårt att veta hur hälsan har påverkats av enbart insatserna då hälsans bestämningfaktorer är många och effekten av insatserna ofta syns på lång sikt. Vidare är utfallen oftast en avsaknad av ett sjukdomstillstånd som personen inte ens från början visste att hen skulle få. För att öka observerbarheten bör hälso- och sjukvården erbjuda uppföljning av insatserna och hälsoläget bör dokumenteras vid varje tillfälle. På så sätt blir det enklare att visualisera fördelarna som insatserna har lett till om värdena har förbättrats mellan tillfällena. I dagsläget sker uppföljningen via fysiska möten men förhoppningen i framtiden är att utnyttja medicinska apparater som mäter värden i hemmet. Då människor har enklare att relatera till personer som de litat på eller ser upp till kan hälso- och sjukvården använda sig av publika figurer eller opinionsbildare för att kommunicera ut fördelarna med primärpreventiva insatser. Dessutom kan hälso- och sjukvården använda sig av framgångshistorier om människor som har genomfört insatserna och fått en positiv förändring. På så sätt kan observerbarheten öka.

I och med de karaktärsdragen primärprevention besitter kommer spridningen ta lång tid. Via ovanstående förslag för respektive karaktärsdrag kan spridningen påskyndas.

## 9.2.2 Health Belief Model



Figur 9.2 Health Belief Model.

Följande del av analysen behandlar vad hälso- och sjukvården bör göra för att övertyga människor att genomföra primärpreventiva insatser och anamma hälsosamma levnadsvanor, se figur 9.2. De modifierande faktorerna är grunden till vilka övertygelser en människa har och vilka handlingar en människa genomför. De är svårföränderliga och det är främst individers kunskap som samhället kan påverka.

En människa måste enligt de individuella övertygelserna uppleva ett hot med att utveckla en sjukdom, inse att de upplevda fördelarna med att genomföra en primärpreventiv insats är större än barriärerna samt känna att hen har en upplevd självförmåga för att hen ska genomföra den preventiva insatsen.

För att få medborgare att uppnå en upplevd känslighet och upplevd svårighetsgrad bör hälso- och sjukvården kommunicera ut att det finns ett tydligt samband mellan ohälsosamma levnadsvanor och ett antal allvarliga sjukdomstillstånd. Dessutom bör hälso- och sjukvården belysa de allvarliga konsekvenserna, inte endast hälsomässiga utan även ekonomiska och sociala som kroniska sjukdomar kan föra med sig.

Hälso- och sjukvården bör även kommunicera ut fördelarna som primärpreventiva insatser kan föra med sig och övertyga medborgarna om dem för att öka den upplevda fördelen. Fördelarna är inte endast hälsorelaterade utan innefattar också ekonomiska- och sociala besparingar som minskade sjukvårdskostnader och förbättrad livskvalité.

För att minska de upplevda barriärerna bör hälso- och sjukvården främst arbeta med att sänka de ekonomiska och tidsmässiga barriärerna samt tillgängliggöra insatserna i större utsträckning. Om insatserna erbjuds på flertalet vårdcentraler till en låg alternativt ingen kostnad är sannolikheten större att deltagandet ökar. Det kan även vara fördelaktigt att utnyttja digitaliseringens möjligheter och exempelvis erbjuda insatserna via digitala hjälpmedel.

Att människan har en upplevd självförmåga utgör en viktig komponent i anammandet av primärpreventiva insatser. För att patienter ska hitta motivationen och viljan att genomföra livsstilsförändringen bör hälso- och sjukvården stödja patienten under hela processen med rätt medel och på rätt sätt. Exempelvis är samtalspedagogik en viktig del av insatsen då den kan hjälpa patienten att tro på sin egen förmåga.

Genom att skicka ut information om och kallelser till primärpreventiva insatser kan även en ledtråd till handling initieras. För de hälsosamtal som ska införas i Region Skåne kommer en kallelse att skickas ut vilket förhoppningsvis kommer att öka motivationen för deltagande.

## 9.3 Vilka förändringar behöver ske?

Att genomföra förändringar i hälso- och sjukvården är komplext då det krävs åtgärder från alla aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvårdssystemet. Det kräver förändringar i styrning, arbetssätt och lagar tillsammans med en omstrukturering och ökad samverkan av aktörer.

Enligt regnbågsmodellen, som är beskriven i avsnitt 4.1, bör även förändringar genomföras på flera olika nivåer i samhället för att påverka folkhälsan såsom på nationell nivå, regional nivå och individnivå.

Eftersom större delen av Sveriges medborgare vill förbättra sin hälsa och att vårdpersonal även vill jobba mer primärpreventivt finns det en stor chans till att införandet av primärprevention kommer att nå framgång och värdesättas.

Avsnittet är främst baserat på empiri och litteratur från de utmaningar som har identifierats i avsnitt 8.2. Vidare är de utmaningar som har identifierats och de förändringar som har föreslagits i avsnitt 9.2 i analysen av det konceptuella ramverket även inkluderade. Se figur 9.3 för en kartläggning över identifierade utmaningar och respektive förslag till förändring för att motverka utmaningen.



Figur 9.3. Hur utmaningarna är relaterade till föreslagna förändringar.

### 9.3.1 Ökad kommunikation om primärprevention

Eftersom brist på kunskap kan vara en av anledningarna till att en stor andel av befolkningen lever ohälsosamt kan en ökad kommunikation kring ohälsosamma levnadsvanor, deras generella påverkan på hälsan och hur de markant ökar risken för att utveckla kroniska sjukdomar vara en lösning för att öka medvetenheten hos befolkningen.

Om en individ är medveten om sina ohälsosamma levnadsvanor och de risker det för med sig kan bristen på en beteendeförändring förknippas till svårigheterna med att anamma en hälsosam livsstil, se avsnitt 8.2.1. Därav kan det vara signifikant att informera om primärpreventiva insatser och dess fördelar som kan förenkla en livsstilsförändring. Således kan även människors upplevda fördel kring primärprevention öka.

Eftersom det är mestadels människor med hög hälsolitteracitet som aktivt söker efter hälsoinformation bör kommunikationen främst riktas mot människor med låg hälsolitteracitet. Eftersom människan enklare tar till sig information från media än från hälso- och sjukvården kan det även vara fördelaktigt att använda opinionsbildare för att sprida information.

Slutligen för att erhålla en långsiktig strategi bör information kring primärpreventiva insatser koncentreras på den nya generationen då vanor sätts i ung ålder. Genom att informera nyblivna föräldrar om signifikansen hälsosamma levnadsvanor har för barnets framtida hälsa kan hälsosamma vanor redan sättas under uppväxten. Vanor som troligtvis kommer att följa med upp i vuxen ålder.

### 9.3.2 Primärpreventiva insatser bör anpassas efter patienten

Eftersom hälsans bestämningsfaktorer är många är det viktigt att vid introduktionen av primärpreventiva program först studera de faktorer som påverkar människors beteende. Studien bör vara specifik till den plats där insatsen ska genomföras vilket innebär att hälso- och sjukvården i Skåne bör studera de faktorer som är specifika för Skånes invånare.

Rådgivning kring levnadsvanor ges på ett sätt som respekterar individens självbestämmande och integritet. Dessutom bör den förebyggande insatsen inte sätta alltför höga krav på mottagaren då det kan riskera att försämra individens självförmåga och därmed försvåra en livsstilsförändring. Eftersom individen själv har en betydande del i framgången av en preventiv insats är det även viktigt att inkludera patienten i vårdbesluten så att hen känner ett ansvar för sin egen hälsa.

Primärpreventiva insatser och åtgärder bör anpassas utefter individens livssituation, möjlighet att tolka och använda hälsoinformation samt förmåga och vilja att ta emot en insats. På så sätt kan den primärpreventiva insatsen motivera patienten istället för att skuldbelägga hen. Förslagsvis kan rådgivande samtal läggas på olika nivåer beroende på patientens hälsolitteracitet för att säkerhetsställa att informationen når deltagaren. Ett sätt kan vara genom att använda enklare språk eller olika kommunikationsformer. Eftersom ett svagt socialt stöd kan sänka en människas självförmåga och möjlighet att anamma primärpreventiva insatser bör de som är utsatta erbjudas mer stöd från hälso- och sjukvården.

Som nämnt i avsnitt 8.2.1 drivs människan av gruppen. För att öka individens motivation till att genomföra en förändring kan vården skapa ett socialt sammanhang kring primärpreventiva insatser. Förslagsvis genom att sammanföra de människor som ska genomföra samma förändring. Genom att människor ser att det finns fler i en liknande situation ökar troligtvis deras chans att hitta stöd och motivation till att genomföra beteendeförändringen. De hälsosamtal som ska införas i Skåne bygger till viss del på detta då en hel åldersgrupp blir kallade, se kapitel 7.

För att öka adoptionen av primärpreventiva insatser bör de även bli mer tillgängliga. I dagsläget erbjuds endast primärpreventiva insatser om de identifieras vid ett ordinarie vårdbesök och främst då patienten tillhör en riskgrupp. Vidare kommer de hälsosamtal som ska införas endast erbjudas på ett fåtal vårdcentraler till en specifik åldersgrupp. Därav bör fler åldersgrupper och fler vårdcentraler inkluderas i Region Skånes arbete med hälsosamtal för att öka spridningen. Det går även att öka tillgängligheten genom att exempelvis minska tidsmässiga och ekonomiska barriärer. Genom att ta vara på digitaliseringens möjligheter är det möjligt att genomföra primärpreventiva insatser på distans för att minska tidsåtgången, se avsnitt 9.3.10 för en mer utförlig diskussion. För att sänka den ekonomiska barriären bör dels insatserna erbjudas till en låg alternativ ingen kostnad alls på vårdcentralerna, något som Region Skåne bör fortsätta med. Dels bör åtgärden anpassas efter patientens ekonomiska situation. Exempelvis genom att erbjuda ekonomiskt stöd till patienter med begränsade resurser såsom rabattkuponger på hälsosam mat eller gratis resor vid deltagande i hälsosamtal.

Slutligen genom att följa upp preventiva insatser är det möjligt att motivera patienten till att bevara de hälsosamma levnadsvanorna. Via uppföljningar är det även enklare att visualisera de positiva hälsöförändringarna som patientens livsstilsförändringar har givit upphov till.

### **9.3.3 Primärprevention bör utgöra en del av det vardagliga arbetet**

Primärvårdens bristfälliga arbete med levnadsvanor beror till stor del på att arbetet bortprioriteras när resurserna blir knappa och arbetsbelastningen ökar i en verksamhet. Det beror även på att primärvården i dagsläget saknar strukturella förutsättningar för att genomföra arbetet. Trots faktumet att Region Skåne har rutiner kring rekommenderade åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor finns det indikationer på att medborgare inte får hjälp med att förändra sin livsstil, se avsnitt 8.2.13. Därav bör arbetet med levnadsvanor integreras i större utsträckning i processer och rutiner så att det utgör en del av det vardagliga arbetet. Dessutom bör primärvården se till att personalen har de förutsättningar som krävs, både i form av tid och kunskap, för att utföra det förbyggande arbetet. Vidare bör personalens möjlighet att ta del av utbildningar i primärpreventiva metoder utökas då det utgör en viktig förutsättning för det primärpreventiva arbetet.

### **9.3.4 Primärprevention bör ses som en långsiktig investering**

Då det är politiker som styr de resurser som läggs på primärpreventivt arbete krävs det politiskt mod och engagemang för att primärprevention ska prioriteras. Dessutom bör politiker tänka mer långsiktigt och se de kortsiktiga kostnaderna för primärprevention som en långsiktig investering.

Som nämnt tidigare finns det kommunikationsbarriärer mellan politiker och hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en barriär till att målen kring det förebyggande arbetet inte uppfylls. Bättre kommunikation mellan politiker och hälso- och sjukvården anses vara nödvändigt för att resurserna ska kunna avsättas där behoven finns.

Eftersom mandatperioder varar i endast fyra år och det faktum att primärprevention utgör bara en kostnad på kort sikt skapas två olika dilemman. Det första dilemmat innebär att det är de regerande politikerna som behöver stå för kostnaderna för införandet av primärpreventiva insatser. Således är det även de som behöver göra en uppoffring i budgeten för en vinst som kan komma att visa sig långt fram i tiden då andra politiker sitter på makten. Följaktligen kan det innebära att andra politiker än de som gjorde grovarbetet och stod för kostnaderna får vinsterna vilket anses vara ogynnsamt från politikernas synvinkel. Det andra dilemmat innebär att hela oppositionen måste vara ense om en långsiktig investering i primärprevention då det är ett arbete som måste fullbordas över lång tid. På kort sikt utgör primärprevention framförallt en kostnad och inte en besparing. Således är det inte gynnsamt att primärprevention införs under en mandatperiod för att sedan avskaffas under nästa.



Att primärprevention kan leda till en förbättrad folkhälsa och minskade kostnader är flertalet aktörer överens om. Däremot finns det ingen forskning som visar med säkerhet att primärprevention leder till minskade kostnader eller vilka primärpreventiva metoder som kan leda till störst besparingar. Som Caesar och Bjerstam (2020) föreslår krävs mer evidensbaserad kunskap för att kunna övertyga oppositionen.

Eftersom det i dagsläget inte har funnits ett långsiktigt politiskt stöd har en projektmodell ofta använts som utvecklingsmodell för primärpreventivt arbete då det är enklare att få loss tillfälliga medel för att finansiera projekt än att genomföra en hel systemomställning. Att arbeta i projektform kan vara ett bra tillvägagångssätt för att främja nya arbetssätt och innovationer men problemet ligger i att projekten ofta läggs ner och blir bortglömda istället för att implementeras på bredden i hälso- och sjukvården. För att inte gå miste om effektiva primärpreventiva innovationer bör det finnas riktlinjer kring huruvida projekt ska utvärderas och möjligen implementeras i den dagliga verksamheten om de har varit framgångsrika.

Sammanfattningsvis krävs det ett långsiktigt politiskt stöd för att primärprevention ska prioriteras i större grad i hälso- och sjukvården. Det förebyggande arbetet får inte ses som ett politiskt spel utan bör betraktas som en nödvändighet för att upprätthålla en hållbar hälso- och sjukvård. Som Hellénus (2020) föreslår behövs det en politiker kunnig inom området som för primärpreventionens talan i den politiska diskussionen. Vidare behövs även ett aktivt stöd och engagemang från professionen exempelvis från hälso- och sjukvårdsledning och läkare för att det primärpreventiva arbetet ska få en central roll i verksamheten.

### **9.3.5 Budgeten för primärprevention bör separeras från hälso- och sjukvårdsbudgeten**

Det har funnits flera framgångsrika primärpreventiva satsningar som har haft politiskt stöd men som sedan har lagts ner då andra avdelningar inom hälso- och sjukvården har behövt resurserna. Primärprevention har således endast utgjort en kostnad för hälso- och sjukvården då fördelarna inte har hunnit visa sig. Eftersom budgeten för primärprevention ligger under hälso- och sjukvårdens budget blir det ständigt en fråga ifall resurserna ska gå till akuta vårdbehov eller till förebyggande insatser åt friska människor. Självfallet får den traditionella hälso- och sjukvården följaktligen alltid resurserna. Även om hälso- och sjukvården bör tänka mer långsiktigt är det ett etiskt dilemma som är svårt att lösa så länge de båda delarna ligger under samma budget. Efter en viss tid kommer primärprevention att både leda till lägre kostnader och rädda ett större antal människor från sjukdom än vid exempelvis tertiärpreventiva insatser.

Ett förslag till hur dilemmat kan undvikas är om budgeten för det förebyggande arbetet separeras från hälso- och sjukvårdens budget. På det sättet konkurrerar inte resurserna för primärprevention med vårdens medel.

### **9.3.6 Ett rörligt ersättningssystem bör införas för primärpreventiva insatser**

Vårdcentraler har i dagsläget ett rörligt ersättningssystem där de får ersättning per utförd vårdinsats. Eftersom primärprevention inte räknas som vård har det inte funnits ekonomiska incitament för att genomföra primärpreventiva insatser. För att skapa ekonomiska incitament sådana att primärprevention prioriteras bör därav ett rörligt ersättningssystem införas för primärpreventiva insatser. Region Skåne har planerat att införa ett rörligt ersättningsbidrag för de hälsosamtal som ska implementeras under hösten 2020 vilket förhoppningsvis kommer att motivera vårdcentralerna till att arbeta mer primärpreventivt.

### **9.3.7 Ökad samverkan av aktörer**

Primärvården har i dagsläget det främsta ansvaret för det primärpreventiva arbetet men de är endast en av flera aktörer, både inom och utanför hälso- och sjukvården, som har möjlighet att påverka människors hälsa. Gemensamma insatser från aktörer i samhället bör initieras för att underlätta det primärpreventiva uppdraget, erhålla största möjliga effekt av insatserna samt öka primärpreventiva arbetets täckningsgrad. Exempelvis bör ett tätare samarbete inledas inom primärvårdens enheter där barn- och mödrahälsovården är inkluderade då de tillsammans sitter på värdefull information om individers levnadsvanor under olika faser i livet.

Vidare bör även den regionala hälso- och sjukvården öka samarbetet med kommunerna då de ansvarar för flertalet välfärdstjänster som påverkar befolkningens hälsa som exempelvis Socialtjänsten och äldreomsorgen. De sitter även på värdefull information om individers livssituation och levnadsvanor. Dessutom bör ett samarbete inledas med privata aktörer som apotek, livsmedelsbutiker och gym som besitter information om individers levnadsvanor i det vardagliga livet. Det kan hjälpa hälso- och sjukvården att individanpassa åtgärderna på ett bättre sätt då en mer komplett helhetsbild av individers livsstil kan erhållas.

Vid FaR behöver patienterna ofta stå för kostnaden själva vilket skapar en ekonomisk barriär. Genom att hälso- och sjukvården samarbetar med lokala idrottsföreningar och ger bidrag är det möjligt att sänka kostnaden för FaR.

Vidare kan även hälso- och sjukvården samarbeta med arbetsgivare beträffande primärpreventiva insatser. Arbetsgivare gynnas genom att närvaron på arbetsplatserna ökar och prestationsförmågan förbättras samtidigt som hälso- och sjukvården inte behöver stå för hela kostnaden. För att främja innovation och samarbete mellan privata, offentliga och ideella aktörer och erhålla kapital för utvecklingen av primärpreventiva insatser bör även sociala utfallskontrakt initieras i större utsträckning. På så sätt behöver inte hälso- och sjukvården stå för hela den finansiella risken och de får även kunskap och hjälp från en oberoende aktör.

För att samverkan av aktörer ska bli verkligt behövs däremot en fristående aktör som tar på sig ansvaret för samordning. I dagsläget är hälso- och sjukvården alltför hög belastad för att ta på sig detta ansvar.

### **9.3.8 Beroendet och ansvarsfördelningen mellan aktörer bör förtydliggöras**

Det behövs initiativ för att stödja samverkan av och förtydliga ansvarsfördelningen hos aktörer både inom och utanför hälso- och sjukvården. Nedanför diskuteras två av de större stuprörproblematikerna som är beskrivna i avsnitt 8.2.7.

Kostnaderna för kroniska sjukdomar utgörs inte endast av direkta hälso- och sjukvårdskostnader utan en stor del utgörs även av indirekta kostnader såsom sjukförsäkringskostnader. Eftersom de indirekta kostnaderna inte drabbar hälso- och sjukvårdssystemet påverkas hälso- och sjukvården endast av en liten del av den totala kostnaden för kroniska sjukdomar. Det gör att hälso- och sjukvårdens ekonomiska incitament till att arbeta förebyggande är mindre än vad det hade kunnat vara om vård- och sjukförsäkringssystemet var sammankopplade. För att öka hälso- och sjukvårdens ekonomiska incitament till att arbeta förebyggande krävs ett initiativ till att öka beroendet och ansvarsfördelningen kring sjukskrivningsprocessen mellan de båda aktörerna.

Ett liknande problem kan ses mellan regioner och kommuner. Båda enheterna har ett gemensamt ansvar för det förebyggande arbetet men ibland har de motstridande prioriteringar. Dessutom ses enheterna som skilda resultatenheter där respektive enhet måste producera ett positivt resultat. Då det förebyggande arbetet kan gynna bägge enheterna i längden bör de inte betraktas som enskilda produktionsenheter utan som parter i en koncern där ena delen kan gå med förlust för att den andra delen ska gå med vinst. Utifrån respondenternas perspektiv anses inte en aggregering av budgetar aktuellt men genom att förtydliga beroendet och ansvarsfördelningen mellan regionen och dess kommuner kan det resultera i en ökad samverkan där resurserna kan fördelas där de gör mest nytta.

### 9.3.9 Lagen bör skrivas så att det förebyggande arbetet främjas och underlättas

Ett flertal av respondenterna framhäver att uppdraget kring det förebyggande arbetet måste formuleras och kommuniceras som en fast punkt i regelboken för primärvård för att inte bortprioriteras. I dagsläget finns det nationella riktlinjer kring arbetet med primärprevention men trots det erbjuder exempelvis inte alla regioner hälsosamtal. För att hela befolkningen ska få ta del av primärpreventiva insatser bör lagen skrivas sådan att förebyggande insatser är ett ofrånkomligt krav i hälso- och sjukvårdens utbud och inte endast en rekommendation från Socialstyrelsen. Vidare behöver även de legala hinder som försvårar informationsdelning mellan offentliga, privata och ideella sektorn avskaffas för att underlätta samverkan av aktörer.

De fördelar som digitaliseringen kan föra med sig till det primärpreventiva arbetet är svåra att uppnå till följd av hur lagen kring dataanvändning är skriven i dagsläget. För att patientdata ska vara möjlig att använda för analys bör lagen förändras. Som tidigare nämnts behöver analys på gruppnivå ingen koppling till enskilda individer vilket troligtvis kan förenkla en förändring i lagstiftningen. Större delen av befolkningen är positiva till att dela med sig av sin data men den *opt-in* metod som används i dagsläget skapar en barriär då medborgare aktivt måste godkänna att deras data används. Den *opt-out* metod som används i Estland verkar minska barriären då det endast är 0,5 procent av befolkningen som aktivt nekar delning av sin data. Således hade en *opt-out* metod kunnat vara fördelaktigt att införa i Sverige.

En utmaning ligger i att många av dataanvändningslagarna sitter i grundlagarna vilket gör de svåra att förändra. För att Sverige ska kunna bli ett datadrivet samhälle är det däremot en förändring som behöver sättas igång i snar framtid med tanke på att det tog 17 år för lagen att ändras sådan att läkare kunde se en patients samtliga utskrivna recept.

### 9.3.10 Digitaliseringens möjligheter bör utnyttjas

Som Vårdanalys föreslår behövs ett nationellt journalsystem inom hälso- och sjukvården som möjliggör delning av information mellan vårdgivare, både inom regioner och mellan regioner. Möjligheten för Socialtjänsten att dokumentera information om levnadsvanor i journalsystemet bör även utredas. Ett nationellt journalsystem kan öka möjligheten att arbeta förebyggande och mer individanpassat då patientdata från hela individens livslopp kan bli tillgängligt på en och samma plats.

Införandet av SDV är ett steg i rätt riktning då det kommer att föra ihop primär- och slutenvårdens journalsystem för alla vårdenheter i Skåne. Dessutom pågår en diskussion om att journalsystemet ska möjliggöra dokumentation av primärpreventiva insatser vilket hade varit fördelaktigt för att erhålla en bättre bild över människors ohälsosamma levnadsvanor, både på individnivå och befolkningsnivå. Det hade troligtvis även lättat på den administrativa bördan och förenklat uppföljningen av primärpreventiva insatser. Journalsystemet bör även möjliggöra att andra yrkesgrupper än läkare kan journalföra insatserna för att få en heltäckande bild.

Applikationer och digitala hjälpmedel innehåller värdefull information om individers levnadsvanor och bör utnyttjas för att assistera vården i det förebyggande arbetet. Digitaliseringen möjliggör även vård på distans vilket kan göra primärpreventiva insatser tidsmässigt effektiva både för vårdgivare och för patient. Genom att kombinera medicinska apparater som mäter värden i hemmet tillsammans med digitala möten går det att få en mer realistisk bild av en människas levnadsvanor samtidigt som en mängd resurser för hälso- och sjukvården kan frigöras. Digitala hjälpmedel och applikationer kan även bidra till att de negativa effekterna av ohälsosamma levnadsvanor blir mer visuella vilket kan innebära att människor blir mer motiverade till att motverka sina ohälsosamma levnadsvanor. Vidare kan det även innebära att de positiva effekterna av en mer hälsosammare livsstil blir mer synliga vilket också kan vara en motivationsfaktor. Applikationer hade även kunnat hjälpa medborgare att leva mer hälsosamt genom individanpassade tips gällande exempelvis kost och träning. Däremot behöver vårdgivare komma överens om vilka applikationer och medicinska apparater som ska användas för att motverka samordningsproblem.

Medborgare är både positiva till vård på distans och till digitala verktyg som mäter värden i hemmet vilket kan motivera införandet. Majoriteten av befolkningen är även positiva till att dela med sig av sin egeninsamlade hälsodata. Således finns det stor potential för hälso- och sjukvården att ta del av digitaliseringens möjligheter gällande analys av patientdata.

Däremot är hälso- och sjukvårdens IT-system inte mogna för att hantera hälsodata då det är förknippat med en del utmaningar gällande ursprung, typ och kvalitet och behöver därav utvecklas. Som Schildt (2020) föreslår kan det vara fördelaktigt att en fristående aktör kvalitetssäkrar och förädlar den hälsodata som individen genererar innan hälso- och sjukvården får tillgång till den.

### **9.3.11 En rutinmässig utvärdering av primärpreventiva insatser bör införas**

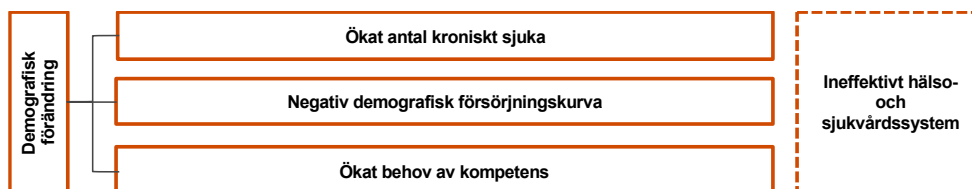
I dagsläget finns det inga rutiner för hur primärpreventiva insatser genomförda av primärvården ska följas upp av regionen vilket försvårar utvärderingen av insatserna. Genom att följa upp det primärpreventiva arbetet är det möjligt att få kunskap om vart det finns brister och vilka förbättringar som behöver ske på både regional och lokal nivå. Istället för att uppfinna hjulet flera gånger kan organisationer på så sätt även lära sig från varandras erfarenheter och få insikter om hur de ska organisera det primärpreventiva arbetet för att få störst effekt. Genom uppföljningsarbete kan information även erhållas om vilka grupper i samhället som nås av det primärpreventiva arbetet. Således kan insatser riktas mot grupper som inte deltar i primärpreventiva insatser. På nationell nivå kan det primärpreventiva arbetet följas upp ur ett jämlikhetsperspektiv för att se hur stora skillnaderna är mellan olika regioner. Dokumentationsrutiner behöver införas för att underlätta uppföljningen av det primärpreventiva arbetet.

# 10 Slutsatser

Följande kapitel innefattar arbetets slutsatser. Det görs via sammanfattande svar på arbetets forskarfrågor och en avslutande kommentar kopplat till huvudsyftet. Vidare följs slutsatserna av en diskussion kring rapportens överförbarhet och resultat. Kapitlet avslutas med arbetets bidrag till industrin och akademien samt förslag på vidare forskning.

## 10.1 Sammanfattande svar till forskningsfrågor

**F.1. Vilka utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar finns i nuläget i Skånes hälso- och sjukvård samt hur kan primärprevention användas för att motverka dessa?**



**Figur 10.1 Hälso- och sjukvårdens utmaningar.**

Primärprevention kan motverka flertalet av hälso- och sjukvårdens utmaningar förknippade med kroniska sjukdomar som är beskrivna i figur 10.1. Framförallt eftersom primärpreventiva insatser kan förebygga ohälsosamma levnadsvanor hos en befolkning vilket på sikt kan minska utvecklingen av kroniska sjukdomar.

Om antalet som insjuknar i kroniska sjukdomar minskar kommer färre människor att behöva resurskrävande vård. Därmed kommer även belastningen på sjukvården att avta. Då vårdkonsumtionen kommer att minska kommer även besparingar att kunna uppnås. De minskade kostnaderna kommer att innebära att skatteintäkterna troligtvis möter kostnadsutvecklingen i större grad. På så sätt kommer hälso- och sjukvården troligtvis att kunna ta hand om det sjukdomspanorama som Skåne står inför.

Dessutom kommer primärprevention troligtvis att leda till förändrade arbetssätt och förändrad struktur i hälso- och sjukvården. Förhoppningsvis kommer fokus att flyttas från den akuta vården till primärvården som då blir patientens första steg i vårdkedjan. Dessutom kommer primärprevention att involvera patienten i större utsträckning i sin egen vård vilket kommer att leda till ökad vårdkvalitet, mindre vårdkonsumtion och minskade kostnader.

## **F.2. Vilka förändringar behöver ske för att primärprevention ska utgöra en större del av Skånes hälso- och sjukvård?**

För att motverka de utmaningar som har identifierats krävs förändringar från alla aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvårdssystemet. Nedan presenteras de förändringar som bör ske för att primärprevention ska kunna utgöra en större del av hälso- och sjukvården i Skåne.

*Ökad kommunikation om primärprevention.* Både om de risker ohälsosamma levnadsvanor för med sig men även om fördelarna med primärpreventiva insatser för att öka medvetenheten och kunskapen hos befolkningen. Informationen bör främst vara riktad mot den nya generationen då vanor sätts i ung ålder samt till människor med låg hälsolitteracitet då de inte på eget initiativ efterfrågar primärpreventiva insatser.

*Primärpreventiva insatser bör anpassas efter patienten.* Insatsen bör läggas på en nivå som känns genomförbar för patienten för att öka motivationen till förändring. Insatserna bör även anpassas utefter individens livssituation som innefattar ekonomiska och sociala levnadsförhållanden samt hälsolitteracitet. För att insatserna ska spridas i större utsträckning bör de erbjudas på fler vårdcentraler och till fler åldersgrupper.

*Primärprevention bör utgöra en del av det vardagliga arbetet.* Primärvårdens arbete med att identifiera ohälsosamma levnadsvanor och erbjuda åtgärder för att motverka dem är bristfälligt i dagsläget. Strukturella förändringar behöver ske och mer resurser behövs för att integrera arbetet i processer och vardagliga rutiner.

*Primärprevention bör ses som en långsiktig investering.* För att arbetet med primärprevention ska få bredare genomslag krävs det politiskt mod och engagemang samt ett långsiktigt synsätt där primärprevention inte får ses som ett politiskt spel utan som en nödvändighet för att klara av de utmaningarna hälso- och sjukvården står inför. För att erhålla politiskt stöd krävs dels mer forskning kring metoder ekonomiska säkerhet och effektivitet dels en politiker på nationell nivå som för preventionens talan i den politiska debatten.



*Budgeten för primärprevention bör separeras från hälso- och sjukvårdens budget. Så länge budgeten för primärprevention ligger under hälso- och sjukvårdens budget kommer resurserna att prioriteras till den behandlande vården då de behoven anses vara mer akuta. För att resurserna för primärprevention inte ska konkurrera med vårdens medel bör budgeten för den förebyggande vården separeras från hälso- och sjukvårdens budget.*

*Ett rörligt ersättningsystem bör införas för primärpreventiva insatser. För att skapa ekonomiska incitament för det förebyggande arbetet bör ett rörligt ersättningsystem införas för primärpreventiva metoder.*

*Ökad samverkan av aktörer. Gemensamma insatser från aktörer i samhället, både inom och utanför hälso- och sjukvården, bör initieras för att underlätta det primärpreventiva uppdraget samt öka dess effekt och täckningsgrad. För att underlätta samarbetet mellan aktörer från olika sektorer i samhället krävs det en aktör med helhetssyn som kan ta på sig samordningsansvaret.*

*Beroendet och ansvarsfördelningen mellan aktörer bör förtydligas. Det behövs rutiner som förtydligar ansvarsfördelningen och beroendet mellan aktörer. Dels krävs initiativ för att öka beroendet mellan hälso- och sjukvården och Socialtjänsten kring sjukskrivningsprocessen. Dels behöver beroendet och ansvarsfördelningen mellan regioner och kommuner förtydligas sådana att enheterna kan betraktas som partner i en koncern istället för enskilda resultatenheter.*

*Lagen bör skrivas så att det förebyggande arbetet främjas och underlättas. Lagen kring det primärpreventiva uppdraget behöver formuleras och kommuniceras som en fast punkt i regelboken för primärvård för att inte bortprioriteras. Dessutom bör legala hinder som försvårar informationsdelningen mellan aktörer upphävas. Slutligen behöver lagen kring dataanvändning förändras för att möjliggöra analys av patientdata i större utsträckning.*

*Digitaliseringens möjligheter bör utnyttjas. Ett nationellt journalsystem som möjliggör informationsdelning mellan vårdgivare inom hälso- och sjukvården samt uppföljning av primärpreventiva insatser bör införas. Dessutom bör vårdens IT-system utrustas med de nödvändiga förutsättningarna för att kunna utnyttja patienternas egeninsamlade hälsodata. För att underlätta hanteringen av hälsodata kan en fristående aktör kvalitetssäkra och förädla hälsodata innan hälso- och sjukvården får tillgång till den.*

*En rutinmässig utvärdering av primärpreventiva insatser bör införas. Dokumentationsrutiner behöver införas för att underlätta uppföljningen av det primärpreventiva arbetet.*

## 10.2 Avslutande kommentar

Syftet med examensarbetet var att undersöka om primärprevention kan motverka de utmaningar som hälso- och sjukvården i Skåne står inför samt att ge förslag på de förändringar som behöver ske för att primärprevention ska utgöra en större del av hälso- och sjukvården i Skåne. Primärprevention har och kommer troligtvis få ännu större betydelse för hälso- och sjukvården i Skåne då den kan motverka flertalet av hälso- och sjukvårdens utmaningar kopplade till kroniska sjukdomar. Författarna anser att det finns goda möjligheter att utöka det primärpreventiva arbetet då det utgör en del av Region Skånes omställningsarbete och då ett pilotprojekt inom området redan har initierats. Däremot finns det flera utmaningar som hindrar en expansion som behöver övervinnas. Det kan möjligen ske via de förändringar som föreslås.

## 10.3 Överförbarhet

Hur en hälso- och sjukvård är uppbyggd ser olika ut i olika länder och kan även skilja sig mellan regioner i Sverige. Det innebär att det inte finns garanti över att resultaten i rapporten är direkt överförbara till länder utanför Sverige eller till andra regioner i Sverige. Däremot eftersom utmaningarna med kroniska sjukdomar som presenteras inte är regionspecifika och möjligheterna som primärprevention kan innebära är sig likt oavsett region anses svaret till forskningsfråga 1 vara överförbart till andra regioner i Sverige. Vidare är merparten av de presenterande utmaningarna med primärprevention inte endast kopplade till Region Skåne och därav kan analysen och resultatet till forskningsfråga 2 även ge givande information för andra regioner i Sverige.

## 10.4 Kritisk diskussion av resultatet

Slutsatserna som är presenterade i rapporten är till stor del baserad på kvalitativa intervjuer med ett begränsat antal respondenter och en litteraturstudie med ett begränsat antal informationskällor. Generellt ger det en implikation att inte alla perspektiv har tagits i beaktning. Litteraturen som används anses vara av stor tillförlitlighet då de till stor del är utgivna av offentliga verksamheter. Större delen av rapporterna var skrivna under 2010-talet och var således aktuella. Däremot var en stor del av litteraturen kopplad till Sverige och inte Skåne specifikt vilket kan innebära att Skånes verkliga situation kan variera från Sveriges och därav påverka resultatet.

Det gäller speciellt de möjligheter och utmaningar som presenteras med primärprevention. Dock ansågs det inte vara ett större problem då Skåne inte utmärker sig på något särskilt vis från Sveriges befolkning generellt.

Kvalitativa intervjuer genomfördes med 16 personer varav fyra var hälso- och sjukvårdsexperten från PwC, sex arbetade med hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor inom Region Skåne, två var läkare samt fyra var anställda på statliga verksamheter. Alla planerade intervjuer kunde inte genomföras på grund av en pandemi vilket innebär att vissa grupper, såsom vårdcentralers, Socialstyrelsens samt Folkhälsomyndighetens, perspektiv saknades. Några rapporter som har använts i litteraturstudien kommer från de myndigheter vars intervjuer blev inställda och därav anses deras perspektiv till viss del ha tagit i beaktning trots avsaknad av intervjuer. Dock saknas politikernas perspektiv och således har inte samtliga perspektiv tagits hänsyn till. Ingen av respondenterna arbetade med att förespråka primärprevention och alla ansågs ha en realistisk och kritisk bild för området. Respondenterna kom från olika bakgrund och utbildning men trots det gav det inte upphov till motsägande data. Däremot riktar många av respondenterna kritik mot politiker för att arbetet med primärprevention inte har prioriterats och eftersom författarna inte har inkluderat politikernas synvinkel finns det en risk till att empiriska data är vinklad.

Vidare var det två respondenter som inte svarade på mail angående respondentvalidering vilket innebär minskad validitet för deras utlåtanden. Däremot spelades intervjuerna in vilket innebär att respondentvalideringen endast hade ökat validiteten om de hade velat förändra något av deras uttalanden.

Sammanfattningsvis är resultat och slutsatser baserade på data från majoriteten av de aktörer som är inblandade i den primärpreventiva sjukvården i Skåne förutom politiker och således innefattar inte rapporten en helhetsbild över primärprevention i Skåne.

## 10.5 Bidrag till akademien och industrin

Bidraget till akademien är en litteraturstudie över tidigare forskning om primärprevention samt en empirisk studie om primärprevention i Sverige. Sammanställningen ger en helhetsbild över primärprevention i Skåne och en grundläggande förklaring till varför inte fler primärpreventiva insatser genomförs. Arbetet utgör en sammanställning av primärprevention som inte tidigare har gjorts i en enhetlig rapport. I Förhoppningsvis kommer studien att ge ett nytt perspektiv på ämnesområdet och inspirera till framtida forskning.

Bidraget till industrin innefattar de förändringar som behöver ske för att primärprevention ska kunna användas i större utsträckning. Arbetet kan fungera som material för hälso- och sjukvården i Skåne men även för omgivande aktörer som är intresserade av en förbättrad folkhälsa i Skåne. Primärprevention utvärderas utifrån diffusionsteori och social kognitiv teori och på så sätt kan industrin få en större förståelse kring adoptionen av primärprevention.

## 10.6 Vidare forskning

För vidare forskning föreslår författarna att undersöka varje förslag till förändring närmare och bygga en konkret implementeringsstrategi. Dessutom i och med att arbetet har fokuserat på kvalitativ forskning hade det varit intressant att genomföra en kvantitativ studie som kan validera arbetets resultat ytterligare. Exempelvis vore det intressant att undersöka hur vårdcentralerna i Skåne framhåller sig till primärprevention och i vilken utsträckning de arbetar med det i dagsläget. Ett sätt att göra det på är genom att skicka frågeenkäter till vårdcentralerna. Dessutom bör även frågeenkäter skickas till Skånes befolkning för att undersöka deras attityder till och kunskap om hälsosamma levnadsvanor och primärpreventiva insatser.

Som tidigare nämnt har inte politikerns perspektiv inkluderats i arbetet vilket hade varit intressant att undersöka. Speciellt eftersom många utmaningar med primärprevention som presenteras, enligt de som författarna intervjuade, är på grund av politikerns kortsiktiga tänkande. De hade dels varit intressant att få ett ”svar på tal” från de utmaningar relaterade till politik som identifierades, dels att få en djupare insikt om politikerns syn på primärprevention och varför det inte prioriteras.

Slutligen vore det även intressant att undersöka hur andra länder arbetar med primärprevention, specifikt länder som har fått positiva resultat och kommit längre i arbetet. Dessutom bör andra regioners arbete med primärprevention undersökas närmare, specifikt de regioner som införde konceptet redan på 80-talet då de sitter på mycket erfarenhet och lärdomar som hälso- och sjukvården i Skåne kan lära sig av.

# Referenslista

- Aho, B. (2019). *Allvarliga brister inom diabetesvården*. Hämtad 25 februari 2020 från <https://www.netdoktor.se/diabetes/artiklar/allvarliga-brister-inom-diabetesvarden/>
- Andersson, E., Grip, E., Norrlid, H. & Fridhammar, A. (2017). *Samhällskostnaden för rökningssrelaterad sjuklighet i Sverige* (Rapport nr. 2017:4). Lund, Sverige: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. Hämtad 20 mars 2020 från <https://res.cloudinary.com/cancerfonden/image/upload/v1496148934/documents/amhallskostnader-for-rokningsrelaterad-sjuklighet-i-sverige.pdf>
- Arwidson, J. Branschansvarig inom hälso- och sjukvård, PwC Sverige, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 03 mars).
- AstraZeneca. (2016). *Fördubblade sjukdomskostnader i Sverige för typ 2-diabetes under åren 2006-2014. Följsjukdomar som stroke och hjärtinfarkt kostar allt mer*. Hämtad 25 februari 2020 [https://www.astrazeneca.se/media/pressmeddelanden/svenska\\_pressmeddelanden/2016/foerdubblade-sjukdomskostnader-i-sverige-foer-typ-2-diabetes-und.html#!](https://www.astrazeneca.se/media/pressmeddelanden/svenska_pressmeddelanden/2016/foerdubblade-sjukdomskostnader-i-sverige-foer-typ-2-diabetes-und.html#!)
- Bjerstam, M., Innovationsledare, Innovation Skåne, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 01 april).
- Bokström, T., Projektledare, RISE Social & Health Impact Center, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 26 februari).
- Caesar, I., Specialist i hälso- och sjukvård, PwC Sverige, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 03 mars).
- Carpenter, C., (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication* 25(8), 661-669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO – strategy paper for Europe*. Stockholm, Sverige: Institutet för Framtidsstudier. Hämtad 01 mars 2020 från <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf>

- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken – för småsakliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (4. uppl). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
- Diabetesförbundet. (2017a). *Typ 2-diabetes*. Hämtad 25 februari 2020 från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/typ-2/>
- Diabetesförbundet. (2017b). *Diabetes i siffror*. Hämtad 25 februari 2020 från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/>
- Ekholm, A. Senior Rådgivare, Institutet för Framtidsstudier, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 03 mars).
- Elinder, L., Hagströmer, M., Nyberg, G. & Ekblom-Bak, E. (2011). *Fysisk aktivitet och stillasittande*. Stockholm, Sverige: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Hämtad 15 mars 2020 [http://dok.sll.se/CES/FHG/Folkhalsoarbete/Rapporter/del5\\_fysisk\\_aktivitet\\_web.pdf](http://dok.sll.se/CES/FHG/Folkhalsoarbete/Rapporter/del5_fysisk_aktivitet_web.pdf)
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Öppna jämförelser folkhälsa 2019*. Stockholm, Sverige: Folkhälsomyndigheten. Hämtad 01 mars 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ec714fca0b0145eab3d7924511550a74/oppna-jamforelser-folkhalsa-2019-18076.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2019a). *Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar*. Hämtad 08 mars 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cirkulationsorganens-sjukdomar/>
- Folkhälsomyndigheten. (2019b). *Folkhälsans utveckling*. Stockholm, Sverige: Folkhälsomyndigheten. Hämtad 01 mars 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d162673edec94e5f8d1da1f78e54dac4/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2019.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2019c). *Vad är en folksjukdom?* Hämtad 05 mars 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Alkoholens skadeverkningar*. Hämtad 10 mars 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/alkohol/skadeverkningar/>
- Groth, P. Folkhälsostateg, Regional Utveckling, Region Skåne, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 09 mars).
- Hagbjer, E. Utredare, Myndigheter för vård- och omsorgsanalys, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 31 mars).

- Hellénus, M. Professor i Allmänmedicin, Karolinska Institutet, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 21 februari).
- Hertervig, E. Överläkare vid kardiologi, Skånes Universitetssjukhus, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 24 februari).
- Hjalte, F., Gralén, K., & Persson, U. (2019). *Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017* (Rapport nr. 2019:6). Lund, Sverige: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. Hämtad 25 februari 2020 från [https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019\\_6\\_.pdf](https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019_6_.pdf)
- Hjärt- och lungfonden. (2019). *Hjärtrapporten 2019*. Stockholm, Sverige: Hjärt- och lungfonden. Hämtad 10 mars 2020 från [https://assets.ctfassets.net/e8gvzq1fwq00/cKtBDICQefUQaC9VoZXWR/a858abcd9c69d7f0fc339286b5d0a934/200212\\_HR\\_001-108\\_lowres\\_update.pdf](https://assets.ctfassets.net/e8gvzq1fwq00/cKtBDICQefUQaC9VoZXWR/a858abcd9c69d7f0fc339286b5d0a934/200212_HR_001-108_lowres_update.pdf)
- Höst, M., Regnell, B & Runeson, P. (2006). *Att genomföra examensarbete* (1. uppl). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
- Institutet för framtidsstudier. (2016). *Bortom IT- Om hälsa i en digital tid*. Stockholm, Sverige: Institutet för framtidsstudier. Hämtad 20 mars 2020 från [https://www.iffs.se/media/22074/bortom-it\\_low.pdf](https://www.iffs.se/media/22074/bortom-it_low.pdf)
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2017). *Sweden*. Hämtad 10 mars 2020 från <http://www.healthdata.org/sweden>
- Krowinkel, A. Forskningschef och biträdande generalsekreterare, Leading Health Care, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 20 mars).
- Larsson, S. (2005). *Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso-och sjukvården*. Linköping, Sverige: Linköping University Electronic Press. Hämtad 13 Februari 2020 från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:874366/FULLTEXT01.pdf>
- Lidmark, Eva. Managementkonsult med folkus på e-hälsofrågor, PwC Sverige, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 20 februari).
- Lindgren, P., Lindström, J., Tuomilehto, J., Uusitupa, M., Peltonen, M., Jönsson, B., ... & DPS Study Group. (2007). Lifestyle intervention to prevent diabetes in men and women with impaired glucose tolerance is cost-effective. *International journal of technology assessment in health care*, 23(2), 177-183.
- Lindholm, L., Stenling, A., Norberg, M., Stenlund, H., & Weinehall, L. (2018). A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. *BMC public health*, 18(1), 452.

- Linnander, G. Hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Skåne, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 16 mars).
- Livsmedelsverket. (2016). *Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige*. Uppsala Sverige: Livsmedelsverket. Hämtad 05 mars från [https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-9-omslag--inlaga--bilaga.pdf?t\\_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&t\\_q=socioekonomi&t\\_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765-ba72-ba3914739e3b&t\\_ip=194.103.120.2&t\\_hit.id=Livs\\_Common\\_Model\\_MediaTypes\\_DocumentFile/\\_c1037618-3c66-4ad3-be1b-8e4a35f3e02b&t\\_hit.pos=1&AspxAutoDetectCookieSupport=1](https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-9-omslag--inlaga--bilaga.pdf?t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&t_q=socioekonomi&t_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765-ba72-ba3914739e3b&t_ip=194.103.120.2&t_hit.id=Livs_Common_Model_MediaTypes_DocumentFile/_c1037618-3c66-4ad3-be1b-8e4a35f3e02b&t_hit.pos=1&AspxAutoDetectCookieSupport=1)
- Lundgren, S. Processledare, Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Skåne, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 18 mars).
- Lundqvist, A., Andersson, E., & Carlsson, K. (2016). *The costs of diabetes in 2020 and 2030 – A model analysis comparing innovative glucose lowering treatments in second line following European and American guidelines compared to current standard of care* (Rapport nr. 2016:9). Lund, Sverige: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. Hämtad 25 februari 2020 från [https://ihe.se/wp-content/uploads/2016/10/IHE-Report\\_2016\\_9\\_.pdf](https://ihe.se/wp-content/uploads/2016/10/IHE-Report_2016_9_.pdf)
- Molin, R. (2016). *Hälso- och sjukvården år 2035*. Stockholm, Sverige: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 13 Februari 2020 från [https://issuu.com/sverigeskommunerochlandsting/docs/7585-389-5\\_947f03322c3872](https://issuu.com/sverigeskommunerochlandsting/docs/7585-389-5_947f03322c3872)
- Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). (2015). *Att förebygga kroniska sjukdomar genom ändrade levnadsvanor*. Stockholm, Sverige: Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hämtad 13 Februari 2020 från [https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kompetenutveckling/prevention\\_layout-version\\_2.2.pdf](https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kompetenutveckling/prevention_layout-version_2.2.pdf)
- Pandve, H. T. (2014). Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 2(2), 254.
- Prop. 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.



- PwC. (2016). *Den digitala medborgaren: Hinner vården med?.* Sverige: PwC. Hämtad 24 mars 2020 från [https://info.pwc.se/hubfs/Digitalaprocent20medborgareprocent20hinnerprocent20vprocentC3procentA5rdenprocent20med.pdf?utm\\_campaign=Publicprocent20procent7Cprocent20Digitalaprocent20medborgareprocent20procent7Cprocent20Juniprocent202018procent20procent7Cprocent20Landningssida&utm\\_source=hs\\_automation&utm\\_medium=email&utm\\_content=64035849&\\_hsenc=p2ANqtz-9GUQiZizWzACVs\\_4MjQhWxd7CDoBSHMUKKXiQZVF3\\_MSet-mGQFSX1kbsrFqtEre1YaZbEPTnajm52ukopZRk8CbTzWw&\\_hsmi=64035849](https://info.pwc.se/hubfs/Digitalaprocent20medborgareprocent20hinnerprocent20vprocentC3procentA5rdenprocent20med.pdf?utm_campaign=Publicprocent20procent7Cprocent20Digitalaprocent20medborgareprocent20procent7Cprocent20Juniprocent202018procent20procent7Cprocent20Landningssida&utm_source=hs_automation&utm_medium=email&utm_content=64035849&_hsenc=p2ANqtz-9GUQiZizWzACVs_4MjQhWxd7CDoBSHMUKKXiQZVF3_MSet-mGQFSX1kbsrFqtEre1YaZbEPTnajm52ukopZRk8CbTzWw&_hsmi=64035849)
- PwC. (2019). *Från sjukvård till hälsovård.* Sverige: PwC. Hämtad 13 Februari 2020 från <https://www.pwc.se/sv/pdf-reports/halso-sjukvard/fran-sjukvard-till-halsovard.pdf>
- Ramboll. (2019). *Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser.* Sverige: Ramboll. Hämtad 13 mars 2020 från <https://www.omssystembolaget.se/globalassets/pdf/ramboll---resultatrapport---alkoholens-samhallskonsekvenser---2019.pdf>
- Region Skåne. (2017). *Samverkan med Skånes kommuner.* Hämtad 26 februari 2020 från <https://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/samverkan-med-skanes-kommuner/>
- Region Skåne. (2018). *Årsredovisning.* Sverige: Region Skåne. Hämtad 26 Februari 2020 från [https://www.skane.se/siteassets/organisation\\_politik/publikationer\\_dokument/ar18.pdf](https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/publikationer_dokument/ar18.pdf)
- Region Skåne. (2019a). *Den nära vården.* Hämtad 24 april 2020 från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/den-nara-varden/>
- Region Skåne. (2019b). *Flödesschema levnadsvanor.* Sverige: Region Skåne. Hämtad 07 april 2020 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varprogram---fillistning/flodeschema-levnadsvanor.pdf>
- Region Skåne. (2019c). *Hälsofrämjande samhällsplanering.* Hämtad 10 april från <https://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/halsoframjande-samhallsplanering/>

- Region Skåne (2019d). *Kunskapscentrum barnhälsovård*. Hämtad 10 april från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/barnhalsovard/>
- Region Skåne (2019e). *Kunskapscentrum kvinnohälsa*. Hämtad 10 april från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-kvinnohalsa/>
- Region Skåne. (2019f). *Levnadsvanor*. Hämtad 07 april 2020 från <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/levnadsvanor/>
- Region Skåne. (2019g). *Nyhetsbrev nr 13 Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention Tema riktade hälsosamtal*. Sverige: Region Skåne. Hämtad 07 april 2020 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/nyhetsbrev/nyhetsbrev-nr-13---december-2019.pdf>
- Region Skåne. (2019h). *Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Region Skåne*. Sverige: Region Skåne. Hämtad 10 april 2020 från <https://www.skane.se/globalassets/styrandedokument/slutversionhs20190816.pdf>
- Region Skåne. (2020a). *Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning*. Hämtad 26 februari 2020 från <https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Organisation/koncernkontoret/avdelningen-for-halso--och-sjukvard/>
- Region Skåne. (2020b). *Ekonomi och uppföljning*. Hämtad 26 Februari 2020 från <https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Ekonomi-och-uppfoljning/>
- Region Skåne. (2020c). *Koncernkontoret*. Hämtad 26 februari 2020 från <https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Organisation/koncernkontoret/?highlight=koncernkontoret>
- Region Skåne. (2020d). *Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention*. Hämtad 07 april 2020 från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor-och-sjukdomsprevention/>
- Region Skåne. (2020e). *Skånes Digitala Vårdsystem (SDV)*. Hämtad 23 mars 2020 från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/sdv/>
- Region Skåne. (2020f). *Så styrs Region Skåne*. Hämtad 26 februari 2020 från <https://www.skane.se/politik-och-demokrati/Sa-styrs-Region-Skane/>

- Saha, S., Nordstrom, J., Gerdtham, U. G., Mattisson, I., Nilsson, P. M., & Scarborough, P. (2019). Prevention of cardiovascular disease and cancer mortality by achieving healthy dietary goals for the Swedish population: A macro-simulation modelling study. *International journal of environmental research and public health*, 16(5), 890.
- SCB. (2019). *Den totala kommunala skattesatsen höjs med 9 öre i genomsnitt nästa år*. Hämtad 03 juni 2020 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/kommunalskatterna/pong/statistiknyhet/kommunalskatterna-2020/>
- Schildt, H., branschexpert inom hälso- och sjukvård, PwC Sverige, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 3 mars).
- SFS 2107:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- Stigendal, L. (2019). *Vad är problemet? Om effektiv styrning av offentlig sektor* (1. uppl). Sverige: BoD.
- Skogström, M., processledare, Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård, enhetschef, Kunskapcentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention, Region Skåne, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 18 mars).
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Falun, Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 15 april 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 13 april 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2015-1-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016a). *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning över hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 11 maj 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016b). *Så här vill patienterna berätta för sjukvården om sina levnadsvanor*. Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 14 april 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-12-13.pdf>

- Socialstyrelsen. (2017). *Ohälsosamma levnadsvanor riskerar folkhälsan*. Hämtad 12 april 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/debattartiklar/ohalsosamma-matvanor-riskerar-folkhalsan/>
- Socialstyrelsen. (2018a). *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård*. Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 17 mars 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018b). *Cancer i siffror 2018*. Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 05 mars 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-6-10.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018c). *Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar*. Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 13 april 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-25.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018d). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 08 april 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om dödsorsaker 2018*. Sverige: Socialstyrelsen. Hämtad 07 mars 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6298.pdf>
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Hämtad 05 april 2020 [https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden\\_sou-2016-2.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf)
- Stavenow, B. Chef Innovation management i hälso- och sjukvård, Innovation Skåne, Lund, Sverige. Personligt samtal (2020, 12 mars).
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (Rapport nr. 76). Sverige: SFOG. Hämtad 19 april 2020 från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>
- Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2010). *Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering*. Stockholm, Sverige: SKR. Hämtad 12 april 2020 från <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7164-525-8.pdf>

- Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2019a). *Ekonomirapporten, maj 2019*. Sverige: SKR. Hämtad 12 april 2020 från [https://rapporter.skr.se/ekonomirapporten-maj-2019#chapter-wrapper-lpid4\\_44fe053616b1be3be7369ba2](https://rapporter.skr.se/ekonomirapporten-maj-2019#chapter-wrapper-lpid4_44fe053616b1be3be7369ba2)
- Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2019b). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019*. Sverige: SKR. Hämtad 24 mars 2020 från <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-875-3.pdf>
- Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2019c). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019*. Stockholm, Sverige: SKR. Hämtad 12 april 2020 från <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-729-9.pdf>
- Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2020). *Strategi för genomförande av Vision ehälsa 2025*. Sverige: SKR. Hämtad 24 mars 2020 från <https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa/visionehalsa2025.8859.html>
- Säfsten & Gustavsson. (2019). *Forskningsmetodik* (1.uppl). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB
- Vetenskapsrådet. (2018). *Det svenska sjukvårdssystemet*. Sverige: Vetenskapsrådet. Hämtad 11 mars 2020 från <https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html>
- Vårdanalys. (2016). *Förebygga för att överbrygga?*. Stockholm, Sverige: Vårdanalys. Hämtad 04 mars 2020 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/forebygga-for-att-overbrygga/>
- Vårdanalys. (2014). *VIP i vården* (Rapport nr. 2014:2). Stockholm, Sverige: Vårdanalys. Hämtad 05 mars 2020 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/vip-i-varden/>
- World Health Organization (WHO). (2014). *The case for investing in public health. A public health summary report for EPHO*, 8. Hämtad 13 februari 2020 från [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2020). *Chronic diseases and health promotion*. Hämtad 10 mars 2020 från [https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/en/index11.html](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/en/index11.html)

# Bilaga A Intervjuguider

*Del A.1 användes som grund för alla intervjuer och del A.2 lades till då respondenten var specifikt anknuten till arbete inom Skåne.*

## A.1 För verksamma inom hälso- och sjukvården

### **Presentation**

- Berätta kort om er bakgrund och er nuvarande position?
- Kan ni berätta om ert arbete inom hälso- och sjukvården?
- Har ni jobbat något med primärprevention?

### **Svensk hälso- och sjukvård**

- Vilka utmaningar står hälso- och sjukvården inför idag och i framtiden?
- Upplever ni att det är svårt att genomföra förändringar i vården?

### **Primärprevention**

- Hur jobbar Sverige med primärprevention i dagsläget?
- Vilka är möjligheterna med primärprevention?
- Vilka är utmaningarna med primärprevention?
- Vad är anledningen till att primärpreventiva insatser inte bedrivs trots alla fördelar?
- Finns det några nackdelar med primärprevention?
- Hur mäter man primärpreventionens nytta i ekonomiska termer?
- Hur får man de olika aktörerna som är verksamma inom primärprevention att samverka?
- Vem tycker ni ska ha ansvaret över primärprevention?
- Vad skulle ni säga behövs för att primärprevention ska vara förstahandsstrategin för hälso- och sjukvården i framtiden?

- Om primärprevention blir förstahandsstrategin, hur tror ni det kommer att påverka Sverige och hälso- och sjukvården.?

### **Digitalisering inom hälso- och sjukvården**

- Hur ligger hälso- och sjukvården till gällande digitalisering?
- Hur kan digitaliseringen hjälpa hälso- och sjukvården inom ämnet primärprevention?
- Vad tror ni krävs för att hälso- och sjukvården ska kunna ta vara på den data som genereras av medborgare?

### **Framtiden och primärprevention**

- Ser ni att Sverige kommer att jobba mer med primärprevention i framtiden?
- Tror ni på primärprevention som förstahandsstrategi? Vad är drömscenariot för dig?

## **A.2 Tillägg för verksamma inom Skåne**

### **Hälso- och sjukvården i Region Skåne**

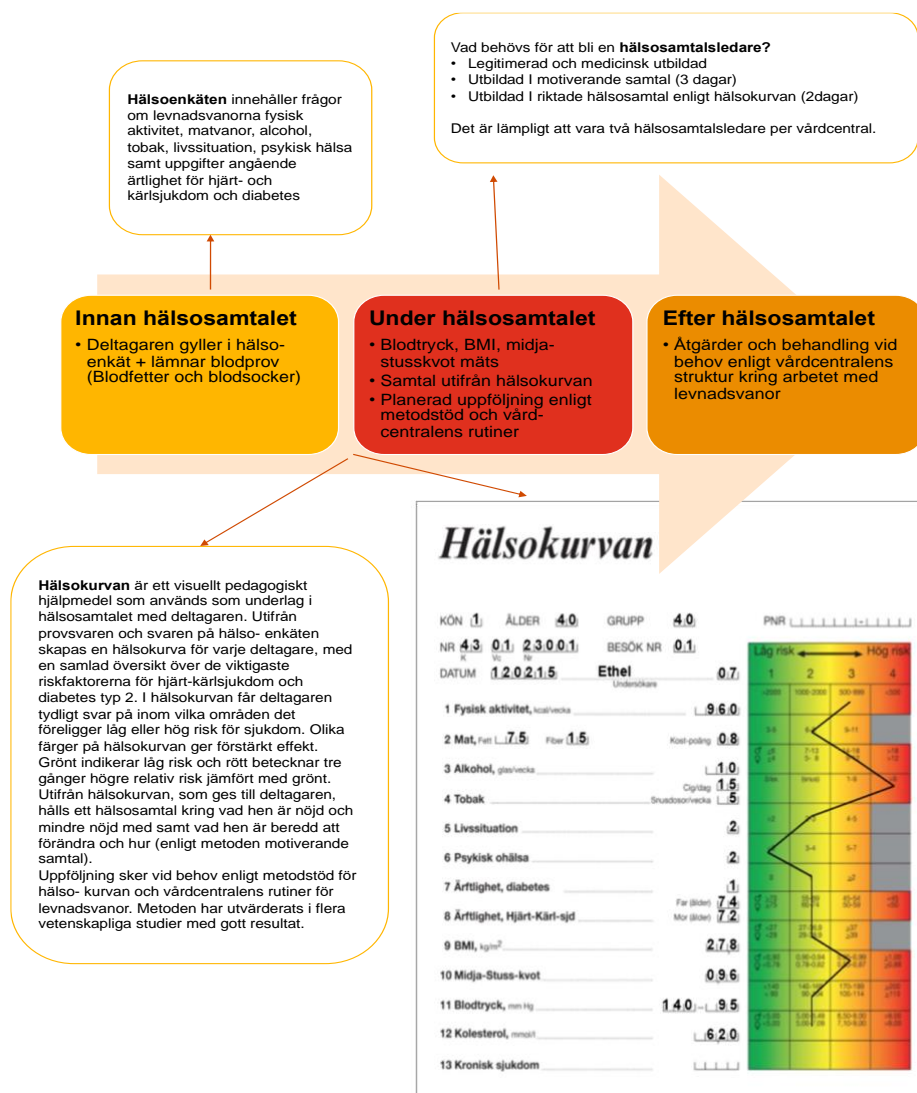
- Vilka utmaningar står hälso- och sjukvården i Skåne inför idag och i framtiden?
  - Särskiljer sig Region Skåne på något sätt från resten av riket?

### **Primärprevention i Region Skåne**

- Vilka har ansvaret för primärprevention i Skåne?
- Hur jobbar Region Skåne med primärprevention i dagsläget?
  - Hur ser arbetet ut jämfört med andra Regioner?

# Bilaga B Hur går ett hälsosamtal till?

Bilagan är en kopia av ett dokument inhämtat från Region Skåne (2019g).





# Bilaga C Checklista

Bilagan är en kopia av ett dokument inhämtat från Region Skåne (2019f).

Checklista för strukturerat levnadsvanearbete inom primärvård och mottagning inom slutenvård		JA
<b>Kunskap</b>	Vi har kännedom om Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor	
	Vi har tillgång till Region Skånes vårdprogram för levnadsvanor (vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/levnadsvanor)	
	Vi har kännedom om 1177.se – Stöd när du vill ändra dina levnadsvanor (bra information för patienter och vårdgivare)	
<b>Utbildning</b>	<i>Samtliga medarbetare med patientkontakt har genomgått Webbutbildning "Vårdprogram levnadsvanor" (i Utbildningsportalen)</i>	
	De som aktivt arbetar med att stödja patienter till förbättrade levnadsvanor har genomgått samtalsutbildning (t.ex. MI, KBT)	
	Vi har en eller flera medarbetare som	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>har genomgått utbildning till diplomerad tobaksavvänjare</li> <li>har genomgått någon form av alkoholutbildning (t.ex. MET)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>har god kännedom om FaR-föreskrivning (Fysisk aktivitet på Recept) och FYSS (Fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukomsbehandling)</li> <li>är leg dietist (eller annan yrkeskategori med påbyggnadsutbildning som gett fördjupad kunskap om matvanor)</li> </ul>	
<b>Material</b>	Vi har informationsmaterial om levnadsvanor för	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>medarbetare (t.ex. Samtal om hälsa, FYSS, Livsmedelsverkets material om matvanor)</li> <li>patienter (t.ex. Goda levnadsvanor gör skillnad, Goda levnadsvanor inför operation, Livsmedelsverkets korta kostråd)</li> </ul>	
	<i>Vi har tillgång till kliniska verktyg för levnadsvanearbete (Enkäter för fysisk aktivitet, AUDIT, Kostanamnes-schema, Fagerströms skala för nikotinberoende m.m., samtliga finns på Vårdgivare Skåne – Levnadsvanor)</i>	
	Vi har tagit del av videoklippen "Doktorn frågar doktorn", om evidensbaserat arbete med levnadsvanor inom primärvården	

	Vi har tagit del av videoklippen ”Kvalité inom vården”, om strukturerat levnadsvanearbete vid Näsby vårdcentral	
<b>Verksamhet</b>	Vi använder Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomspreventions hemsida för information (skane.se/kclevnadsvanor)	
	Alla medarbetare med patientkontakt känner sig trygga med att ge enkla råd om levnadsvanor när det är relevant	
	Vi vet vilka diagnoser och sjukdomstillstånd som är vanligast vid vår enhet och hur de påverkas av de fyra levnadsvanorna	
	Vi har avsatt resurser i budgeten för att arbeta med levnadsvanor	
	Någon/några på enheten har avsatt tid i sitt schema för att arbeta med levnadsvanor	
	Vi har kunskap om hur arbetet med levnadsvanor dokumenteras (t.ex. mall för levnadsvanor och FaR i PMO)	
<b>Fördjupning</b>	Vi känner till HFS-nätverket (bra hemsida med mycket information om levnadsvanor) och Hälsokalkylatorn	
	Vi har tillgång till SKL:s skrift Ohälsosamma levnadsvanor - Framgångsfaktorer för prevention och behandling, där sidan 23 tar upp intressanta diskussionspunkter som stöd för ett strukturerat levnadsvanearbete.	
	Vi känner till hur levnadsvanorna ser ut bland våra listade patienter (t.ex. från Region Skånes folkhälsorapporter, folkhälsostatistik)	
	Vi har satt upp måltal/indikatorer som gör att vi kan följa vårt levnadsvanearbete	
	Vi använder Checklista - definition av ohälsosamma levnadsvanor, rekommenderad åtgärd och kompetenskrav (se nästa sida)	
	Vi har någon på enheten med uppgift att hålla sig uppdaterad på ny kunskap gällande levnadsvanearbete och hälsoinriktad hälso- och sjukvård (t.ex. via Kunskapscentrums nyhetsbrev och via möjlighet till fortbildning inom levnadsvanområdet)	
	Vi har på vår enhet diskuterat och enats om vilken ambitionsnivå utifrån vårdprogrammet vi arbetar efter	
	Vi har enats om vilket flöde enligt vårdprogrammet som gäller för arbetet med de olika levnadsvanorna på vår enhet (t.ex. Vem/vilka identifierar patienter med ohälsosamma levnadsvanor? Vem är patienten? Vem utför åtgärden? Vem sköter uppföljning?)	

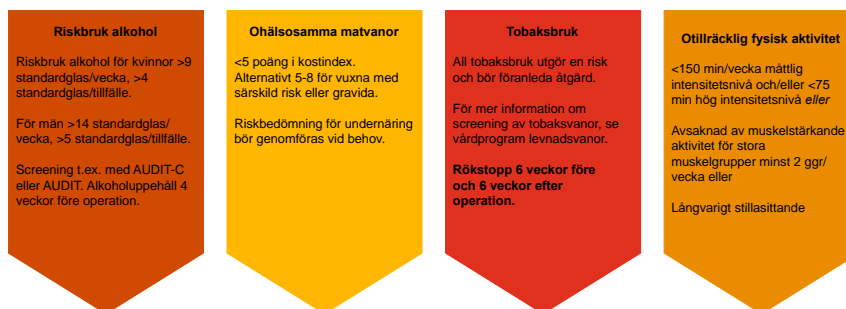
# Bilaga D Flödesschema levnadsvanor

Bilagan är en kopia av ett dokument inhämtat från Region Skåne (2019f).

## Vid patientkontakt på enhet

1. Använd journalmall som stöd för att ställa frågor om levnadsvanor.
2. Dokumentera/diktera in svaren avseende respektive levnadsvana.
3. Bedöm om levnadsvanorna utgör risk för patienterna, se nedan för definition av ohälsosam levnadsvana. Förklara samband mellan levnadsvana och symptom/diagnos och ge enkla råd.
4. Erbjud rekommenderad åtgärd

## Identifiering av ohälsosamma levnadsvanor



Föreligger ohälsosam levnadsvana? Önskar patienten stöd?  
Om ja – fortsatt enligt nedan.

## Rekommenderad åtgärd vid ohälsosamma levnadsvanor



Följande grupper prioriteras för åtgärd vid ohälsosamma levnadsvanor:

gravida, vuxna som ska genomgå operation och vuxna med särskild risk (individer med kronisk sjukdom, långvarig smärta, depression, funktionsnedsättning, social sårbarhet, biologiska riskmarkörer eller andra riskfaktorer).