

Livsstilsbehandling och läkemedelsbehov

Hans Lingfors, Habo vårdcentral, Habo

Inledning

Läkemedel kan förskrivas i syfte att bota, lindra, trösta eller förebygga. Mycket få av de läkemedel som i dag ordineras kan tillskrivas botande egenskaper. En allt större andel av läkemedelsförskrivningen syftar till att förebygga, genom att t ex påverka biologiska riskmarkörer associerade med sjukdom och död. Hit hör exempelvis förhöjt blodtryck, höga blodfetter, högt blodsocker, fetma, benskörhet och ökad trombocytadhesivitet.

Livsstilsbehandling – alternativ till förebyggande läkemedelsbehandling

Den absolut vanligaste sjukdomsgruppen, som är föremål för förebyggande läkemedelsbehandling är hjärt-kärlsjukdom, såväl primärpreventivt som sekundärpreventivt. Den övervägande delen av patienter med hypertoni är friska individer med lätt förhöjt blodtryck och en liten absolut ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Behandling av det förhöjda blodtrycket med läkemedel sänker blodtrycket och minskar därmed risken för sjukdom. Men risken minskar inte så mycket som man kan förvänta sig av blodtrycks-sänkningen (1).

Ett alternativt eller kompletterande sätt att minska sjukdomsriskerna är att ändra levnadsvanorna. Osunda levnadsvanor kan i likhet med biologiska riskmarkörer vara associerade med en ökad risk för sjukdom och död. Hit hör exempelvis fysisk inaktivi-

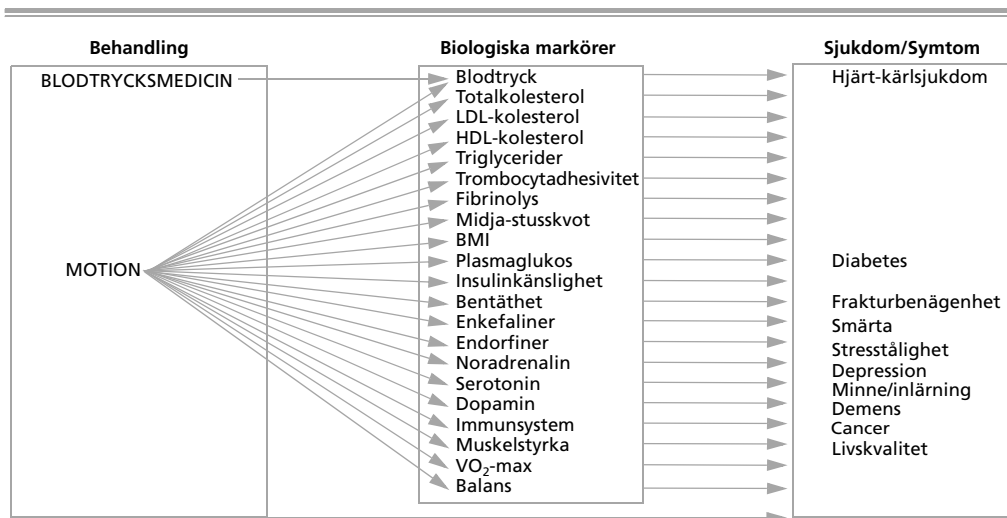
tet, rökning, osunda matvanor och hög alkoholkonsumtion. Osunda levnadsvanor är förenade med ett stort antal sjukdomstillstånd och symtom.

Likheter och skillnader

Det finns både likheter och skillnader i effekt mellan läkemedel och levnadsvanor, när det gäller att påverka riskfaktorer och därigenom åstadkomma minskat insjuknande och för tidig död. Läkemedel är i allmänhet designade för att påverka enbart en riskfaktor, t ex blodtryck eller kolesterol. Många läkemedel kan ibland åstadkomma stora förändringar av den laboratorievariabel de är avsedda att påverka. Därmed inte sagt att risken för sjukdom reduceras i motsvarande grad.

Den som t ex har ett systoliskt blodtryck på 180 mm Hg och med hjälp av läkemedel lyckas sänka blodtrycket till < 140 mm Hg, kommer inte ner till samma risknivå, som den som från början har ett blodtryck < 140 mm Hg utan behandling. Patienten har med andra ord "normaliserat" sitt blodtryck, men inte "normaliserat" sin risk.

Graden av riskreduktion kan dessutom variera beroende på vilken undergrupp av hjärt-kärlsjukdom som avses. En relativt stor riskreduktion ses för insjuknande i stroke, speciellt hemorragisk stroke. Riskreduktionen avseende hjärtinfarkt, som är den vanligaste manifestation av hjärt-kärlsjukdom, är mer blygsam i förhållande till blodtryckssänkningen.



Figur 1. Mediciner påverkar i allmänhet en biologisk riskmarkör och ett sjukdomstillstånd medan levnadsvanor kan påverka flera markörer och sjukdomstillstånd

Jämförbara effekter

Livsstilsförbättringar kan påverka flera olika riskmarkörer. I allmänhet är förändringarna av riskmarkörvärdet efter livsstilsförbättringar blygsammare än efter läkemedelsbehandling, även om exempel på likvärdiga förändringar finns. Med en kost, som innehöll 4 olika typer av livsmedel, som var för sig i olika studier visat på kolesterolsänkande effekt, lyckades man således sänka LDL-kolesterol och CRP lika mycket som med statinbehandling (2). Fysisk aktivitet har också effekter jämförbara med läkemedel i monoterapi, när det gäller blodtrycks-sänkning (3). Liknande effekter på blodtrycket har setts i korttidsstudier med kost (2).

Multipla effekter av livsstilsförändringar

Vad som gör livsstilsförändringar extra intressanta är att de, till skillnad från läkemedel, ofta har effekt på många riskmarkörer och sjukdomstillstånd samtidigt (se Figur 1). Det gör att den sammantagna effekten av en livsstilsförändring kan bli stor genom att den ger små förändringar på flera biologiska riskmarkörer samtidigt. Detta kanske kan förklara att man ibland, i motsats till vad som är fallet vid läkemedelsbehandling, kan se större hälsovinster än man

förväntat sig av t ex en blodtryckssänkning, om denna åstadkommit genom en livsstilsförändring.

Det finns exempel från randomiserade studier, där man fått en kraftig minskning av sjuklighet och död vid livsstilsintervention, utan att man överhuvudtaget åstadkommit någon skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp med avseende på biologiska riskmarkörer. Lyon Diet Heart Study är exempel på detta (4). Denna studie var en randomiserad, kontrollerad, sekundärpreventiv studie efter genomgången hjärtinfarkt.

Hälften av patienterna randomiserades till att få "behandling" med s k medelhavskost. Detta innebar att de skulle minska sin konsumtion av kött, smör och grädde och i stället öka intaget av fisk, fågel, frukt, grönsaker, bröd och rapsbaserat margarin. Kontrollgruppen fick "vanlig behandling" (usual care) av sin doktor. Vid utvärdering efter 4 års behandling var utfallet av dödliga och icke dödliga hjärthändelser 72% lägre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Denna remarkabla skillnad uppnåddes utan att det förelåg någon skillnad vid studiens slut mellan interventions- och kontrollgrupp med avseende på traditionella riskmarkörer som blodtryck, totalkoleste-

rol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, triglycerider eller Body Mass Index (BMI).

Detta exempel pekar på vilka möjligheter som finns i livsstilsförändringar, oberoende av dess eventuella effekter på biologiska riskmarkörer. Det betyder att levnadsvanorna kan vara värda sina egna ”mätvärden” oavsett vad som händer i laboratorielistan med blodtryck, kolesterol etc.

Biologiska riskmarkörer och riskfaktorer

Såväl ordet biologisk riskmarkör som ordet biologisk riskfaktor används om olika kemiska, fysiologiska eller antropometriska mätvärden, som är associerade med ökad risk för sjukdom eller död. Ibland används dessa begrepp synonymt. Men är det någon skillnad mellan dem? De flesta menar att en biologisk riskmarkör enbart indikerar ett statistiskt samband mellan riskmarkören i fråga och en viss sjukdom. Detta betyder inte nödvändigtvis att riskmarkören är en faktor av betydelse för själva patogenesen.

En riskfaktor däremot anses inte enbart vara statistiskt associerad med sjukdom, utan också vara involverad i själva sjukdomsprocessen. Exempel på biologiska riskmarkörer, som också anses vara riskfaktorer, dvs ha en direkt inverkan på sjukdomsprocessen, är t ex högt blodtryck och höga nivåer av LDL-kolesterol.

En biologisk riskfaktor är alltid en riskmarkör, medan en biologisk riskmarkör inte alltid är en riskfaktor. En riskfaktor kan vara en relativt stark riskmarkör utan att för den skull vara en stark riskfaktor. Förhöjt blodtryck anses, som tidigare nämnts, både vara en relativt stark riskmarkör och relativt stark riskfaktor för stroke (speciellt hemorragisk stroke). Likaså är ett förhöjt blodtryck en relativt stark riskmarkör för hjärtinfarkt, men inte alls lika stark riskfaktor för hjärtinfarkt, vilket skulle kunna betyda att den patogenetiska betydelsen av högt blodtryck inte är lika uttalad för hjärtinfarkt som för stroke (1).

Läkemedel sätts ofta in för att påverka biologiska riskmarkörer (eller s k surrogatvariabler), inte alltid med vetenskapligt stöd från kontrollerade interventionsstudier, i syfte att minska insjuknande. Homocystein är exempel på en sådan riskmarkör.

Höga homocysteinnivåer är associerade med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Men behandling med vitaminer, som minskar homocysteinnivåerna, har i 3 stora randomiserade interventionsstudier som hittills genomförts inte visat sig minska risken för sjukdom (2). Det betyder att homocystein, än så länge, enbart ska betraktas som en riskmarkör för hjärt-kärlsjukdom, och inte som en riskfaktor.

Bakomliggande orsaker påverkar risken

Vid högt blodtryck eller höga kolesterolvärden kan risken variera beroende på den bakomliggande orsaken. Ett förhöjt blodtryck, som orsakas av stela kärl till följd av ateroskleros är något helt annat än en blodtrycksförhöjning förorsakad av att man är nervös inför ett läkarbesök. Medan högt blodtryck pga ateroskleros medför ökad risk för stroke eller hjärtinfarkt så tycks inte så vara fallet för s k ”white coat hypertension” (situationsbetingad blodtrycksförhöjning). Det betyder att högt blodtryck på individnivå kan vara ett ganska grovt riskmått och kanske också till en del förklarar varför det är relativt få, som får någon nytta av eventuell blodtrycksbehandling. Samtidigt är det ju viktigt att de individer, som verkligen har nytta av blodtrycksbehandling, också får behandling för sitt höga blodtryck.

Laboratorieparadox

När det gäller kolesterol kan det förhålla sig på samma sätt. Risken med höga kolesterolnivåer kan variera högst väsentligt på individnivå beroende på bakomliggande orsaker. Här kan det paradoxala inträffa att risken minskar i stället för ökar vid förhöjda kolesterolnivåer. Detta kan t ex vara fallet om de förhöjda kolesterolvärdena beror på ökad motionsaktivitet eller sunda matvanor, som kan höja det skyddande HDL-kolesterolet. Många kvinnor har också naturligt höga HDL-nivåer och högt total-kolesterol och ”tål” genom sitt höga HDL relativt höga LDL-nivåer (2).

Livsstilsanamnes en hjälp

För att få en mer nyanserad bild av betydelsen av olika biologiska riskfaktorer kan, utöver utvidgad mätning med exempelvis 24-

**Tabell 1. Vad påverkar hälsan?
(Efter Lalonde, WHO, 1974)**

	Påverkan	Utgifter
Vårdsystemet	11%	90%
Miljöfaktorer	19%	2%
Biologiska faktorer	27%	7%
Livsstilsfaktorer	43%	1%

timmars blodtryck och lipidprofil, en livsstilsanamnes vara av stort värde. Arbets-situation, familjeförhållande, sömnbrist, matvanor och fysisk inaktivitet kan vara till hjälp för att förklara ett förhöjt blodtryck, som kanske inte i första hand kräver läkemedelsbehandling utan psykosocialt stöd och avslappningsbehandling.

Hur viktiga är levnadsvanorna?

Levnadsvanornas betydelse är bäst studerade när det gäller hjärt-kärlsjukdom, som också är den vanligaste orsaken till för tidig död. 1974 utvecklade Marc Lalonde "hälsofältsbegreppet" och pekade på hälsans beståmningfaktorer (biologiska faktorer, miljöfaktorer, levnadsvanor och sjukvårdsinsatser). Det som betydde mest var levnadsvanorna och det som hade minst betydelse var sjukvårdsinsatserna (se Tabell 1).

Sedan dess har flera medicinska framsteg gjorts samtidigt som exempelvis rökningen minskat i västvärlden. Det betyder inte att rökningen minskat i betydelse ur ett globalt perspektiv. Tvärtom har det totala tobaksbruket ökat genom att tobaksindustrin hittat nya rökare i utvecklingsländerna. Dessutom vittnar den ökade förekomsten av övervikt och fetma om försämrad energibalans. Det finns mycket som tyder på att försämringar både avseende matvanor och fysisk aktivitet ligger bakom denna globala "fetmaepidemi". Det är därför tveksamt om levnadsvanorna minskat i betydelse sedan 1974, de medicinska framstegen till trots.

Vanor grundläggs tidigt – barnen viktiga

Många vanor grundläggs i barndomen och följer sedan med upp i vuxenlivet. Livsstilsfrågor är därför viktiga också i mötet med barn, ungdomar och deras föräldrar på BVC, i skolhälsovården och övrig sjukvård. Övervikt och fetma ökar framför allt bland

barn och ungdom samt yngre vuxna. Tidiga konsekvenser av detta är försämrad livskvalitet och senare i livet ökad förekomst av exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Vid BMI > 35 kg/m² kan risken för diabetes öka nästan 40 gånger. Ökat stillasittande, minskad fysisk aktivitet och osunda matvanor är sannolikt orsak till den ökade förekomsten av övervikt och fetma. Från en omfattande studie i USA, där drygt 50 000 medelålders kvinnor följdes i 6 år, såg man att risken för fetma ökade med 23% och för diabetes med 14% för varje 2 timmars extra TV-tittande per dag. Däremot såg man att risken för fetma minskade med 24% och risken för diabetes med 34% för varje extra timmes promenad/dag.

Bara genom att promenera raskt varje dag under minst 30 minuter och begränsa TV-tittandet till < 10 timmar/vecka skulle 43% av alla nya diabetesfall kunnat undvikas. Andra studier avseende män och barn har också visat på ett tydligt samband mellan mängden TV-tittande och vikten.

Redan inom mödravården kan mycket göras för att väcka intresse för levnadsvanornas betydelse för hälsan. Råd om rökstopp, avhållsamhet från alkohol, fysisk aktivitet och sunda matvanor är i denna situation inte enbart angeläget för att bidra till en trygg och säker graviditet och ett friskt barn. Det kan också vara en god början för hela familjen ur ett familjemedicinskt perspektiv, där insatserna på MVC kan följas upp på BVC med livsstilsinriktade hälsosamtal, som vänder sig till båda föräldrarna.

Betydelsen av enskilda livsstilsfaktorer

Fysisk aktivitet

Betydelsen av fysisk aktivitet för hälsa, sjukdom och död har visats i en mängd studier av varierande slag. Detta gäller oavsett om man direkt har mätt den fysiska aktiviteten eller använt något surrogatmått som syreupptagningsförmåga. När det gäller primär prevention av hjärt-kärlsjukdom saknas långsiktiga prospektiva placebokontrollerade studier. Ett stort antal observationsstudier ger dock ett kraftigt stöd för

betydelsen av fysisk aktivitet med ett tydligt "dos-respons-förhållande" även sedan man korrigerat för "confounding factors".

Studierna visar exempelvis på minst halverad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom, död i hjärt-kärlsjukdom samt total död för den som regelbundet är måttligt fysisk aktiv (2). Med måttlig aktivitet menas här en intensitet motsvarande rask promenad eller liknande, minst 30 minuter/dag eller så gott som dagligen. Det krävs med andra ord inga överdåd för att uppnå de goda hälsoeffekterna. Ytterligare hälsoeffekter kan uppnås för den som antingen ökar på tiden för fysisk aktivitet till 60 minuter/dag eller lägger in 2–3 lite intensivare motionspass under 20–30 minuter varje vecka. Dessa kan exempelvis bestå av motionsgymnastik, cykling, simning eller skidåkning.

Även om det saknas primärpreventiva randomiserade studier, finns det gott stöd för de observerade sambanden genom randomiserade sekundärpreventiva studier och en rad studier, som visar att fysisk aktivitet påverkar en stor mängd välkända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Hit hör t ex gynnsam inverkan på blodtryck, totalkolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, triglycerider, BMI, midjastusskvot, glukosomsättning, insulinkänslighet och trombocytadhesivitet (5). Se även kapitlen Ischemisk hjärtsjukdom, s 241, Hypertoni, s 299, Blodfettrubbningar, s 288, och Cerebrovasculära sjukdomar, s 317.

Utöver effekter av betydelse för hjärt-kärlsjukdom finns även rapporterat gynnsam inverkan på immunsystemet, minskad risk för diabetes, Mb Parkinson, demens, benskörhet och vissa cancerformer (5). Till detta kommer symtomlindrande effekter med avseende på smärta, oro och nedstämdhet (5). Detta tillsammans med den prestationshöjande effekten på kondition, muskelstyrka, balans och rörlighet kan starkt bidra till en förbättrad livskvalitet.

Mat

Att studera matens betydelse för hälsa är, jämfört med fysiskt aktivitet, betydligt mer komplicerat, eftersom det finns en mängd olika livsmedel med potentiellt negativa eller positiva effekter på hälsan. Om man vill minska intaget av ett specifikt livsmedel får

man i allmänhet byta ut det mot ett annat livsmedel om man vill ha oförändrat energintag. När man byter ut ett livsmedel mot ett annat vet man ju inte säkert om eventuella hälsoeffekter beror på eliminationen av ett livsmedel eller på införandet av ett annat livsmedel.

Liksom när det gäller fysisk aktivitet är det ont om långsiktiga prospektiva randomiserade primärpreventiva studier avseende matens hälsoeffekter. Däremot finns det en stor mängd observationsstudier, som visar på ett samband mellan mat och sjuklighet/död. Detta gäller framför allt diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Ett högt intag av "hårda" fetter (mättade fetter och transfetter) ökar risken för hjärtdöd (2). Se även kapitlen Diabetes, s 537, Ischemisk hjärtsjukdom, s 241, Cerebrovasculära sjukdomar, s 317, och Blodfettrubbningar, s 288. Flera randomiserade kontrollerade sekundärpreventiva studier stödjer dessa iakttagelser, liksom studier avseende matens effekter på exempelvis blodtryck, blodfetter, glukosomsättning, insulinkänslighet, endotelfunktion, vikt, trombocytadhesivitet och inflammations-tendens (2).

Såväl mättade fetter som partiellt hårda omättade fettsyror (s k transfetter) är hårda i kylskåpstemperatur och höjer totalkolesterol och LDL-kolesterol, medan omättade fettsyror sänker kolesterol. Ett byte av mättat fett mot enkelomättat fett beräknas minska insjuknande i hjärt-kärlsjukdom med 30%, medan ett byte av transfett mot enkelomättat fett skulle kunna halvera risken. Mättat fett återfinns framför allt i feta mejeriprodukter, medan transfett finns i exempelvis hårt margarin, snacks och bakverk.

Linolsyra och alfa-linolensyra är två essentiella fleromättade fettsyror, som tycks vara skyddande mot hjärtinfarkt. Linolsyra finns framför allt i växtbaserade oljor, medan alfa-linolensyra är en omega-3-fettsyra, som förutom i fisk även finns i exempelvis rapsolja och vissa nötter. Förutom triglyceridsänkande egenskaper kan omega-3-fettsyror ha blodtryckssänkande, antitrombotiska och antiarytmiska egenskaper.

Ett högt intag av fiberrika livsmedel och fullkornsprodukter minskar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom, liksom mat

med lågt glykemiskt index (GI) eller låg glykemisk load, åtminstone hos kvinnor (2). Fiberrika livsmedel och fullkornsprodukter har i allmänhet också lågt GI. Det kan därför vara svårt att avgöra om den gynnsamma effekten beror på lågt GI eller högt fiberinnehåll.

Alkohol

Alkohol är ett gift, som i små mängder utan berusningsinslag inte tycks vara förenat med medicinska följdverkningar (6). I större mängd ökar risken för cancer, olycksfalls-skador, våldsrelaterade skador, självmord samt skador på nervsystem och inre organ som hjärta, lever och bukspottkörtel. En metaanalys av observationsstudier av alkohols effekter har visat ökad risk utan någon säker nedre konsumtionsnivå för skrumplever, bukspottkörtelinflammation, olycksfallsskador samt cancer i läpp, munhåla, svalg, matstrupe, luftstrupe, lever, bröst, tjock- och ändtarm (6).

Tobak

Tobaksrökning anses globalt sett vara den enskilt viktigaste åtgärdbara orsaken till ohälsa, sjukdom och för tidig död. Rökning beräknas medföra att uppskattningsvis 7 000 personer i Sverige årligen avlider i förtid (7). Ett flertal observationsstudier har visat att rökning förkortar livet med 7–8 år, ja kanske ända upp till 10 år (2). Därutöver drabbas rökaren av ytterligare 7–8 fler år med nedsatt hälsa än icke-rökaren (2).

Rökning är associerad med ett flertal livsfarliga och livskvalitetsbegränsande sjukdomstillstånd som hjärtinfarkt, stroke, KOL, lungcancer och flera andra cancersjukdomar (8). Snusningens hälsoeffekter är mera ofullständigt kända (Se kapitlet Nikotinberoende, s 995).

Den sammantagna betydelsen av flera levnadsvanor – livsmönstret

Eftersom levnadsvanorna var för sig har sådana påtagliga effekter på vår hälsa är det inte orimligt att tänka sig att den sammantagna effekten av våra levnadsvanor kan sätta ännu större spår. I en norsk studie på 10 000 män fann man att risken för hjärt-död och total död minskade till 36% respek-

tive 31% av "normalrisken" för dem som inte rökte, drack lite alkohol, motionerade, åt frukt och grönsaker regelbundet samt åt minst 3 potatisar och 6 brödskevar/dag.

De gynnsamma effekterna av en sund livsstil tycks även gälla kvinnor. Detta har bland annat visats i stor amerikansk observationsstudie med drygt 84 000 sjuksköterskor. Risken för hjärtinfarkt var 83% lägre bland dem som inte rökte, drack måttligt med alkohol, motionerade regelbundet, åt rikligt med frukt och grönsaker, samt fiberrika livsmedel och mat med bra fettsammansättning, rika på omega-3-fettsyror och med lågt glykemiskt index.

År 2004 presenterades INTERHEART, en gigantisk fall-kontrollstudie från alla världsdelar avseende risken att drabbas av hjärtinfarkt, omfattande drygt 15 000 hjärtinfarktsfall bland kvinnor och män från olika etniska grupper i 52 länder. Rökfrihet, regelbunden måttlig motion samt daglig konsumtion av frukt och grönsaker reducerade kraftigt risken för hjärtinfarkt (Odd's Ratio; OR = 0,21) (9).

Interventioner mot osunda levnadsvanor

Fysisk inaktivitet

Som tidigare nämnts saknas primärpreventiva studier avseende effekter av fysisk aktivitet med död som endpoint. Däremot finns det flera randomiserade, kontrollerade, sekundärpreventiva studier avseende fysisk träning efter hjärtinfarkt, som enligt en systematisk översikt visar på ca 30% lägre risk för hjärt-död och ca 20% reduktion av totalmortalitet (10). Aktuella sammanställningar av försök att främja fysisk aktivitet visar också att det finns effektiva metoder för att få fysiskt inaktiva patienter att komma i gång med regelbunden motion (11) (se även kapitlet Övervikt och fetma, s 165, respektive Ischemisk hjärtsjukdom, s 241).

Osunda matvanor

Såväl primärpreventiva som sekundärpreventiva randomiserade försök med kostintervention har visat på gynnsamma effekter på insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom med eller utan samtidig effekt på biologiska riskmarkörer. Lyckade försök

har genomförts såväl med inriktning på att försöka påverka intaget av enskilda näringsämnen eller livsmedel som att påverka hela kostmönstret (se vidare i kapitlet Övervikt och fetma, s 165, respektive Blodfettrubbningar, s 288).

Riskbruk av alkohol

Man vet i dag med erfarenhet från flera välgjorda studier att man i det vanliga mottagningsarbetet med några enkla frågor kan identifiera patienter med riskabelt högt alkoholinlag och att man genom stödjande samtal kan hjälpa dessa patienter att minska eller helt upphöra med sin alkoholkonsumtion (2) (Se även kapitlet Alkohol – riskbruk, missbruk och beroende, s 1002.)

Tobaksbruk

De flesta vuxna rökare och många snusare vill sluta med sitt tobaksbruk. Det finns i dag enkla, verksamma och kostnadseffektiva metoder för sjukvården för att hjälpa patienten alltifrån kort rådgivning i samband med rutinbesök i sjukvården, med eller utan läkemedelsstöd, till behandling hos utbildad rökavvänjare (8), se kapitlet Nikotinberoende, s 995.

Kombinerad intervention

Kombinerad intervention med råd om ökad fysisk aktivitet och ändrade matvanor har enligt flera studier varit mycket kostnadseffektivt för att förebygga diabetes bland patienter som befinner sig i riskzonen. I såväl en amerikansk som en finsk interventionsstudie minskade risken att insjukna i diabetes med 58%, när överviktiga med diabetesrisk fick råd om ökad fysisk aktivitet och sunda matvanor (2).

Biverkningar av livsstilsbehandling

De negativa effekterna av livsstilsbehandling är få och i allmänhet lindriga, men ska för den skull inte föringas. Vid rökstopp eller minskad alkoholkonsumtion bör man vara medveten om och informera patienten om att övergående "utsättningsbesvär" kan förekomma i form av sömnbesvär, oro, svettningar och ibland dysfori.

Vid råd om fysisk aktivitet är det viktigt att beakta en potentiell skaderisk. Aktivite-

ter med låg skaderisk, som promenader, kan rekommenderas. För överviktiga eller patienter med besvär från rörelseapparaten kan skonsammare aktiviteter som cykling eller vattenaktiviteter vara att föredra. Komplettera gärna med råd om lämplig utrustning som bra skor, halkskydd eller stavlar för att minska skaderisken. Skyddsutrustning i form av cykelhjälm och reflexer i mörker är andra viktiga detaljer för ökad säkerhet.

Träningsvärk är ett obehagligt, men ofarligt och övergående tillstånd, som kan få en patient att ge upp sina träningsambitioner redan efter första försöket. För att undvika detta kan en liten daglig dos vara att föredra framför en stor dos några gånger i veckan. I praktiken kan det innebära att man hellre successivt ska öka längden på motionspassen från 5 minuter/dag till 30 minuter än öka motionsfrekvensen från 30 minuter 2 gånger/veckan till 7 gånger/veckan.

Livsstilsbehandling – ett kostnadseffektivt alternativ

Effekter av olika åtgärder brukar ofta redovisas som relativ riskminskning (RRR) uttryckt i procent. Om risken att drabbas av en viss sjukdom minskar från 40 till 20% har den relativa risken minskat med 50%. Om risken i stället minskar från 0,4 till 0,2% är den relativa riskminskningen också 50%. Intressantare är kanske att veta vad den absoluta riskminskningen blir. I det första fallet är den absoluta riskminskningen (ARR) $40 - 20 = 20$ procentenheter. I det andra fallet blir den absoluta riskminskningen blygsamma 0,2 procentenheter.

Ett ännu intressantare mått är kanske NNT (Number Needed to Treat), som beskriver hur många individer som behöver behandlas för att en individ ska ha nytta av behandlingen. Värdet för NNT fås genom att man räknar fram det inverterade värdet för den absoluta riskreduktionen, dvs $100/ARR$. I det första fallet i exemplet ovan blir NNT 5 (100 dividerat med 20), dvs det räcker att behandla 5 individer för att 1 individ ska ha nytta av behandlingen. I det andra fallet blir NNT 500 (100 dividerat med $0,2$), dvs det krävs att 500 behandlas för att 1 person ska ha nytta av behandlingen. Det

betyder att 499 har fått behandlingen i onödan. Om detta ska vara acceptabelt beror ju på hur mycket behandlingen kostar, vilka eventuella biverkningar behandlingen kan ge samt sjukdomens svårighetsgrad.

Ett praktiskt exempel som kan illustrera effekten av blodtrycksbehandling: För att undvika ett dödsfall i hjärt-kärlsjukdom bland 50-åriga icke-rökande friska kvinnor med måttligt förhöjt systoliskt blodtryck och normala blodfetter krävs att man behandlar ca 1500 kvinnor i 5 år, dvs NNT blir 1500.

I ett försök att förebygga diabetes genom livsstilsförändringar bland patienter, som bedömdes ligga i riskzonen, minskade risken att insjukna i diabetes med 58% i gruppen som fått råd om motion och sunda matvanor, vilket motsvarade NNT 10, dvs det räckte att ge råd till 10 patienter för att undvika ett diabetesinsjuknande under 5 år.

Med hjälp av bl a NNT, kunskaper om följsamhet till behandling och kostnader för behandlingen kan man ibland räkna ut kostnaden/räddat levnadsår, som ger en fingervisning om hur kostnadseffektiv en viss åtgärd är. När man gör detta finner man stora skillnader i kostnadseffektivitet för olika åtgärder som kan genomföras i sjukvården. Råd om rökstopp är t ex mycket kostnadseffektivt jämfört med exempelvis läkemedelsbehandling av måttligt förhöjt blodtryck (se Tabell 2). Även om följsamheten är så dålig att endast 1 av 100 slutar att röka är det som framgår av tabellen en extremt kostnadseffektiv åtgärd att ge råd om rökstopp, eftersom rökning är så mycket farligare än förhöjt blodtryck.

I kapitlet Evidensbaserad läkemedelsbehandling, s 1086, ges ytterligare bakgrundsinformation till värdet av RRR, ARR och NNT vid bedömning av olika interventioner.

Integrerad livsstilsbehandling i det vanliga mottagningsarbetet

Intresset för livsstilsbehandling har ökat i takt med att vinsterna med framför allt förebyggande läkemedelsbehandling visat sig vara mer modesta än förväntat vid måttligt förhöjda risknivåer. Denna vilja har förstärkts i takt med ökad förståelse om levnadsvanornas betydelse för hälsan, sam-

Tabell 2. Kostnad/räddat levnadsår med olika behandlingsmetoder (enligt SBU, 2000 års penningvärde)

Behandlingsmetod	Kostnad
Behandling med kolesterolsänkande medicin vid kolesterol > 6,8 mmol/L (50-årig man)	1.620 000:-
Behandling av förhöjt blodtryck vid diastoliskt tryck > 90 mm Hg (50-årig man)	450 000:-
Benmärgstransplantation vid akut leukemi	160 000:-
Hälsokontroll mammografi (40–74 år)	110 000:-
Råd om rökavvänjning vid läkarbesök där 1 individ av 100 följer rådet	26 000:-

tidigt som kunskapen om metoder för att stödja patienten i riktning mot sundare levnadsvanor har utvecklats. Sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet har en bred kontaktyta mot befolkningen och har unika möjligheter att långsiktigt diskutera livsstilsfrågor med patienterna som en integrerad del i det vanliga mottagningsarbetet.

Hälso- och sjukvårdslagen uppmanar också till aktivitet i detta avseende: ”Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.” Med tanke på livsstilens potentiellt stora betydelse finns det anledning att väva in levnadsvanorna i de återkommande patientkontakterna. Att diskutera livsstilsfrågor kan säkert upplevas känsligt och många frågar sig med vilken rätt man kan diskutera levnadsvanor med sina patienter. Det är viktigt att detta görs på ett sådant sätt att det inte upplevs kränkande eller som ett intrång i den personliga integriteten.

Samtidigt har patientenkäter visat att patienterna inte bara tycker att det är acceptabelt att fråga, utan också viktigt eller mycket viktigt att doktorn tar upp livsstilsfrågor i samband med konsultationen. Här har primärvården en stor uppgift med sina upprepade kontakter med invånarna under många år, vilket skapar möjlighet att lära känna patienten och dennes familj och övrig omgivning på ett förtroendefullt sätt.

Förutsättningarna för att hitta lämpliga tillfällen att på ett ödmjukt sätt diskutera livsstilsfrågor bör vara speciellt goda vid långvariga vårdrelationer med god kontinuitet. Livsstilsfrågor är i primärvården aktuella ur såväl primärpreventiv som sekundär- och tertiärpreventiv synvinkel.

Insatser på sjukhuset

Intresset för att diskutera levnadsvanor med patienterna ökar inom primärvården, liksom inom den sjukhusbaserade vården. Det finns således framför allt stora vinster att göra när det gäller sekundär- och tertiärprevention genom livsstilsbehandling. Efter- och vinsterna med livsstilsförändringar kommer snabbt – ofta snabbare än med läkemedelsbehandling – finns det stora fördelar med att initiera livsstilsbehandling redan på sjukhuset.

Redan ett dygn efter rökstopp ses gynnsamma förändringar, som är av betydelse för insjuknande eller återinsjuknande i hjärtinfarkt eller stroke. Trombocyternas adhesivitet minskar inom 24 timmar efter rökstopp och successivt fås flera gynnsamma förändringar så att den före detta rökaren efter 2 år har minskat sin risk till en nivå jämförbar med "aldrig-rökarens" (Se kapitlet om Nikotinberoende, s 995).

Att servera "medelhavsinspirerad" mat på infarktavdelningen, samtidigt som patienten får undervisning i fördelarna med kostomläggning, kan vara en bra investering.

Även fysisk aktivitet ger tidigt återbärning i form av minskad sjukdomsrisk genom påverkan på en mängd kardiovaskulära riskfaktorer och skyddsfaktorer. Vinsterna med livsstilsbehandling finns inte bara vid centrala manifestationer av kärlsjukdom, utan gäller även vid perifer kärlsjukdom.

Även inom psykiatrin finns en stor och outnyttjad potential till förbättring, när det gäller livsstilsåtgärder. Psykiatriska patienter löper en ökad risk för förtida död inte enbart genom sin psykiska sjukdom, utan har i genomsnitt 6 år kortare livslängd till följd av somatisk sjukdom. Här finns med andra ord möjligheter till "dubbla vinster" genom att man intresserar sig för patientens levnadsvanor. Motion har utöver effekter på

biologiska riskfaktorer för t ex hjärt-kärlsjukdom även gynnsam effekt på psykiska symtom som nedstämdhet, oro, stress och ångest, möjligen via effekter på serotonin, noradrenalin, dopamin och endorfiner (5).

Muskelarbeta är den åtgärd som ökar halterna av de kroppsegna morfinerna endorfin och hemorfin allra mest. Det betyder att motion genom dessa mekanismer i kombination med dess stimulerande effekt på beta-enkefaliner också kan vara ett viktigt komplement vid smärtbehandling (5).

När det gäller opererande specialiteter kan man göra stor nytta genom att hjälpa rökande patienter till rökstopp inför planerade operationer. Kontrollerade studier har här visat på förbättrad sårhäkning och kraftig minskning av postoperativa komplikationer för dem som lyckas sluta röka.

Hur mäta livsstil?

För att mäta biologiska riskmarkörer som blodtryck och blodfetter finns hjälpmedel i form av blodtrycksmanschett och blodprov. Men vilka mätinstrument har vi till vår hjälp för att "mäta" levnadsvanor? Det handlar egentligen om att utveckla anamnesen så att livsstilsfrågorna blir lika naturliga och rutinmässiga inslag i konsultationen som blodtrycksmätningen.

En enkel livsstilsenkät (exempel på frågor, som kan ingå i en livsstilsenkät finns i Tabell 3, s 1064) kan då vara ett lika bra hjälpmedel för att mäta levnadsvanor som vägen är för att mäta kroppsvikten. Livsstilsenkäten kan användas på flera olika sätt. Antingen kan den fungera som ett stöd för doktorn, sjuksköterskan m fl vid anamnesen, eller så kan patienten själv fylla i enkäten i väntrummet. Ett alternativt sätt är att skicka enkäten hem till patienten inför planerade besök.

Journalstruktur för

dokumentation och registrering av mätvärden

Lika viktigt som det är med verktyg för att mäta levnadsvanor är det att skapa en bra journalstruktur med sökord för till exempel Fysisk aktivitet, Mat, Alkohol och Tobak. Liksom när det gäller t ex blodtryck och kolesterol är det också viktigt att kunna följa upp resultaten efter ett livsstilssamtal.

Tabell 3. Exempel på enkla livsstilsfrågor, som kan redovisas i journalens laboratorielista

Motion/mat/alkohol/tobak	Ja (1 p)	Nej (0 p)
Motion senaste 7 dagarna		
Jag har varit fysiskt aktiv på fritiden senaste 7 dagarna motsvarande minst 30 minuters rask promenad: Antal dagar Varje "motionsdag" ger 1 poäng Motionspoäng: _____		
Matvanor senaste veckan		
Jag har ätit fisk minst en dag (även som pålägg)		
Jag har ätit grönsaker varje dag		
Jag har ätit frukt varje dag		
När jag dricker/äter mjölkprodukter har jag oftast valt lättmejeriprodukter (lättmjölk, lättmargarin etc)		
Jag har mestadels använt magra (nyckelhålmärkta) pålägg (mager ost, mjukost, skinka, kalkon etc)		
Jag har mestadels använt flytande matfett eller olja i matlagningen		
Jag har ätit kakor, tårta eller annat kaffebröd högst en gång		
Jag har ätit godis, choklad, chips glass och druckit söta drycker högst en gång		
Varje "ja-svar" ovan ger 1 matpoäng Matpoäng: _____		
Alkohol senaste 7 dagarna		
Hur många "glas" alkohol har du druckit de senaste 7 dagarna? (1 glas motsvarar 1 burk folköl, 1 flaska starköl, 1 glas vin eller 4 cl starksprit): glas Män Kvinnor Alkoholpoäng 0-6 glas 0-4 glas = 6 poäng 7-12 glas 5-8 glas = 4 poäng 13-18 glas 9-12 glas = 2 poäng > 18 glas > 12 glas = 0 poäng		
Alkoholpoäng: _____		
Tobak		
Jag har aldrig vanesnusat = 3 p		
Jag har tidigare snusat, men slutat för mer än 1 månad sedan = 3 p		
Jag snusar..... dosor/vecka = 0 p		
Jag har aldrig vanerökt = 7 p		
Jag har tidigare rökt, men slutat för mer än 1 månad sedan = 7 p		
Jag röker ibland = 1 p		
Jag röker cigaretter/dag = 0 p		
Tobakspoäng: _____		

Tabell 4. Exempel på "mätvärden" med "referensvärden" för livsstilsvariabler i laboratorielistan

Prov-namn	Enhet	Referens	2008-02-20	2008-06-08
Motion	poäng	> 6	2	
Mat	poäng	> 7	4	
Alkohol, man	glas	< 7	17	
Alkohol, kvinna	glas	< 5		
Rökning		0	1	
Cigaretter	cig/dag	0	15	
Snus	dosor/v	0		

Detta kan underlättas genom att man lägger in levnadsvanorna som "laboratorievariabler" i laboratorielistan och registrerar "mätvärden" från livsstilsenkäten. Exempel på sådana mätvärden med "referensvärden" eller önskvärda nivåer, som bygger på livsstilsenkäten kan se ut som i Tabell 4.

Hälsokurvan – mäter och förändrar

För att få en mer samlad bild av såväl livsstilsfaktorer som biologiska riskmarkörer och ärftlighet kan man ha hjälp av en s k Hälsokurva (se skiss i Figur 2). Den upprättas av en för uppgiften utbildad sjuksköterska och tar ca 1 timme att genomföra. Undersökningen inkluderar ett hälsosamtal efter att Hälsokurvan upprättats, där patienten tillsammans med sjuksköterskan går igenom Hälsokurvan och diskuterar vilka livsstilsförändringar som han eller hon är beredd att göra för att förbättra sin hälsa (12).

Flera vårdcentraler i landet använder redan Hälsokurvan, som både fungerar som ett grovt mätinstrument och som ett pedagogiskt hjälpmedel för livsstilsförändringar. Det finns goda erfarenheter av det här arbetssättet vid såväl primär- som sekundärprevention (12). Om önskemål finns kan sjuksköterskan erbjuda tid för rökslutarstöd, viktminskning m m.

Det goda samtalet

Samtalet är ett viktigt instrument inte bara för att fråga utan också för att utforska pati-

HÄLSOKURVAN

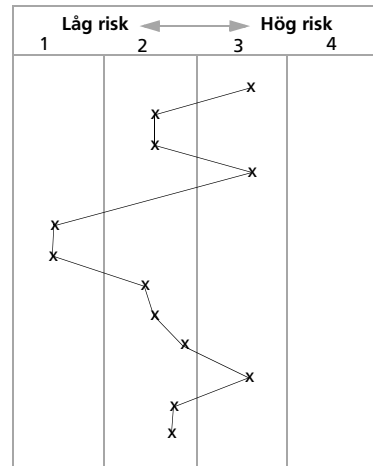
Underlag för hälsosamtal vid sekundärprevention samt förebyggande insatser för vissa grupper

Patient nr/namn..... Kön..... Ålder..... Grupp.....

Besök nr..... Datum..... Undersökare.....

Motion, kcal/vecka.....680**Mat**, Fett.....75, Fibrer..... 15, Fett/fiber-poäng8**Alkohol**, cl Starksprit/vecka.....30**Tobak**Antal cigaretter/dag18

.....Antal snusdosor/vecka

Psykosocial påverkan2**Stress/psykisk ohälsa**2**Ärftlighet diabetes**1**Ärftlighet hjärt-kärlsjukdom**(mor ålder..74, far ålder..72)**Viktindex**, kg/m²27,8**Midja/stusskvot**0,96**Blodtryck**, mm Hg140/95**Kolesterol**, mmol/L6,20**Kronisk sjukdom****Figur 2. Exempel på Hälsokurva – ett pedagogiskt hjälpmedel för att mäta och samtala om livsstil**

entens egen inställning till sina levnadsvanor. Genom att fråga om levnadsvanor markerar den som träffar patienten att han eller hon tycker detta är viktigt och spelar roll för patientens hälsa. Kort rådgivning av läkare är en kostnadseffektiv metod för att få patienter att ändra levnadsvanor. Motiverande samtalsmetodik och andra patientcentrerade samtalstekniker kan eventuellt ha en förstärkande effekt. Motiverande samtalsmetodik går ut på att stärka patientens egna motiv till livsstilsförändringar snarare än att komma med direkta råd. Tanken är att det finns en starkare drivkraft i de motiv och beslut patienten själv har kommit fram till.

Psykosociala faktorer

Psykosociala faktorer har såväl direkt som indirekt betydelse för hälsa och sjukdom. Det är välkänt att psykosocialt belastade grupper har fler osunda levnadsvanor än grupper med goda socioekonomiska förhållanden. Dessutom är psykosocial belastning i sig en riskfaktor för sjukdom, oberoende av de effekter som kan kopplas till osunda levnadsvanor.

I den tidigare nämnda fallkontrollstudien, INTERHEART, var psykosocialt index en

av de starkaste markörerna för insjuknande i hjärtinfarkt (9). Detta tillsammans med Hälso- och sjukvårdslagens uttalade ambition att försöka utjämna den ojämlika ohälsan gör det extra angeläget att nå de mest utsatta grupperna med stöd för livsstilsförbättringar. Utvärderingar av livsstilsinriktade individuella hälsosamtal hör, glädjande nog, till de metoder som har bäst framgång när det gäller att nå dessa grupper medan befolkningsinriktade åtgärder, som bygger på information via TV, radio och tidningar framför allt når välutbildade och hälsomässigt privilegierade grupper.

Full information och delaktighet

Under senare år har man alltmer lyft fram att patienten ska få full information om sin sjukdom och vilka olika behandlingsalternativ som står till buds. Patienten ska bli delaktig i viktiga beslut och så långt som möjligt få en möjlighet att själv välja mellan olika alternativ till behandling (inklusive att avstå från behandling). Detta ställer naturligtvis krav på den som arbetar i sjukvården att ännu bättre än tidigare hålla sig uppdaterad om effekter och bieffekter av olika behandlingsalternativ, inklusive livsstilsbehandling.

FYSS och FaR® – Motion på recept

Att skriva ut motion på recept är en metod, som blivit allt vanligare inom sjukvården. Metoden har tillämpats med goda erfarenheter under många år i bland annat Australien och Nya Zeeland. Det finns en särskild gulsk FaR®-blankett, som liknar den vanliga receptblanketten för läkemedel. Den kan användas av alla inom sjukvården, som fått utbildning i "FaR®-föreskrivning", se <www.fhi.se/templates/Page___10010.aspx>.

För läkare och sjuksköterskor, som är vana att skriva läkemedel på recept via datorjournalen, går det lika bra att skriva ut Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) på den vanliga gula receptblanketten. Fördelen med detta förfarande är att ordinationen då automatiskt syns i datajournalens läkemedelslista och därifrån kan förnyas eller ändras på samma sätt som för vanliga läkemedel.

Det finns pedagogiska fördelar med receptföreskriven motion (11). Receptet ska inte ses som en ordination utan som en överenskommelse om motion mellan vårdgivare och patient. En förutsättning för att nå goda resultat är att man också följer upp föreskrivningen på samma sätt som för läkemedel. Eftersom fysisk aktivitet är ett "starkt" läkemedel är det viktigt att inte sätta ribban för högt initialt. Börja gärna med en låg, men daglig motionsdos, t ex en promenad runt kvarteret, som sedan successivt kan "titreras" upp till en dos som patienten kan acceptera.

Genom samarbete med idrottsföreningar och träningsanläggningar ges möjligheter att utöver daglig vardagsmotion som promenader även ordinera riktad motion, som kan anpassas utifrån olika patienters behov och preferenser. Till hjälp för att hitta lämpliga "beredningsformer" av fysisk aktivitet (promenad, cykling, simning, gymnastik etc.) finns FYSS (FYsisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling). (5). Här finns också förslag på lämpliga doser uttryckt som frekvens, duration och intensitet vid olika symtom och sjukdomstillstånd (www.fyss.se/).

Läkemedelsverkets rekommendationer för primär prevention av hjärt-kärlsjukdom – ett paradigmskifte

Tidigare har Läkemedelsverket med jämna mellanrum gett ut rekommendationer avseende behandling vid högt blodtryck och höga blodfetter. De allra flesta är i allmänhet inte sjuka av sitt höga blodtryck eller förhöjda blodfetter utan dessa variabler är som tidigare nämnts riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Som enskilda variabler säger de ganska lite om risken att drabbas. Den totala risken avgörs av en mängd biologiska risk- och skyddsfaktorer samt livsstilsvariabler. Läkemedelsverket har därför tagit ett nytt grepp genom att i stället ge ut en samlad rekommendation om när och hur aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom ska förebyggas, se vidare <www.lakemedelsverket.se/Tpl/RecommendationsPage___4385.aspx>.

Här tydliggörs att livsstilsbehandling är huvudbehandling och att läkemedel i en del fall kan bli aktuellt som tilläggsbehandling. I stället för att agera utifrån enskilda blodtrycksvärden kan man vid ställningstagande till behandling utgå från någon form av riskekvation, där flera variabler ingår. Samma inställning har Socialstyrelsen, vilket framgår i de senaste riktlinjerna för hjärtsjukvård (2).

SCORE (finns i internetversion som Heart-SCORE) är en sådan riskekvation, som finns kalibrerad för svenska förhållanden (2). I denna ingår kön, ålder, systoliskt blodtryck, totalt kolesterol och rökning. Det finns fortfarande svagheter i SCORE eftersom en del riskfaktorer saknas. Den tar inte heller hänsyn till skyddsfaktorer som t ex fysisk aktivitet, sunda matvanor och socialt nätverk. Det är ändå ett steg framåt jämfört med den grova riskbedömning som tidigare använts i form av cut-off-värden för t ex blodtryck (läs mer om SCORE i kapitlet Cerebrovaskulära sjukdomar, s 317).

Samhällsinriktade åtgärder

De möjliga livsstilsförändringar som diskuteras vid ett läkarbesök, kan vara svåra att uppnå för en ensamstående arbetslös flerbarnsförälder med knapp ekonomi. Det kan också vara svårt att genomföra beslutade

RECEPT

Patientens namn och personnummer

121212-1212

Gäller 1 år från
utfärdandet om inte
kortare tid anges här:

Dussin, Tolv

Särskilda upplysningar

Förskrivaren intygar genom signum att villkoren enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. är uppfyllda.
Om endast ett läkemedel förskrivs snedstreckas tom ruta.

1. Läkemedelsnamn			Får inte bytas ut, sign.
Motion			
läkemedelsform	styrka	mängd/behandlingstid	Med startförpackn., sign.
promenad	30 min/dag	Hela livet	
Dosering, användning, ändamål			Med förmån, sign.
Daglig promenad 2 km till och från arbetet. Motverkar högt blodtryck, högt blodsocker och höga blodfetter.			Utan förmån, sign.
			Får expedieras (bokst.)
			En gånger
			Exp. intervall (bokst.)
		
2. Läkemedelsnamn			Får inte bytas ut, sign.
Alvedon			
läkemedelsform	styrka	mängd/behandlingstid	Med startförpackn., sign.
tablett	500 mg	100 st	
Dosering, användning, ändamål			Med förmån, sign.
1-2 tabl 1-3 ggr dagl vid ryggvärk.			X
			Utan förmån, sign.
			Får expedieras (bokst.)
			En gånger
			Exp. intervall (bokst.)
		
Förskrivarens namn, yrke, telefon, tjänsteställe, förskrivarkod, arbetsplatskod (obligatorisk för förmån)			
DI Hans Lingfors			
Habo vårdcentral Läkarmottagningen Box 204 566 24 HABO Tfn 036-482 40			
Utfärdandedatum och förskrivarens namnteckning			
HABO		040407	

/FS 2002:6

Figur 3. FaR® – Fysisk aktivitet på Recept kan ordinerar på särskilda FaR®-blanketter eller skrivas ut på den vanliga receptblanketten.

förändringar utan att det finns en stödjande miljö i övrigt som underlättar ett förändrat levnadssätt. Sjukvården kan inte ensamt ta på sig ansvaret eller ens ha huvudansvaret för minskad rökning, ökad fysisk aktivitet eller sundare matvanor i befolkningen. Arbetet underlättas väsentligt genom gemensamma ansträngningar i samverkan med kommunala förvaltningar, myndigheter, ideella organisationer och näringsliv.

Det handlar i mångt och mycket om att skapa en infrastruktur för ett hälsosamt samhälle som t ex stimulerar till fysisk aktivitet, tillhandahåller hälsosamma och goda livsmedel till acceptabla kostnader samt politiska beslut som bidrar till fler rökfria zoner. Provinsialläkaren hade förr ett ansvar att undersöka och rapportera om levnadsförhållanden i sitt distrikt och var en självskriven ledamot i kommunala nämnder. Denna del av läkarrollen har till allra största delen fallit bort. Det finns dock andra möjligheter att som läkare arbeta med livsstilsfrågor på samhällsnivå, förutom det vanliga sättet att rösta i val. Distriktsläkaren kan delta i lokala hälsoråd och där bidra genom sin kunskap om betydelsen av olika livsbetingelser och dess samband med levnadsvanor och hälsa.

Avslutande kommentar

Att levnadsvanorna har stor betydelse för hälsa och sjukdom betyder inte att livsstilsförändringar helt kan ersätta läkemedelsbehandling, även om detta är möjligt i en del fall. Den till stor del hittills outnyttjade potentialen som livsstilsbehandling erbjuder, öppnar dock för en inte obetydlig minskning av läkemedelsbehovet för prevention och behandling av en rad sjukdomstillstånd och symptom.

Några användbara internetadresser

Motion

- Folkhälsoinstitutet (www.fhi.se)
- FYSS 2008 (www.fyss.se)

Mat

- Livsmedelsverket (www.slv.se)
- Folkhälsoinstitutet (www.fhi.se)

Alkohol

- Folkhälsoinstitutet (www.fhi.se)

Tobak

- Tobaksfakta (www.tobaksfakta.org)
- Folkhälsoinstitutet (www.fhi.se)
- Sluta-röka-linjen (<http://www.slutarokalinjen.org/>)
- Tobaksavvänjare (<http://www.tobaksfakta.se/Default.aspx?id=3041>)

Övrigt

- Heart SCORE (http://cms.escardio.org/knowledge/decision_tools/heartscore/se/)
- Rislicore – Brittisk variant av livsstilsbedömning (www.rislicore.org)
- Hälsokurva (http://www.lj.se/fouenheten/Motiverande_samtal (http://www.fhi.se/templates/Page_8674.aspx))
- Samtalet om tobak (<http://www.somt.se/>)

Tabell 5. Evidensstyrka^a avseende levnadsvanors effekter på hälsan respektive effekter av livsstilsbehandling

Fysisk aktivitet
Fysisk inaktivitet ökar kraftigt risken för insjuknande och död i hjärtinfarkt samt total död (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Den som är fysiskt aktiv minskar kraftigt risken för insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom samt total död (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Tidigare fysiskt inaktiva, som blir fysiskt aktiva ungefär halverar risken för förtida död, huvudsakligen genom minskad risk för död i hjärt-kärlsjukdom (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Råd till patienter om fysisk aktivitet leder till ökad fysisk aktivitet (evidensstyrka 1) (11).
Effekten av rådgivning kan förstärkas genom utökad rådgivning eller utnyttjande av teoribaserade beteendemodeller (evidensstyrka 3) (11).
Om rådgivningen kompletteras med till exempel recept på fysisk aktivitet, dagbok, stegräknare eller informationsbroschyr ökar den fysiska aktivitetsnivån ytterligare (evidensstyrka 3) (11).
Mat
Minskad mängd fett i en energibalanserad kost tycks inte minska risken för hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor (gott vetenskapligt underlag) (2).
Högt intag av mättat fett och partiellt härdade fettsyror (transfetter) ökar risken för hjärt-kärlsjukdom (gott vetenskapligt underlag) (2).
Systematiska översikter av god kvalitet visar att risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdom minskar vid ett ökat intag av omättade fettsyror på bekostnad av mättade fettsyror (evidensstyrka 1) (13).
Ett högt intag av kostfiber minskar risken för insjuknande och död i kranskärlssjukdom (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Ett högt intag av fullkornsprodukter minskar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Ett högt intag av frukt och grönsaker bland friska minskar risken för kranskärlssjukdom (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Hög konsumtion av fisk bland friska minskar risken för död i kranskärlssjukdom (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Ett kostmönster, som innebär konsumtion av mycket frukt och grönsaker, fiberrika fullkornsprodukter, mycket fisk och livsmedel med hög andel omättade fettsyror på bekostnad av livsmedel med hög andel mättat fett och transfett, minskar risken för kranskärlssjukdom (gott vetenskapligt underlag) (2).
Det finns effektiva metoder för att få patienter att förbättra sina matvanor (evidensstyrka 1) (14).
Kombinerade råd om mat och fysisk aktivitet
Kombinerad rådgivning om hälsosam mat och ökad fysisk aktivitet till patienter i riskzonen ungefär halverar risken att insjukna i diabetes (evidensstyrka 1) (15).
Rökning
Flera stora prospektiva kohortstudier och fallkontrollstudier av god kvalitet har visat att rökning kraftigt ökar risken för insjuknande och död i hjärtinfarkt samt total död (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Rökstopp minskar kraftigt risken för insjuknande och död i hjärtinfarkt respektive total död (mycket gott vetenskapligt underlag) (2).
Råd om rökstopp vid sjukvårdskontakt är mycket kostnadseffektivt (evidensstyrka 1) (8).
Alkohol
Kort intervention med rådgivning inom sjukvården kan bidra till minskad alkoholkonsumtion bland högkonsumenter (evidensstyrka 1) (2).
Miniintervention riktad till män med hög alkoholkonsumtion leder till minskad alkoholrelaterad död (gott vetenskapligt underlag) (2).

a. Evidensstyrka 1: en systematisk översikt som bygger på minst två randomiserade studier av högt bevisvärde. Evidensstyrka 2: en systematisk översikt som bygger på en randomiserad studie med högt bevisvärde plus minst två med medelhögt bevisvärde och entydiga resultat (huvudregel). Evidensstyrka 3: en systematisk översikt som bygger på minst två randomiserade studier med medelhögt bevisvärde och entydigt resultat. Evidensstyrka 4: en systematisk översikt som bygger enbart på studier av lågt bevisvärde eller där den systematiska kunskapsgenomgången visat på avsaknad av studier.

Referenser

1. SBU. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm; 2007. Report No.: 170.
2. Socialstyrelsen. Kranskärslsjukdomar – vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
3. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med.* 2002;136:493–503.
4. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation.* 1999;99:779–85.
5. YFA. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. 2008.
6. Andreasson S, Allebeck P. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. 2005.
7. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
8. SBU. Metoder för rökavvänjning. Stockholm; 1998. Report No.: 138.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937–52.
10. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(1):CD001800.
11. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm; 2007. Report No.: 181.
12. Lingfors H, Persson LG, Lindstrom K, Ljungquist B, Bengtsson C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care.* 2002;20:28–32.
13. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JP, Thompson RL, Clements G, Capps N, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(3):CD002137.
14. Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(4):CD002128.
15. Mauricio D, Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Roque IFM, Richter B. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(3):CD003054.