Region Stockholm

22

Yttrande över remiss – Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling

VKN 2021-0130

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-05-27

VKN 2021-0130

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling

Ärendebeskrivning

Ett nationellt vårdprogram för behandling av vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling har tagits fram av nationellt programområde för levnadsvanor. Arbetet har skett inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. För att kvalitetssäkra vårdprogrammet genomförs nu en öppen remiss. Detta ärende utgör regionens remissvar till nationellt programområde för levnadsvanor.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion av nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling.
Remissversion av konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd levnadsvanor.

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till nationellt programområde för levnadsvanor.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning i Sveriges regioner i samverkan har ett vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling tagits fram på uppdrag av nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor. Förekomst av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen vad gäller tobaksbruk, matvanor, fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol har en stor påverkan på sjukdomsbördan.

För nio av de tio vanligaste sjukdomstillstånd som leder till för tidig död bedöms hälsorelaterade levnadsvanor ha betydelse.

De åtgärder som föreslås i vårdprogrammet har sin grund i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna ger vägledning om vilka metoder som är evidensbaserade, vad som bör göras, medan vårdprogrammet ger vägledning om metoderna. De nationella riktlinjerna baseras på ett systematiskt framtaget evidensbaserat kunskapsunderlag. För åtgärder som därutöver lagts till vårdprogrammet har kompletterande kunskapsunderlag för riktade hälsosamtal tagits fram på motsvarande systematiska sätt. Åtgärder inför operation avseende fysisk aktivitet respektive nutrition grundas på litteratursökningar. Vårdprogrammet har diskuterats och förankrats genom dialogmöten, där regionen har varit representerad.

Överväganden
En genomgång har gjorts av underlagen med stöd av den regionala sakkunnigstrukturen avseende medicinskt innehåll och konsekvensbeskrivning. Den övergripande bedömningen är att konsekvensbeskrivningen med sin budgetpåverkansanalys i stort utgör tillräckligt underlag för beslut. Regionen noterar dock att kostnadseffektiviteten för riktade hälsosamtal är oklar eftersom evidensläget för interventionen är otillräcklig. En god följsamhet till vårdprogrammet förväntas generera en kostnadsbesparing på längre sikt i takt med att risken för framtida sjuklighet minskar. I synnerhet då kostnaderna för hälso- och sjukvården bedöms öka om arbetet med levnadsvanor inte prioriteras. En generell kommentar om vårdprogrammet är att det är väl genomarbetat men uppfattas långt. En förutsättning för flera åtgärder är en välfungerande barn- och skolhälsovård inom kommunal regi. Beträffande konsekvensbeskrivningen skulle större utrymme kunna ges för positiva och kostnadsbesparande effekter.

Vårdprogrammet kan medföra en liten risk för undanträngning av andra vårdinsatser på grund av att nya åtgärder samt åldersgrupper för barn och äldre lagts till eller förtydligats. Vårdprogrammet lyfter även åtgärder med lägre evidens som inte rekommenderas i nationella riktlinjer. Det skulle kunna skapa undanträngning av åtgärder för ohälsosamma levnadsvanor med högre evidens. Regionen noterar att denna aspekt inte belyses i konsekvensbeskrivningen i vilken det anges att vårdprogrammet inte bedöms medföra några risker för individen. Regionen uppmärksammar även att vid införande av nya styrdokument kan omprioriteringar behöva göras av vårdens insatser.

Regionens bedömning är att implementering av vårdprogrammet kräver en förstärkning av kompetensutveckling och vårdåtgärder, vilken kan ske genom omfördelning i enlighet med omställningen till God och nära vård. Regionen behöver en struktur för kompetenshöjning och kunskapsstöd för såväl primärvård som sekundärvård. Regionen noterar dock att det i konsekvensbeskrivningen ställs krav om regelbunden fortbildning, vilket i övrigt saknas inom hälso- och sjukvården. Struktur för samverkan mellan professioner, vårdnivåer och andra huvudmän behöver utvecklas avseende levnadsvanor, särskilt vad gäller samverkan med tandvård och elevhälsa. Detta skulle kunna inrymmas i husläkarmottagningarnas närområdesansvar. Regionen noterar att vårdprogrammet kan förtydliga definitionen av familjestödsprogram samt avgränsas gentemot diagnoserna anorexi och obesitas. Vidare noteras att konsekvensbeskrivningen saknar bedömning avseende kostnader för familjestödsprogram. Kostnaden för läkemedel kopplat till alkohol- och tobaksbruk kan öka.

Hälso- och sjukvården saknar en enhetlig dokumentation av patienternas levnadsvanor. För regionen innebär det att det är svårt att följa upp kvaliteten i vården och effekterna av åtgärderna. En nationell arbetsgrupp (NAG) kring dokumentation ser över hur uppföljning kan förbättras och administrationen underlättas. Uppföljning kan förbättras och vårdgivarnas administration minskas om digitala självskattningsformulär införs i regionen. Regionen noterar att vårdprogrammet saknar KVÅ-kod för familjestödsprogram. En kod som specifikt avser åtgärden familjestödsprogram vid ohälsosamma levnadsvanor kan tas fram och därmed särskiljas från den definierade koden QV013 för generella familjestödsprogram.

Vårdprogrammet för ohälsosamma levnadsvanor förväntas bidra till regionens arbete med att ställa om till en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård och därmed vara en viktig del i arbetet med God och nära vård. Initiala kostnadsökningar för vårdprogrammets införande kan därmed ses som en del i detta omställningsarbete.

Region Stockholm stödjer förslaget till det nationella vårdprogrammet för ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling.

Ekonomiska konsekvenser
Ett flertal studier och artiklar som nämns i konsekvensbeskrivningen visar att åtgärder för ohälsosamma levnadsvanor är kostnadseffektiva. Vårdprogrammet förväntas innebära minskade kostnader på lång sikt i takt med att risken för framtida sjuklighet minskar. För att kunna möta kravet på kompetens för detta vårdprogram krävs utbildningsinsatser och att resurser tillförs genom förstärkning eller omfördelning.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Vårdprogrammet förväntas ha positiva effekter för patientsäkerheten genom att stödja användningen av evidensbaserade metoder vid prevention och som del i behandling vid specifika sjukdomar och tillstånd. Vidare ger vårdprogrammet stöd för att öka individernas delaktighet i åtgärderna, vilket bedöms kunna stödja följsamhet och därmed leda till förbättrad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Vårdprogrammet förväntas ha positiva effekter för jämlik vård. Ohälsosamma levnadsvanor är vanligare i grupper med kort utbildning, med låg hälsolitteracitet (individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation) och sämre socioekonomisk situation. Vårdprogrammet är ett stöd för arbetet med ökad hälsolitteracitet och för att utforma åtgärder tillsammans med målgruppen.

Miljökonsekvenser
Vårdprogrammet förväntas ha en positiv effekt på miljön. En minskning av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen skulle leda till minskad sjukdomsbörda, vilket i sin tur bidrar till ett minskat behov av sjukvård och därmed minskad resursförbrukning och miljöpåverkan från hälso- och sjukvården. Även i produktionsledet, dvs i produktionen av matvaror, tobak och alkohol, kan positiva effekter för miljön uppstå eftersom hälsosamma levnadsvanor överlag har en mindre miljöpåverkan än ohälsosamma.

Administrativa konsekvenser
Vårdprogrammet förväntas inte påverka vårdgivarnas administration, då alla vårdgivare redan idag förväntas dokumentera ohälsosamma levnadsvanor. Regionens administration påverkas genom att förändringar i vårdavtal behöver genomföras.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Nationellt programområde för levnadsvanor

Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling

Nationellt programområde för levnadsvanor

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Sammanfattning **2**
Inledning **2**
Vårdprogrammets giltighetsområde **3**
Standardiserade vårdförlopp **3**
Lagstöd **3**
Metodbeskrivning – så har vårdprogrammet arbetats fram **4**
Mål med vårdprogrammet **4**
Bakgrund **4**
Epidemiologi **8**
Miljö och klimat och Agenda 2030 ..... **14**
Hur och när kan levnadsvanor uppmärksammas? **16**
Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav **17**
Personcentrerat förhållningssätt **20**
Primär prevention av ohälsosamma levnadsvanor **23**
Tobak **23**
Matvanor **37**
Alkohol **49**
Fysisk aktivitet **61**
Levnadsvanor inför operation **76**
Rökning inför operation **76**
Alkohol inför operation **81**
Fysisk aktivitet inför operation **85**
Nutritionsstatus inför operation **89**
Uppsökande arbetssätt – riktade hälsosamtal **92**
Barn och unga **96**
Dokumentation **113**
Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer **115**
Nationell arbetsgrupp för nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling **116**
Vårdprogrammets förankring **117**

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Vårdprogrammet baseras på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018. Målgruppen är dock i första hand vårdpersonal som möter patienter, och chefer från och med första linjens vård. Vårdprogrammet vill ge vägledning och inspiration för hur hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsosamma levnadsvanor kan ske i det dagliga arbetet. Förenklat kan det uttryckas som att de nationella riktlinjerna anger **vad** som bör göras, medan vårdprogrammet ger vägledning **hur** det kan ske.

Kompetenskraven beskrivs för de olika åtgärderna. All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt bör kunna identifiera när någon av de fyra levnadsvanorna är ohälsosam. I så fall bör de kunna ge enkla standardiserade råd, samt veta vart individen kan vända sig för att få ytterligare stöd. Konsekvensen blir ett omfattande utbildningsbehov.

Behovet av tillräcklig kompetens för åtgärden kvalificerat rådgivande samtal betonas. Avseende rökning bör vårdpersonalen vara diplomerad tobaksavvänjare. Avseende matvanor är kompetenskraven omfattande, och det råder idag en stor brist på anställda inom hälso- och sjukvården med tillräcklig kompetens. Utbildningsinsatserna sedan 2011 har varit ojämnt fördelade över landet, och sammantaget otillräckliga. Omfattande utbildningsinsatser krävs så att verksamheterna får tillgång till betydligt fler personer med den erforderliga kompetensen.

Åtgärder avseende nutrition och fysisk aktivitet inför operation beskrivs, utöver de åtgärder avseende rökning och riskbruk av alkohol som finns med i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vårdprogrammet söker förtydliga vilka tidsperioder före och efter operation som rök- och alkoholstopp rekommenderas.

Behovet av att göra särskilda insatser för att nå grupper med särskild risk betonas. Detta är en viktig del i hälso- och sjukvårdens arbete för att minska den ojämlika hälsan. Vårdprogrammet uppmärksammar gruppen 65 år och äldre. Vårdpersonal talar mindre om levnadsvanor med dessa patienter ju äldre de är, trots att ohälsosamma levnadsvanor spelar en stor roll för individen under hela livsförloppet.

Den svenska modellen för riktade hälsosamtal beskrivs utförligt. Parallellt med vårdprogramarbetet pågår en systematisk kunskapsgenomgång av sådana hälsosamtal. Kunskapssammanställningen avses ge ytterligare vägledning i arbetet med riktade hälsosamtal. Barn och unga är en central målgrupp för arbete med levnadsvanor. Den primärpreventiva uppgiften att försöka förhindra att ohälsosamma levnadsvanor uppkommer betonas, liksom behovet av att det finns kompetens och resurser för stöd till barn, ungdomar och föräldrar när enkla åtgärder inte hjälper vid redan etablerade ohälsosamma levnadsvanor.

De fyra levnadsvanornas nära koppling till miljö- och klimatarbete poängteras. Det finns en direkt eller indirekt koppling till i stort sett alla de sjutton målen i Agenda 2030. På så sätt finns en samverkan mellan hälso- och sjukvårdens arbete mot ohälsosamma levnadsvanor, och hela samhällets arbete mot miljö- och klimathot.

Inledning

Det råder enighet om att ohälsosamma levnadsvanor är en viktig orsak till ohälsa och sjukdom, och att hälso- och sjukvården har en viktig roll i att erbjuda patienterna stöd för en förändring. Sedan 2011 finns Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Dessa reviderades 2018.

Trots enighet och riktlinjer visar Socialstyrelsens utvärderingar att många patienter inte erbjuds det stöd som de behöver. Det finns även stora skillnader både mellan regioner och vårdenheter. Det innebär stora utmaningar: hur finner man tid i en vårdvardag som ofta upplevs som stressad? Hur nås de grupper som har störst behov? Hur säkerställer vi att stödet ges med full respekt för patientens integritet? Hur kan vården säkerställa att de använder de mest effektiva metoderna?

Målgrupperna för detta vårdprogram är i första hand vårdpersonal som möter patienter och chefer från och med första linjens vård. Vårdprogrammet riktar sig även till patienter och beställare av hälso- och sjukvård. Målet med vårdprogrammet är att ge konkret vägledning för hur hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete med ohälsosamma levnadsvanor bör ske i det dagliga arbetet. Den nationella arbetsgruppen har under arbetets gång anordnat ett tiotal dialogmöten om de olika huvudavsnitten. Mötena har samlat över 250 deltagare, och en fruktbar dialog har förts. De värdefulla synpunkterna har varit ett viktigt underlag för denna version av vårdprogrammet.

Årligen förs många miljoner samtal om levnadsvanor mellan vårdpersonal och patienter. Förhoppningen är att vårdprogrammet ska inspirera till ytterligare utveckling av detta nyckelområde för folkhälsan.

Vårdprogrammets giltighetsområde

Vårdprogrammet är utarbetat av Nationell arbetsgrupp för levnadsvanor inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och har fastställts av Nationellt programområde för levnadsvanor. Beslut om implementering tas i respektive region. Vårdprogrammet revideras ett år efter publicering.

Standardiserade vårdförlopp

Samma nationella arbetsgrupp som ansvarat för detta vårdprogram har även uppdraget att ta fram ett personcentrerad och sammanhållet vårdförlopp, arbetet startar våren 2021.

Lagstöd

Vårdens skyldigheter regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Den anger att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (kap 1 §). Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.

God vård definieras enligt Socialstyrelsen som kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik. Vårdprogrammet ger rekommendationer för hur vården ska utföras för att uppfylla dessa kriterier. Dessa rekommendationer bör därför i väsentliga delar följas för att man ska kunna anse att sjukvården lever upp till hälso- och sjukvårdslagen.

Patientlagen (2014:821) anger att patienten ska få information om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap 1 §).

Metodbeskrivning – så har vårdprogrammet arbetats fram

Detta vårdprogram är framtaget på uppdrag av Nationellt programområde för levnadsvanor och har utformats utifrån den process och de arbetsmetoder som beskrivs i det generiska ramverk som är framtaget av Nationellt system för kunskapsstyrning, Sveriges Regioner i Samverkan, SRS. De rekommendationsrutor som finns i detta nationella vårdprogram är baserade på Socialstyrelsens nationella riktlinjer, förutom vid Riktade hälsosamtal (se nedan). Samma prioritet (1 – 10) som ges i de nationella riktlinjerna anges för de olika åtgärderna i rekommendationsrutorna. De kunskapsunderlag som ligger till grund för rekommendationerna i de nationella riktlinjerna har granskats i enlighet med Grademetodiken.

För avsnittet Uppsökande verksamhet - riktade hälsosamtal håller en systematisk litteraturöversikt av den svenska modellen för riktade hälsosamtal på att göras inom ramen för arbetet med vårdprogrammet.

För avsnitten om fysisk aktivitet och nutrition inför operation har omfattande litteratursökning skett, relevant litteratur redovisas i respektive avsnitt.

Metoden AGREE II som förordas i det generiska ramverket för att bedöma kvalité av befintliga riktlinjer, planeras att användas för att kvalitetssäkra vårdprogrammet.

Samtliga regionala vårdprogram för levnadsvanor som var publicerade våren 2020 har använts som underlag för det nationella vårdprogrammet.

Inför den nationella remissen av vårdprogrammet har berörda aktörer inklusive patientrepresentanter bjudits in till dialogmöten. Vårdprogrammet genomgår öppen nationell remiss i enlighet med generiskt ramverk under perioden 2021-04-15 till 2021-06-15. Alla synpunkter som inhämtats under remissperioden kommer att hanteras av arbetsgruppen.

Layout, språkgranskning och formgivning har gjorts med redaktionellt stöd från den nationella redaktionen vid stödfunktionen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Mål med vårdprogrammet

Målet med vårdprogrammet är att ge vägledning för hur hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsosamma levnadsvanor bör ske i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. I hälso- och sjukvården innefattas den regionala och kommunala hälso- och sjukvården och tandvården.

Målgrupper:

- Hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienter.
- Chefer från och med första linjens vård.
- Patienter.
- Beställare av hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Ohälsosamma levnadsvanor – ett stort folkhälsoproblem

Den stora majoriteten av alla dödsfall i Sverige orsakas av icke-smittsamma sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom och cancer. Tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, riskkonsumtion av alkohol och

otillräcklig fysisk aktivitet utgör fyra av de största riskfaktorerna för ohälsa. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kan majoriteten av all kardiovaskulär sjukdom och en tredjedel av all cancer i världen förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor [5,6]. Det finns även god evidens för att hälsosamma levnadsvanor kan förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes [7]. Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol, lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor[8]. De fyra levnadsvanorna utgör bland de största bidragande orsakerna till den samlade sjukdomsbördan i Sverige[4].

Patienterna vill samtala om levnadsvanor

Flera undersökningar visar att befolkningen är positiva till att diskutera levnadsvanor med vårdpersonal. I SKR:s Hälso- och sjukvårdsbarometern”2019 var 84 procent positiva till detta [1] och i en undersökning 2016 svarade 97 procent ja på en fråga om de ville dela med sig information om sina levnadsvanor med vården [2]. Även om en stor majoritet efterfrågar samtal om levnadsvanor finns det en minoritet som är negativa till att diskutera levnadsvanor, 5 procent i Hälso- och sjukvårdsbarometern. Vården har en stor uppgift att möta de stora förväntningarna som finns för att få samtala om levnadsvanor. Samtidigt behöver den grupp som i nuläget inte vill diskutera sina levnadsvanor respekteras.

Ojämlika levnadsvanor leder till ojämlik hälsa

Det har länge konstaterats att hälsa och sjukdom inte är jämlikt fördelade mellan olika grupper i Sverige. Det råder skillnader utifrån bland annat utbildningsnivå, sociala och ekonomiska förhållanden, etnicitet, genusperspektiv och funktionsnivå, både fysiskt och psykiskt [3]. Dessa skillnader kan delvis förklaras av olika levnadsvanor i olika grupper (se avsnittet Epidemiologi). För att minska den ojämlika hälsan behöver vårdens insatser nå de grupper där förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är störst.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer – betoning på riskgrupper

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor ger stöd för styrning och ledning inom hälso- och sjukvården, vilket inkluderar regional och kommunal hälso- och sjukvård samt tandvård. Riktlinjerna syftar till att bidra till att resurserna används effektivt, fördelas efter invånarnas behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. [ref]

Riktlinjerna betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper: vuxna med särskild risk, vuxna som ska genomgå en operation, barn och unga samt gravida. Riktlinjernas exempel på vuxna med särskild risk är personer som har:

- En sjukdom som till exempel diabetes, astma, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), cancer, hjärt-kärlsjukdom, långvarig smärta, schizofreni eller depression.
- Fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning.
- Social sårbarhet, till exempel. låg socioekonomisk ställning.
- Biologiska riskmarkörer som till exempel högt blodtryck, blodfettsrubbningar, övervikt eller fetma.
- Andra riskfaktorer som till exempel flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt eller en skada.

Vårdprogrammet jämfört med de nationella riktlinjerna

Detta vårdprogram baseras på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för ohälsosamma levnadsvanor [1].

Målgrupperna för vårdprogrammet är delvis annorlunda eftersom det i första hand vänder sig till vårdpersonal som möter patienter, och till chefer från och med första linjens vård. Vårdprogrammet vill ge vägledning och inspiration för hur hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsosamma levnadsvanor kan ske i det dagliga arbetet. Förenklat kan det uttryckas som att de nationella riktlinjerna anger **vad** som bör göras, medan vårdprogrammet ger vägledning **hur** det kan ske.

Hur når vi de som har störst behov?

Ett genomgående tema i vårdprogrammet är att fokusera på grupper med särskild risk och grupper med högre förekomst av ohälsosamma levnadsvanor. Svårigheterna i arbetet med dessa grupper är ofta att nå personerna och få dem att komma till olika aktiviteter. Det kan vara viktigt att utforma vårdens insatser, alltifrån inbjudan till genomförande och uppföljning, i samarbete med den grupp som man riktar sig till.

Det kan vara nödvändigt med uppsökande verksamhet, det vill säga att vården tar initiativ till olika aktiviteter. Det kan röra sig om allt från riktade hälsosamtal, till hälsoprogram som riktar sig specifikt till ungdomar som söker arbete, personer som har en funktionsnedsättning eller långvarig psykisk sjukdom. Under de olika avsnitten i vårdprogrammet finns exempel på hur detta kan ske i vårdens vardag. Ett gott samarbete behövs mellan primärvården/sjukhusvården och verksamheter som tandvården, elevhälsan och ungdomsmottagningarna. Dessa verksamheter når grupper som inte besöker den traditionella hälso- och sjukvården. Genom goda kontaktvägar inom vården kan andelen i de prioriterade grupperna som har ohälsosamma levnadsvanor erbjudas de mest effektiva behandlingsmetoderna öka.

Bilden illustrerar tanken Gör jämlikt – gör skillnad vilket innebär att inte fokusera på lika till alla, utan på att göra skillnad genom att se människors olika förutsättningar. Alla ska erbjudas generella insatser anpassade och utformade så att de motsvarar olika människors och gruppers behov, så kallad universell prevention.



Från kunskapsstödet Riva hinder, Kunskapscentrum för jämlik vård Västra Götalandsregionen

Äldre – en underprioriterad grupp vid samtal om levnadsvanor

Patienter som är äldre än 65 år blir en allt större andel av vårdens patienter. Data från Nationell patientenkät visar att primärvården samtalar om levnadsvanor mer sällan med patienter ju äldre dessa är [9]. Särskilt tydligt är detta när det gäller samtal om alkohol och tobak. Samtidigt ökar en ohälsosam

levnadsvana oftast riskerna för ohälsa med åldern. Uttryckt på ett annat sätt: skillnaden i risken för att få en allvarlig sjukdom mellan de som har en ohälsosam levnadsvana och de som har en hälsosam ökar i regel ju äldre man blir. Ur denna aspekt borde alltså istället samtal om levnadsvanor genomföras oftare ju äldre patienten är.

Det finns flera orsaker till att vården samtalar mindre om levnadsvanor med äldre än de i yrkesverksam ålder. Det har funnits en föreställning att det tar lång tid innan preventiva åtgärder har effekt. Vetenskapliga studier visar istället att en övergång till hälsosammare levnadsvanor oftast har en snabb positiv effekt. En annan orsak kan vara en föreställning att frågan om levnadsvanor skulle kränka den äldre patientens integritet. Om sådana farhågor finns blir det särskilt viktigt med ett personcentrerat förhållningssätt. Om inte frågan ställs kan ingen veta om den äldre är intresserad av att samtala om levnadsvanor. Under de olika avsnitten i vårdprogrammet tas upp vad som gäller specifikt för de äldre inom det området, med referenser till vetenskapliga studier.

Hela samhällets insatser behövs

Problemet med ohälsosamma levnadsvanor kan inte lösas av hälso- och sjukvården på egen hand. Det behövs både hälsofrämjande och förebyggande insatser av andra aktörer och samhällsinriktade insatser som stärker individens handlingsutrymme och möjligheter och gör det lätt att skapa och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor. Dessa insatser behöver ske både på nationell, regional och lokal nivå. Det kan exempelvis handla om åtgärder för att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter, öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter samt att stärka välfärdens hälsofrämjande och förebyggande arbete med levnadsvanor.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården samarbetar med andra aktörer, inte minst på lokal nivå. Det är också viktigt att hälso- och sjukvården bidrar med sina kunskaper och erfarenheter, exempelvis i massmedia och sociala media, i kommunal och regional samhällsplanering, och i arbetet med lagar och förordningar.

Referenser:

1. SKR. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019. https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-875-3.pdf
2. Socialstyrelsen. Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor. Resultat av en befolkningsundersökning 2016. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-12-13.pdf
3. Socialdepartementet. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2017:47
4. GBD Sweden 2015 (ref 9 i SoS riktlinjer 2018)
5. WHO 2017 (ref 4 i SoS riktlinjer 2018)
6. WHO 2017 (ref 5 i SoS riktlinjer 2018)
7. WHO 2017 (ref 6 i SoS riktlinjer 2018)
8. Khaw et al 2008 (ref 3 i SoS riktlinjer 2018)
9. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationell Patientenkät. https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/nationellpatientenkat.617.html
10. Socialdepartementet. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Prop. 2017/18:249

Epidemiologi

Vuxna

Tobak

Andelen svenskar, som röker dagligen har stadigt minskat sedan 2004, då 16–17 procent rökte dagligen [1]. År 2020 uppgav sju procent av både män och kvinnor att de rökte varje dag. Det finns dock stora socioekonomiska skillnader. En lägre andel dagligrökare ses bland yngre individer (16–44 år), bland svenskfödda, bland tjänstemän på mellan eller högre nivå, och bland de som har eftergymnasial utbildning. En högre andel rökare ses hos medelålders individer (45–64 år), bland personer födda i övriga Europa (utanför Norden), bland arbetare och personer som har förgymnasial utbildning.

Arbetslösa personer röker i dubbelt så stor utsträckning jämfört med de som är yrkesarbetare [1]. Allra högst andel dagligrökare ses dock hos de som är sjukskrivna. Sämre ekonomi är också associerat med högre andel rökare.

Ingen förändring har skett i daglig snusanvändning de senaste åren [1]. År 2020 uppgav 18 procent män och 5 procent kvinnor att de snusar dagligen.

Tobaksbruk är den största bidragande riskfaktorn till sjukdomsbördan i Sverige, mätt i funktionsjusterade levnadsår [2]. Ungefär en fjärdedel av primärvårdens patienter uppger att deras läkare, eller någon annan ur personalen, diskuterat tobaksvanor med dem vid senaste besöket eller under senaste halvåret [3].

Matvanor

En intervjuundersökning från 2008 visade att var femte svensk bedömdes ha betydande ohälsosamma matvanor, med en något högre andel män än kvinnor [4]. Livsmedelsverkets senaste matvaneundersökning för vuxna (Riksmaten 2010–11) visade att enbart två av tio svenskar uppnådde rekommendationen för intag av frukt och grönsaker, nio av tio åt för lite fullkorn, sju av tio åt för mycket salt och åtta av tio åt för mycket mättat fett [5]. Generellt uppvisade kvinnor bättre matvanor än män, med undantag av unga kvinnor där intaget av vissa näringsämnen var oroväckande lågt. Folkhälsomyndighetens folkhälsoundersökning visar att svenskarnas intag av frukt och grönsaker inte har förbättrats under de senaste tio åren fram till 2018 [1].

Det finns ett samband mellan hälsosammare matvanor och högre socioekonomisk ställning, vilket sannolikt är en bidragande orsak till ojämlik hälsa [6]. Tydligast skillnad ses utifrån utbildningsnivå, men även ekonomi är starkt bidragande då de med lägst inkomst äter mer av energitäta och näringsfattiga livsmedel och mindre av hälsosamma livsmedel.

Ohälsosamma matvanor är den tredje största bidragande riskfaktorn till sjukdomsbördan i Sverige, mätt i funktionsjusterade levnadsår, med högst andel hjärtkärlsjukdom av alla levnadsvanor [2]. Samtidigt uppger en knapp tredjedel av primärvårdens och en dryg femtedel av öppenvårdens patienter att deras läkare, eller någon annan ur personalen, diskuterat matvanor med dem vid senaste besöket eller under senaste halvåret [3].

Alkohol

Nästan var sjätte vuxen uppgav 2018 att de över huvud taget inte dricker alkohol, en något högre andel var kvinnor än män [1].

Andelen personer i befolkningen med riskbruk av alkohol har minskat något sedan 2004. Totalt var sjätte vuxen uppgav 2018 ett riskbruk av alkohol. En högre andel riskbruk ses bland män, bland yngre (16–29 år) och bland svenskfödda. Lägst andel riskbruk ses hos äldre (65–84 år) och de som är födda utanför Europa [1].

När det gäller utbildningsnivå är andelen med riskkonsumtion högst i gruppen med gymnasial utbildningsnivå och lägst i gruppen med förgymnasial utbildning. Dock ses ingen skillnad i riskbruk mellan de som arbetar och de som är arbetslösa. Det är däremot färre som uppger ett riskbruk bland de som är sjukskrivna [1].

Avseende andelen med alkoholberoende så rapporterades 5 procent av männen och 3 procent av kvinnorna i Sverige vara beroende år 2017 [7]. Andelen var högst bland yngre och minskade med ökande ålder.

Alkoholbruk bidrar till sjukdomsbördan i Sverige, mätt i funktionsjusterade levnadsår, där cancersjukdomar är det tillstånd som väger tyngst [2]. Alkoholens bidrag till sjukdomsbördan är lika stort som förhöjt LDL-kolesterol. Ungefär en fjärdedel av primärvårdens patienter uppgav att deras läkare, eller någon annan ur vårdpersonalen, hade diskuterat alkoholvanor med dem vid senaste besöket eller under senaste halvåret [3].

Fysisk aktivitet och stillasittande

En dryg tredjedel av Sveriges befolkning rapporterar nivåer som inte uppnår rekommendationen för fysisk aktivitet på minst 150 minuter måttlig intensitet per vecka, lika stor andel män som kvinnor [1]. Samtidigt uppnår en högre andel svenskfödda rekommendationen jämfört med utlandsfödda, de som har eftergymnasial utbildning i högre utsträckning jämfört med de som har gymnasial eller förgymnasial utbildning och de med högre socioekonomi i större utsträckning jämfört med de med lägre. Andelen som uppnår rekommendationen minskar med åldern hos både män och kvinnor.

Var femte svensk uppger att hen är sittande minst tio timmar per dygn, med en något högre andel män än kvinnor [1]. Svenskar födda utanför Europa rapporterar en högre andel stillasittande än övriga. Sett till socioekonomi så är arbetare mindre stillasittande än tjänstemän, samtidigt som en högre andel tjänstemän uppnår rekommendationen för fysisk aktivitet. Andelen som sitter minst 10 timmar per dygn minskar successivt med åldern hos både män och kvinnor.

Avseende sjukdomsbördan så ses främst ett samband mellan låg fysisk aktivitet och hjärt-kärlsjukdom, men även cancer, diabetes och en lång rad andra sjukdomstillstånd [2]. Trots detta uppgav enbart två av fem patienter att de tillfrågats om fysisk aktivitet vid kontakten med primärvården och knappt var tredje patient inom öppenvården [3].

Barn och unga

Tobak

I Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysnings (CAN) undersökning från 2019 uppgav var tionde ungdom i årskurs 9 att de röker (2 procent dagligen) och var femte i gymnasiet år 2 (3 procent dagligen) [8]. Andelen rökare har minskat i båda årskurserna under 2000-talet. Samma trend sågs även avseende snusning, men tycks dock ha vänt de senaste åren. I undersökningen 2019 uppgav knappt var tionde i årskurs 9 att de snusar (4 procent dagligen) och var sjätte i gymnasiet år 2 (7 procent dagligen). Medan andelen rökare är relativt lika fördelad mellan könen så är snusning betydligt vanligare hos pojkar. Liknande prevalens avseende rökning och snusning i årskurs 9 ses även i undersökningen "Skolbarns hälsovanor" [9].

Ungefär en tredjedel av ungdomarna i båda årskurserna uppgav i CAN:s undersökning att de någon gång provat e-cigaretter, medan mindre än var tionde uppgav sig ha rökt e-cigaretter under de senaste 30 dagarna [8]. Det var betydligt vanligare att rökare av vanliga cigaretter också provat e-cigaretter. Andelen rökare av e-cigaretter har varit på uppåtgående de senaste åren, men en möjlig vändning av trenden kan dock skönjas.

Var sjätte ungdom i årskurs 9 och var fjärde ungdom i gymnasiet årskurs 2 uppgav sig någon gång ha provat att röka vattenpipa [8]. Enbart en av tjugo uppgav dock ha rökt vattenpipa de senaste 30 dagarna. Andelen som har provat vattenpipa har minskat påtagligt de senaste åren.

Matvanor

Enligt den senaste matvaneundersökningen, Riksmaten ungdom 2016–17, äter ungdomar alldeles för lite frukt och grönsaker och för mycket rött kött och charkprodukter [10]. Det genomsnittliga intaget av frukt och grönsaker är hälften av rekommendationen, med ett något högre intag hos flickor än hos pojkar. Samtidigt äter pojkarna i gymnasiet dubbelt så mycket rött kött jämfört med flickorna.

En alltför stor andel av ungdomars energiintag kommer från godis, läsk, kakor och snacks [10]. Flickor äter mer godis och choklad medan pojkar dricker mer läsk och saft. Ungdomar vars föräldrar har låg utbildning och/eller inkomst har sämre matvanor än de med högutbildade föräldrar.

Riksmaten barn 2003 genomfördes hos barn i åldrarna 4, 8 och 11 år och visade att de intog för mycket godis, glass, snacks, bakverk och läsk, och för lite frukt och grönsaker [11]. Barn i åldern 11 år (årskurs 5) var den enda åldersgrupp som ingick i både Riksmaten barn 2003 och Riksmaten ungdom 2016–17. Vid en jämförelse konstaterades att 11-åringarnas matvanor förbättrats under dessa år, med ett ökat intag av grönsaker och minskat intag av godis, snacks, bakverk och läsk [10]. Dock har förbättringen inte skett i önskvärd utsträckning.

Alkohol

I Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysnings (CAN) undersökning 2019 svarade drygt två av fem ungdomar i årskurs 9, och drygt två av tre i gymnasiet år 2, att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna, en högre andel var flickor än pojkar [8]. I årskurs 9 sågs en tydligt nedåtgående trend fram till 2015, men tycks ha planat ut under de senaste åren. I gymnasiet år 2 ses dock fortfarande en nedåtgående trend.

I undersökningen “Skolbarns hälsovanor” har andelen skolelever som någon gång druckit sig berusade minskat påtagligt sedan mitten på 1980-talet [9]. I undersökningen 2017–18 uppgav två av fem 15-åringar att de någon gång varit berusad, med en något högre andel flickor än pojkar. Vid mätningens början 1985–86 svarade nästan hälften av alla 15-åriga flickor och drygt hälften av alla pojkar att de någon gång varit berusad.

Även andelen ungdomar med högkonsumtion har minskat [8]. Högkonsumtion definieras som minst 9 standardglas (flickor) respektive 14 standardglas (pojkar) alkoholhaltig dryck per vecka under de senaste 12 månaderna. I årskurs 9 uppgav enbart 3 procent en högkonsumtion av alkohol år 2019, jämfört med 12procent år 2004. Motsvarande andel för gymnasiet år 2 var 6procent år 2019 jämfört med 18procent år 2004.

Fysisk aktivitet

Enligt enkäten Skolbarns hälsovanor så har den fysiska aktiviteten från 2001–2018 varit oförändrat. Andelen som svarar att de varit aktiva sammanlagt minst en timme per dag senaste veckan är lägst bland 15-åriga flickor, 9 procent, och högst bland 11-åriga pojkar, 23 procent. [13]. En objektiv mätning med hjälp av aktivitetsmätare visade att barn och unga i Sverige är inaktiva under majoriteten av sin vakna tid [12]. Den inaktiva tiden ökar dessutom med åldern, från två tredjedelar av den vakna tiden hos 11-åringar till tre fjärdedelar av vaken tid hos 15-åringar. Samtidigt är 11-åringar också mer fysiskt aktiva än 13- och 15-åringar och pojkar mer aktiva än flickor i samtliga tre årskullar. Enligt Världshälsoorganisationens enkät Health Behaviour in School-aged Children så är Sveriges 11-, 13- och 15-åringar bland de minst fysisk aktiva i hela Europa [8].

Barn och unga som skattar sin hälsa som god är i högre grad fysiskt aktiva och spenderar mindre tid i stillasittande jämfört med de som skattar sin hälsa som dålig [12]. Undersökningen är dock en tvärsnittsstudie och kan inte klargöra huruvida detta samband är ett orsakssamband och vad som i sådana fall ger upphov till vad.

Epidemiologiska datakällor

Folkhälsomyndigheten genomför regelbundet (sedan 2016 vartannat år) en nationell folkhälsoundersökning under namnet Hälsa på lika villkor där deltagarna får besvara enkätfrågor om bland annat sina levnadsvanor [1]. Deltagarna utgör ett representativt urval av Sveriges befolkning i åldrarna 16–84 år. Sammanställningen presenteras på Folkhälsomyndighetens hemsida där möjlighet finns att dela in resultaten efter region, kön, ålder, socioekonomi, utbildning med mera.

Nationell Patientenkät (NPE) samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och genomförs årligen i samtliga Sveriges regioner sedan 2009 [3]. Patienter som är 15 år och äldre och som varit i kontakt med hälso- och sjukvården får möjlighet att bland annat svara på om läkaren eller någon annan ur personalen diskuterade respektive levnadsvana med patienten. Samtliga enkäter och deras resultat presenteras på patientenkätens hemsida.

Global Burden of Disease (GBD) är den största globala sammanställningen av epidemiologiska data i syfte att påvisa den sammanlagda sjukdomsbördan i världen [2]. Bland annat går det att utläsa vilka riskfaktorer som bidrar till störst sjukdomsbörda i Sverige uppmätt både i dödlighet och i funktionsjusterade levnadsår (DALYs). Det är viktigt att observera att sjukdomsbördan inte enbart beror på riskfaktorns svårighetsgrad, utan också dess förekomst i befolkningen.

Världshälsoorganisationen (WHO) genomför vart fjärde år en enkätundersökning om skolbarns hälsovanor i åldrarna 11, 13 och 15 år [8]. Enkätfrågorna omfattar bland annat de fyra levnadsvanorna fysisk aktivitet, matvanor, tobak och alkohol. Hela grundrapporten för de svenska resultaten 2017–18 återfinns på Folkhälsomyndighetens hemsida [13]. Folkhälsomyndigheten sammanställde även en separat publikation som lyfte barns och ungas rörelsemönster utifrån objektiv mätning med hjälp av aktivitetsmätare [12].

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför regelbundna undersökningar om bland annat svenskarnas alkohol- och tobaksvanor och dess konsekvenser [7,9]. Större regelbundna undersökningar som CAN genomför inkluderar:

- Skolelevers drogvanor som även omfattar även alkohol och tobak.
- Monitormätningarna som visar beräkning av svenskarnas alkohol- och tobakskonsumtion.
- Vanor och konsekvenser om bland annat svenskarnas bruk och negativa konsekvenser av alkohol och tobak.

Dessutom genomför CAN specifika fokusrapporter, däribland om sambandet mellan skolors socioekonomiska sammansättning och ungdomars alkohol- och tobaksbruk.

Livsmedelsverket (SLV) genomför regelbundet större matvaneundersökningar, Riksmaten, i syfte att kartlägga svenskarnas matvanor och hur väl vi följer näringsrekommendationer och de svenska kostråden [5,10,11]. Riksmaten vuxna har genomförts vid två tillfällen (1998 och 2010–2011) och Riksmaten barn (2003) och Riksmaten ungdom”(2016–2017) vid ett tillfälle vardera. En ny Riksmaten småbarn, för barn under 5 år, planeras att genomföras 2021–2024.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten [Internet]. [citerad 7 september 2020]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease [Internet]. [citerad 16 oktober 2020]. Hämtad från: http://www.healthdata.org/gbd
3. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationell Patientenkät [Internet]. [citerad 7 september 2020]. Hämtad från: https://patientenkat.se/sv/
4. Becker W. Indikatorer för bra matvanor - Resultat från intervjuundersökningar 2008 [Internet]. Livsmedelsverkets rapportserie nr 22/2009. [citerad 9 september 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2009/2009_livsmedelsverket_22_indikatorer_bra_matvanor.pdf
5. Livsmedelsverket. Riksmaten vuxna [Internet]. [citerad 9 september 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/matvanor---undersokningar/riksmaten-2010-11---vuxna
6. Mattisson I. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige [Internet]. Livsmedelsverkets rapportserie nr 9/2016. [citerad 12 november 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-nr-9-2016-socioekonomiska-skillnader-i-matvanor-i-sverige.pdf

7. Sundin E, Landberg J, Ramstedt M. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017 [Internet]. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2018. Rapport 174. [citerad 19 oktober 2020]. Hämtad från: https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-174-negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf
8. Englund A. Skolelevers drogvanor 2019 [Internet]. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019. Rapport 187. [citerad 22 januari 2021]. Hämtad från: https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-187-skolelevers-drogvanor-2019.pdf
9. Folkhälsomyndigheten. Så mår skolbarn i Sverige jämfört med skolbarn i andra länder [Internet]. [citerad 7 september 2020]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/
10. Livsmedelsverket. Riksmaten ungdom [Internet]. [citerad 11 september 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/matvanor---undersokningar/riksmaten-ungdom
11. Livsmedelsverket. Riksmaten barn [Internet]. [citerad 12 november 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/matvanor---undersokningar/riksmaten-barn-2003
12. Folkhälsomyndigheten. Barns och ungas rörelsemönster [Internet]. [citerad 7 september 2020]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/barns-och-ungas-rorelsemonster/
13. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18-grundrapport [Internet]. [citerad 19 mars 2021]. Hämtad från: Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – grundrapport — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)

Miljö och klimat och Agenda 2030

Agenda 2030 och Globala målen syftar till att skapa en hållbar utveckling och inkluderar ekonomiska, sociala och miljömässiga dimensioner. Globala målen är integrerade och odelbara. Det betyder att ett mål inte prioriteras över de andra. Genom att ett mål uppfylls så förenklar det vägen att uppnå ett annat. När det gäller de fyra levnadsvanorna finns en direkt eller indirekt koppling till i stort sett alla de 17 målen. Att hälso- och sjukvården arbetar för att stödja människor till mer hälsosamma levnadsvanor bidrar inte bara till mål 3 ”God hälsa och välbefinnande”, utan gynnar också de övriga dimensionerna. Det som är hälsosamt för människor är också bra för klimat och miljö [1].

Framställning och användning av tobak påverkar flera av de globala målen i en negativ riktning. WHO bedömer att all tobaksproduktion behöver avskaffas för att nå hållbarhetsmålen [7]. Kunskap om tobakens effekter på miljö, klimat och sociala aspekter utgör för många, speciellt unga människor, en djupare drivkraft än effekten på den egna hälsan. Detta kan även utgöra motivation till förändring av övriga levnadsvanor. Matvanor och livsmedelsproduktion är djupt sammanflätat med alla 17 mål utifrån de ekonomiska, sociala och miljömässiga dimensionerna. Genom att äta mer växtbaserat, men mindre kött och mejeriprodukter minskas belastningen på miljö och klimat samtidigt som det minskar risken för ett stort antal sjukdomar. Likaså är minskat sockerintag en viktig åtgärd. När socker produceras används resurserna till produkter som är ogynnsamt för människors hälsa, resurser som annars skulle kunna användas för produktion av livsmedel som gynnar hälsan.

Alkohol är förknippat inte bara med fara för den egna fysiska, psykiska och sociala hälsan utan även kopplat till jämställdhet, genom att det ökar mäns våld mot kvinnor och jämlikhet genom ökad kriminalitet, våld och sjukhusinläggningar. Framställningen av alkohol medverkar, på samma sätt som socker, att resurser används i onödan [4].

Fysisk aktivitet kan kopplas till 13 av de 17 målen genom exempelvis aktiva transporter som ökar hälsan, minskar utsläppen och påverkar skolresultat positivt. Vidare är fysisk aktivitet en behandlingsform som minskar behovet av användning av flertalet läkemedel, vilket minskar utsläpp av miljöskadliga ämnen i vattenmiljön (5)

Läs mer om tobak och miljö i rapporten Tobaksindustrins miljöpåverkan – en genomgång av forskningsläget 2018 på webbplatsen Vi som inte röker.



Globala mål för hållbar utveckling från webbplatsen www.globalamalen.se

Referenser

1. WHO Sustainable Development Goals:
2. https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_1
3. ”Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems”, Willet et al, The Lancet 2019
4. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31788-4/fulltext#%20
5. 3. Från jord till bord-strategin för ett rättvisare, hälsosammare och miljövänligare livsmedelssystem, Europeiska kommissionen, 2020
6. https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:ea0f9f73-9ab2-11ea-9d2d-01aa75ed71a1.0008.02/DOC_1&format=PDF
7. 4.Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639
8. 5.WHO GLOBAL ACTION PLAN ON PHYSICAL ACTIVITY 2018-2030: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1
9. 6.Cigarette smoking: an assessment of tobacco’s global environmental footprint across its entire supply chain, and policy strategies to reduce it/ Maria Zafeiridou, Nicholas S Hopkinson, Nikolaos Voulvoulis WHO 2018,ISBN 978-92-4-151471-2
10. WHO-FCTC-Enviroment-Cigarette-smoking.pdf

Hur och när kan levnadsvanor uppmärksammas?

Det finns flera möjligheter för hälso- och sjukvården att uppmärksamma patienternas levnadsvanor. Hälso- och sjukvårdspersonal kan uppmärksamma levnadsvanor i samband med alla typer av patientkontakter i hela vårdkedjan, både på mottagning och vårdavdelning, när det anses lämpligt och relevant. För det mesta är det fördelaktigt att ta upp **flera** levnadsvanor samtidigt för att få en bättre helhetsbild, då ohälsosamma levnadsvanor ofta förekommer tillsammans och kan ha ogynnsamma effekter för ett sjukdomstillstånd var för sig men också genom förstärkningseffekter. Den som är fysiskt inaktiv har dessutom ofta ohälsosamma matvanor och den som röker dricker ofta mer alkohol än den som inte röker. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer tillhör patienter med flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt den grupp som anses ha särskild risk och som ska prioriteras [1]. Genom att skapa en rutin för hur levnadsvanor uppmärksammas i samband med patientkontakter så är både personal och patienter införstådda med att samtal om levnadsvanor utgör en integrerad del av anamnesen. Det är i dagsläget okänt om det är lättare för en person att försöka förändra flera levnadsvanor samtidigt eller en i taget [1].

Levnadsvanorna kan uppmärksammas både muntligt och skriftligt. Ett sätt är att låta patienten skriftligt besvara ett **samtalsunderlag om flera levnadsvanor**, som patienten får i samband med sitt besök i vården, alternativt via brev eller digitalt utskick inför ett kommande besök eller planerad inläggning på sjukhus. Att få möjlighet att besvara ett sådant formulär i lugn och ro hemmet, med utgångspunkt i Socialstyrelsens indikatorfrågor, ger möjlighet till reflektion och tydliggör den betydelse som vården tillmäter levnadsvanorna. Patienten kan dessutom redan innan sin vårdkontakt börja reflektera över om någon levnadsvana kan behöva förändras och över sin egen motivation till förändring.

Ett annat sätt att uppmärksamma patienternas levnadsvanor är att genom **uppsökande verksamhet** successivt bjuda in utvalda åldersgrupper i befolkningen till ett hälsosamtal, som i huvudsak är inriktat mot att förebygga hjärtkärlsjukdom, där alla levnadsvanor finns med tillsammans med relevanta prover. Med en sådan modell får alla personer i åldersgruppen ett erbjudande, där de får chansen att på ett systematiskt och strukturerat sätt gå igenom alla sina levnadsvanor i lugn och ro med personal, som är särskilt utbildad för uppgiften, och kan om behov och önskemål finns få råd och stöd för att förbättra sina levnadsvanor [1, 2].

Referenser

1. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen 2017.

2. Bästa möjliga hälsa och en hållbar sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav

All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt behöver ha kompetens att uppmärksamma (identifiera och bedöma), ohälsosamma levnadsvanor på ett respektfullt sätt och att informera om levnadsvanors betydelse för hälsan och för aktuellt tillstånd eller diagnos. Därutöver behöver personalen kunskap om lokala rutiner för dokumentation av levnadsvanor rutiner för hänvisning av de som faller ut samt vilka kompetenser som finns att tillgå, för att vid behov hänvisa de som har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor. Personer som har ohälsosamma levnadsvanor bör få råd och stöd att förändra sina vanor.

Vårdpersonal som uppmärksammat en eller flera ohälsosamma levnadsvanor kan ge enkla råd för att starta en dialog med patienten och för att väcka intresse och motivera till rekommenderade åtgärder.

Enkla råd

Enkla råd avser en metod för att ge råd om levnadsvanor och kan vara en del av samtalet där en eller flera ohälsosamma levnadsvanor har uppmärksammats och där information och korta standardiserade och evidensbaserade råd och rekommendationer om levnadsvanan[1]. Råden kan kompletteras med skriftlig information. Samtalet kräver oftast mindre än 5 minuter. Enkla råd ska inte förväxlas med att ställa frågor för att uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor, utan förutsätter att personalen har konstaterat att personen har ohälsosamma levnadsvanor.

Kompetens

Personalen bör ha:

- Grundläggande kunskap om respektive levnadsvana för att kunna ge korta, standardiserade råd om hälsosamma levnadsvanor
- Kunskap om att evidensbaserad patientinformation om levnadsvanor hittas på 1177.

Rådgivande samtal

Ett rådgivande samtal tar längre tid än enkla råd och utgår från den enskilde patientens situation. Åtgärden tar vanligtvis 5–15 minuter, men kan i vissa fall ta upp till 30 minuter och kan genomföras i samband med att den ohälsosamma levnadsvanan uppmärksammas eller vid ett senare tillfälle. Samtalet sker i form av en dialog där vårdpersonal tar hänsyn till patientens hälsa, ålder, sjukdomstillstånd, diagnos, risknivå, samt andra specifika faktorer i patientens liv. Rådgivande samtal kan inkludera motiverande strategier och kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. Rådgivande samtal bör kompletteras med uppföljning vid ett eller flera tillfällen i form av fysiskt återbesök, telefonsamtal eller digital kontakt.

Kompetens

Utöver det som gäller vid enkla råd bör personalen ha:

- Ämneskunskap om respektive levnadsvana och dess påverkan på hälsa, diagnos och tillstånd

- Kunskap om verktyg för att bedöma patientens motivation och beredskap till förändring
- Kunskap om personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt och motiverande strategier.

Kvalificerat rådgivande samtal

Ett kvalificerat rådgivande samtal är en mer omfattande insats än det rådgivande samtalet både vad gäller tid och form och förutsätter att personalen har god kunskap om levnadsvanan och utbildning i metoden som används för samtalet. Det kvalificerat rådgivande samtalet innebär en hög grad av personcentrering och individanpassning genom att råden anpassas till individens diagnos, kunskapsnivå, förutsättningar och önskemål. Samtalet ska vara strukturerat och teoribaserat och kan inkludera motiverande strategier samt kompletteras med hjälpmedel och verktyg. Samtalet kan utgå från motiverande samtal, kognitiv beteendeterapi eller annan evidensbaserad samtalsmetodik[2].
Samtalet kan ges individuellt eller i grupp.
Rådgivning på denna nivå har fokus på en levnadsvana och sker vanligen vid ett särskilt avsatt tillfälle. Kvalificerat rådgivande samtal kräver uppföljning vid ett eller flera tillfällen. Uppföljningen kan omfatta till exempel fysiskt återbesök, telefonsamtal eller digital kontakt.

Kompetens

Utöver det som gäller vid rådgivande samtal bör personalen ha:

- Kompetens att kunna tillämpa teoribaserade och strukturerade åtgärder som motiverande strategier och beteendetekniker
- Fördjupad ämneskunskap om den levnadsvana som berörs
- Regelbundet delta i fortbildning och vara uppdaterad avseende evidens inom den specifika levnadsvanan
- Regelbundet och i tillräcklig omfattning arbeta med patienter som ska genomföra förändringar inom den specifika levnadsvanan.

Webbaserad intervention

En webbaserad intervention för att stödja en beteendeförändring relaterad till levnadsvanor innebär en personcentrerad åtgärd via internet där interaktionen skräddarsys för den för varje individs behov. Åtgärden kan innehålla lärandemoduler om livsstil, beteendeförändring och egenvård, där självmonitorering och att sätta upp mål för sin förändring är centrala inslag. Åtgärden kan kompletteras med behandlarstöd och chatforum med andra deltagare.

För barn och unga kan interventionen kan även inkludera familjefokuserade komponenter.

Familjestödsprogram

Familjer till barn och unga med ohälsosamma matvanor eller låg fysisk aktivitet bör erbjudas uppföljande samtal och vägledning inom barnhälsovården (BHV), elevhälsan och tandvården där syftet är att medvetandegöra barnet eller ungdomen och dess föräldrar och att ge stöd till förändring av levnadsvanor. I de fall ovanstående insatser är otillräckliga bör remiss till familjestödsprogram erbjudas.

Familjestödsprogram har fokus på hela familjen och inkluderar vanligen olika komponenter som samtal, information och praktiska övningar som syftar till att stödja vårdnadshavarnas förmåga att vägleda sina barn till hälsosamma levnadsvanor och en mer hälsosam livsstil. Det kan vara att arbeta med föräldratekniker för att vägleda till hälsosamma val, sätta upp mål för förändring, att arbeta med stimulikontroll hos barnet eller ungdomen och att stödja föräldrar till att vara en positiv rollmodell för sina barn. I mötet med barnet och vårdnadshavaren är det viktigt att inkludera barnet i samtal och att vara öppen, lyhörd och att se helheten.

Åtgärden ska vara strukturerad, teoribaserad och inkludera komponenter såsom motiverande strategier, copingstrategier, samtal, information och praktiska övningar för att ge mer hälsosamma matvanor och ökad fysisk aktivitet. Familjestödsprogram kan ske individuellt eller i grupp och kräver uppföljning vid ett eller flera tillfällen. Uppföljningen kan omfatta till exempel fysiskt återbesök, telefonsamtal eller digital kontakt.

Kompetens

Personalen bör ha:

- Kompetens att samtala med barn, unga och deras föräldrar
- Kompetens att kunna tillämpa teoribaserade och strukturerade åtgärder som motiverande strategier och beteendetekniker
- Ämneskunskap om den/de levnadsvanor som berörs
- Regelbundet delta i fortbildning och vara uppdaterad avseende evidens inom den specifika levnadsvanan
- Regelbundet och i tillräcklig omfattning arbeta med familjestödsprogram.

Referenser

1. Socialstyrelsen, 2018, Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Personcentrerat förhållningssätt

Att stödja till förändring

Grunden i Socialstyrelsens riktlinjer är att erbjuda samtal och rådgivning till personer som behöver stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Vårdpersonalens uppgift är att möta personen där hen befinner sig. Samtalet behöver anpassas efter personens förutsättningar, motivation och tilltro till sin egen förmåga. Då sätts personen som har behov av stöd i centrum, vilket underlättar fortsatt samarbete. För att lyckas med detta behöver personalen arbeta personcentrerat [1]. Samtal om levnadsvanor ska alltid ske på ett respektfullt sätt och personens autonomi ska alltid betonas. Det finns flera teorier som syftar till att förklara en individs hälsobeteenden och förändringsprocess [2]. Exempel på dessa teorier är:

- Health belief model.
- Theory of planned behaviour.
- Transtheoretical model (Stages of changes.)
- Social cognitive theory.

Personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt

Ett personcentrerat förhållningssätt inom hälso- och sjukvården är en etisk princip som utgår ifrån att beakta vårdmötet som ett partnerskap mellan behandlare och patient [3]. Det medför att vårdpersonal bör se patienten som en aktiv partner, med kunskap och kompetens att tillsammans med behandlare utforma en för individen ändamålsenlig vård. Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten [4]. Hälsofrämjande förhållningssätt innebär att stödja och stärka individens förmåga att ha kontroll över sin egen hälsa med fokus på friskfaktorer och den självupplevda hälsan. För att kunna uppnå detta behöver vårdpersonal se och möta hela personen och inte enbart dennes sjukdom [5]. En avgörande framgångsfaktor är att verksamhetsledningen prioriterar arbetet, och på så vis säkerställer resurser och kompetensstöd för det kliniska arbetet. Arbetet med levnadsvanor som prevention och behandling behöver vara väl integrerat i den dagliga kliniska verksamheten, riktlinjer och vårdprogram samt bedrivas långsiktigt.

Fokus i mötet ligger på att stärka patientens tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy) och egenmakt (empowerment). Ett bra bemötande med respekt för patientens kunskap, förståelse och insikt är en förutsättning för att skapa delaktighet och ge individen inflytande över sin vård och behandling och därmed sin hälsa. Det innebär även att ta hänsyn till och respektera patientens egna tankar, känslor, erfarenheter och kunskaper, traditioner och värderingar. När patienten är delaktig får vården viktig kunskap om hens erfarenheter och upplevelser och kan lättare möta individuella behov och skapa förutsättningar för läkande.

Som vårdpersonal är det viktigt att ta hänsyn till patientens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation (hälsolitteracitet). Det ställer krav på att vårdpersonal kommunicerar i tal och skrift så att patienten kan förstå och ta till sig budskapet [6]. För att ytterligare säkerställa att individen har tillgodogjort sig informationen på ett korrekt sätt så kan Förstå mig rätt (teach-back) vara en lämplig metod att använda sig av [7]. I vissa möten kan även kontakten underlättas av till exempel bildstöd eller tolk.

Motiverande strategier

Motiverande strategier innebär fokus på individens skäl, förmåga och beredskap att förändra sina levnadsvanor [8,9]. Detta för att starta eller påskynda en förändringsprocess, som sedan kan fortsätta av egen kraft eller med hjälp av andra metoder, som till exempel tobaksavvänjning eller Fysisk aktivitet på Recept (FaR). Samtalet sker i dialogform där individen ges möjlighet att med egna ord beskriva sina skäl, önskningar, tilltro och vinster med en förändring av levnadsvanan. Andra faktorer som till exempel kroppsspråk, tonfall, ögonkontakt med mera är viktiga för att skapa ett tillitsfullt samtal. Strategierna baseras generellt på en eller flera beteendeteorier [2].

Teoribaserade metoder

Det finns flera teoribaserade metoder att utgå ifrån i samtalet, däribland motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT) [9].

MI definieras som en samarbetsinriktad samtalsstil som syftar till att stärka personens egen motivation och åtagande till förändring [8]. MI är personcentrerad och målinriktad och som mest verksamt för att väcka intresse när personen ännu inte är motiverad till förändring eller när personen är ambivalent. Målet är att locka fram uttalanden om skäl, behov, önskningar, tilltro och vinster med en förändring av en levnadsvana, så kallat förändringsprat. Detta har visat sig öka chansen till att en förändring blir av. Förhållningssättet, MI-andan, i motiverande samtal innebär: Samarbete, medkänsla, framlockande och acceptans. Acceptans innebär att bekräfta personens styrkor, autonomi och absoluta värde samt förmedla empati. Målet är att ge hopp, optimism och att stärka tilltron till den egna förmågan att göra en förändring. Att lära sig mer om motiverande samtal kan underlätta arbetet med att stödja en patient att genomföra en förändring.

KBT kännetecknas av ett strukturerat, målinriktat arbetssätt med formulering av korta och långsiktiga mål. Det är viktigt att det finns ett gott samarbete mellan behandlare och individ, där individen är aktiv under och mellan mötena. Förändringen sker genom ny inlärning och nya beteenden prövas för att få nya erfarenheter. Hemuppgifter är centralt. Det handlar i stora delar om att förändra tankemönster [9]. Det finns ett starkt forskningsstöd till att dessa metoder fungerar. MI kan vara lämpligt som komplement till KBT vid förberedelser, om ambivalens uppstår inför förändringen, eller om personen har lågt engagemang och svackor under behandlingen.

Länkar

- Region Stockholm - Rådgivande metoder kring levnadsvanor https://www.viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/radgivande-metoder
- SOMRA – samtalet om riskabla levnadsvanor. Solna: Folkhalsomyndigheten (2016 okt) http://folkhalsomyndigheten.se/somra/
- Folkhälsomyndigheten: Introduktion till MI https://WWW.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/
- MINT- Motivational Interviewing Website http://motivationalinterviewing.org
- Hälsolitteracitet - ta kontroll över din hälsa http://www.halsolitteracitet.se

- De kroniska sjukdomarnas utmaning, Personcentrerad vård – En effektivare hälso- och sjukvård med människan i centrum
  http://www.hfsnatverket.se/sv/hfs-material-att-ladda-ner/

Referenser

1. Råd för bättre kommunikation: mellan patient och vårdpersonal. [Internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL); 2011. [citerad 19 augusti 2020]. Hämtad från: http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5236.pdf?issuusl=ignore
2. Nutbeam, D, Harris, E, Wise, M; Theory in a nutshell, A practical guide to health promotion theories (third edition), 2010
3. Göteborgs universitet - Centrum för personcentrerad vård (GPCC). Personcentrerad vård [Internet]. [citerad 19 augusti 2020]. Hämtad från: https://gpcc.gu.se/omgpcc/personcentrerad-vard
4. Sveriges riksdag. Patientlag (2014:821). [Internet]. [citerad 19 augusti 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag2014821_sfs-2014-821
5. Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. [Internet]. Falun: Socialstyrelsen; 2015. [citerad 19 augusti 2020]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf
6. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun. 2010;15 Suppl 2:9–19.
7. Förstå mig rätt – Vårdgivarwebben. Västra Götalandsregionen. [Internet]. [citerad 19 augusti 2020]. Hämtad från: https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/amnesomraden/jamlik-vard/forsta-mig-ratt/
8. Miller WR, Rollnick S. Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring. Stockholm: Natur & kultur; 2013.
9. Rådgivande metoder – Viss.nu. Region Stockholm. [Internet]. [citerad 10 december 2020]. Hämtad från: https://www.viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/radgivande-metoder

Primär prevention av ohälsosamma levnadsvanor

Tyngdpunkten i detta vårdprogram ligger på hur hälso- och sjukvården ska agera när en patient har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor. Dessutom har vården en viktig uppgift i att främja hälsosamma levnadsvanor och på så sätt bidra till att ohälsosamma levnadsvanor inte uppstår. De viktigaste aktörerna är här de som möter alla barn och ungdomar och deras vårdnadshavare: barnhälsovården, tandvården och elevhälsovården. Här finns en stor potential för att nå ut till alla med ett hälsofrämjande budskap, inte minst i grupper där förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är större. Det är viktigt att de stora insatser som redan görs utvärderas kontinuerligt, inte minst ur aspekten att nå de som har störst behov.

En annan viktig arena för primär prevention av ohälsosamma levnadsvanor är de vardagliga patientmötena i vården, inklusive företagshälsovården. När hälsosamma levnadsvanor konstateras är det ofta lämpligt att bekräfta patientens val, och uppmuntra patienten till att fortsätta med det hälsosamma beteendet. Potentialen är mycket stor med de miljontals patientbesök som sker årligen, där ju patienten vanligen berättar om en hälsosam levnadsvana.

Tobak

Bakgrund

Cigaretter innehåller 8000 kemiska ämnen, varav minst 60 är cancerogena. Snus innehåller 3000 kemiska ämnen, varav minst 28 är cancerframkallande, och kan innehålla upp till åtta gånger mer nikotin än cigaretter. Nikotin är en gemensam ingrediens för all tobak. Alla tobaksprodukter är konstruerade så att nikotin snabbt frisätts, absorberas och sprids till centrala nervsystemet. Nikotinet är 5–10 gånger mer potent beroendeframkallande än kokain eller morfin [1].

Hälsovinster vid tobaksstopp

Vid rökstopp går det snabbt att nå en positiv förändring. Redan första dygnet minskar trombocyternas klibbighet, blodtryck och puls sjunker, syresättningen förbättras och risken för hjärt- och kärlsjukdom minskar. Inom två veckor till tre månader förbättras immunförsvaret, cirkulationen, lungfunktionen och sårläkningen. Efter tre till tolv månader är risken för hjärtinfarkt halverad. Risken för flera cancerformer är halverad efter fem till tio års rökstopp [2]. Ett rökstopp kan också ha positiva effekter på den psykiska hälsan genom förbättring avseende depression, ångest och stress [3].

Fler fördelar:

- Förbättrad kondition.
- Förbättrad munhälsa och minskad risk för parodontit [4].
- Sömnen blir bättre på sikt.
- Skelettet blir starkare.
- Minskad risk för komplikationer i samband med operation.
- Effekten av sjukvårdande behandling, till exempel läkemedel vid kronisk sjukdom, kan förbättras.

Vid snusstopp sjunker puls och blodtryck redan under första dygnet och på sikt förbättras munhälsan och minskar risken för vissa sjukdomar som exempelvis diabetes typ 2.

Varannan rökare dör i förtid och i genomsnitt förkortar rökningen livet med tio år [5, 6]. All rökning, även tillfällig rökning och i små mängder, är förenad med hälsorisker. Även personer som utsätts för miljötobaksrök, även kallad passiv rökning, drabbas av hälsorisker, då 75 procent av röken från en cigarett sprids till omgivningen. Rökning är en riskfaktor för att få exempelvis lungsjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, reumatism, diabetes, benskörhet och parodontit. Rökning bidrar till sämre immunförsvar och ökad mottaglighet för infektioner.
Snus ökar risken för typ 2 diabetes, vissa typer av cancer, övervikt och kan ge skador på slemhinnor i munnen [7]. För de som snusar ökar risken för allvarlig händelse vid hjärtinfarkt och stroke, med ökad risk för dödlighet [8].
Vid vattenpiprökning skapas stora mängder rök vilket ger höga nivåer av skadliga partiklar i luften. En session på en timme motsvarar röken från ca 100 cigaretter enligt WHO. Analyser av röken visar att den innehåller minst lika mycket kolmonoxid, tjära, tungmetaller och cancerframkallande ämnen som cigarettrök. Dessa ämnen orsakar samma sjukdomar och beroenden som cigarettrökning [9, 10].
Elektroniska cigaretter (e-cigaretter) innehåller oftast nikotin, som vi vet har en rad negativa effekter. Nivån av cancerframkallande ämnen är lägre, dock kvarstår liknande negativa effekter på hjärta-kärl som man ser vid rökning av konventionella cigaretter. E-vätskorna och eller deras aerosol kan ge cellskador på bland annat lungor och munhåla och ge upphov till ännu okända hälsorisker [11, 12].
För nya tobaks- och nikotinprodukter, som heat-not-burn eller vitt snus, finns det hälsorisker. Vilka är det däremot svårt att ange då innehållet varierar från produkt till produkt och då det ännu inte finns kännedom om långtidseffekter.

Miljömässigt, ekonomiskt och socialt

Tobaksindustrin har en stor negativ miljöpåverkan och tobaksproduktionen i världen står för större klimatbelastning än vad Sveriges samlade utsläpp gör. Det gör att tobakskonsumtion inte är ett individuellt hälsoproblem utan måste ses som ett globalt problem. Genom att tydliggöra tobaksindustrins negativa miljö-- och klimatpåverkan kan nya grupper motiveras att inte börja röka, och rökare motiveras att sluta [13].

I dag finns stora skillnader när det gäller rökvanor i samhället utifrån faktorer som till exempel utbildning, ursprungsland och psykisk ohälsa [14]. Det är betydligt vanligare att barn exponeras för föräldrarnas rökning hos de som har en lägre socioekonomisk ställning och att barn till rökare har ökad risk att börja röka själva. Detta bidrar till ojämlik hälsa och ökad risk att ojämlikhet i hälsa förs vidare till nästa generation [14, 15]. Agenda 2030, Barnkonventionen och Tobacco Endgame 2025 kan tydligt kopplas till tobaksfrågan.

Definitioner

Tobaksbruk Konsumtion av röktobak (cigarett, pipa, cigarill, cigarr) eller rökfri tobak (snus eller tuggtobak). Vattenpipa räknas som tobaksbruk i det fall tobak ingår i den blandning som inhaleras.

Rökning Allt tobaksbruk där rök inhaleras

Rökare Person som röker eller som slutat röka för mindre än 6 månader sen

Före detta rökare Avser en person som slutat röka för mer än 6 månader sen

Miljötobaksrök/passiv rökning Innebär att man exponeras för andras tobaksrök.

Nikotinberoende Innebär minst tre av följande kriterier [16 WHO ICD-10]: Toleransutveckling, abstinensbesvär, svårigheter att kontrollera konsumtionen, det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera tobaksbruket, avstår andra belönande aktiviteter till förmån för tobaksbruket, fortsätter bruka substansen trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av substansen.

E-cigarett En batteridriven apparat som finns i olika utföranden och kan användas med eller utan nikotin. Den bildar rökliknande ånga genom upphettning av rökvätska. Rökvätskan innehåller inte tobak, däremot smakämnen.

Vitt snus innehåller nikotin och är oftast smaksatt. Nikotin i vitt snus framställs från tobaksplantan, men tobaken processas i flera steg varav produkten benämns som tobaksfri av tobaksindustrin.

Allmänna råd om tobaksbruk och nikotinbruk

Hälso- och sjukvården bör råda alla att avstå från tobaks- och nikotinbruk. Kunskapen om effekterna av snus är inte heltäckande, men tillräckligt omfattande för att avråda bruk av snus. I det allmänna rådet att avstå allt tobaksbruk ingår vattenpipa som visar på att risken ökar för samma sjukdomar som vid rökning av konventionella cigaretter. Rådet gäller även e-cigarett då evidens visar på hälsorisker [10, 17, 18].

Uppmärksamma

Tobaksbruk är relevant att uppmärksamma i de allra flesta vårdkontakter och inom alla vårdnivåer, eftersom nästan alla sjukdomstillstånd kan orsakas eller påverkas av tobaksanvändning. Tobaksbruk bör uppmärksammas vid till exempel under graviditet och amning, vid psykisk ohälsa, i samband med operation, årskontroller och behandling för olika kroniska sjukdomar, besök inom tandvården och riktade hälsosamtal.

I samtal med patienten kan tobaksvanornas betydelse för hälsan uppmärksammas utifrån aktuellt tillstånd eller diagnos och detta kan öka motivation och förutsättning till förändring.

Tandvården har en viktig roll att fylla då att alla barn och unga regelbundet kallas till rutinbesök och stora delar av den vuxna befolkningen besöker tandvården genom hela livet [19].

Samtala med patienten om tobaksvanor och motivation till förändring. Exempel på frågor:

- Använder du tobak eller nikotin av något slag?
- Är det okej att vi pratar en stund om din rökning/snusning? (Be om lov)
- Hur tänker du kring sambandet mellan din rökning/tobak och dina besvär/sjukdomstillstånd?

Ytterligare förslag på frågor, se matris nedan för rådgivande samtal Samtal om tobak i fem steg. Läs mer om samtal och motivation i kapitel Personcentrerat förhållningssätt.

Frågeformulär

Tobaksbruk och behov av rådgivning kan identifieras med de screeningsfrågor som anges nedan och som tagits fram av Socialstyrelsen. Andra frågeformulär som används vid rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal för att utforska patientens nikotinberoende och behov av läkemedel, se i stycke Åtgärder.

Rökvanor	**Snusvanor**
☐ Jag har aldrig varit rökare ☐ Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan ☐ Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan ☐ Jag röker men inte dagligen Jag röker dagligen ☐ 1–9 cigaretter per dag ☐ 10–19 cigaretter per dag ☐ 20 eller fler cigaretter per dag	☐ Jag har aldrig varit snusare Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan ☐ Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sen ☐ Jag snusar men inte dagligen Jag snusar dagligen ☐ 1–3 dosor per vecka ☐ 4–6 dosor per vecka ☐ 7 eller fler dosor per vecka
Alternativt Jag röker dagligen _____ cigaretter per dag	*Alternativt* Jag snusar dagligen _____ dosor per vecka

Källa: Socialstyrelsen 2011 [18]

Objektiva mått

Resultatet av en spirometri kan användas i arbetet med rökavvänjning och motivera till rökstopp [20]. Dessutom kan resultatet även användas till att upptäcka KOL [21]. Spirometri är idag en enkel undersökningsmetod i primärvården.

Kolmonoxidmätning via utandningsluft är ett annat objektivt mått. Mätningarna kan tjäna som diskussionsunderlag och efter rökstopp ge patienten värdefull bioåterkoppling [22].

Åtgärder

Rekommendation om åtgärd vid tobaksbruk

Målgrupp	Rekommendation	Prioritet
Vuxna med särskild risk som röker dagligen	Kvalificerat rådgivande samtal	1
	Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel och/eller tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin, bupropion)	2
	Rådgivande samtal	3
	Webbaserad intervention	4
Vuxna som ska genomgå en operation och som röker (även sporadiskt)	Kvalificerat rådgivande samtal med erbjudande om tillägg med nikotinläkemedel	1
	Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin)	2
Unga under 18 år som använder tobak (även sporadiskt)	Kvalificerat rådgivande samtal	3
	Webbaserad intervention	3
	Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinmedel	5
Gravida som använder tobak (även sporadiskt)	Rådgivande samtal till gravida som röker	1
	Kvalificerat rådgivande samtal till gravida som röker	2
	Rådgivande samtal till gravida som snusar	3
Vuxna som röker dagligen	Kvalificerat rådgivande samtal	2
	Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel och/eller tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin, bupropion)	3
	Rådgivande samtal	4
	Webbaserad intervention	5
Vuxna med särskild risk som snusar dagligen	Rådgivande samtal med eller utan tillägg av läkemedel för snusavvänjning (vareniklin)	5
	Munhåleundersökning och rådgivande samtal	5
Vuxna som snusar dagligen	Rådgivande samtal med eller utan tillägg av läkemedel för snusavvänjning (vareniklin)	6
	Munhåleundersökning och rådgivande samtal	6

Åtgärder som hälso- och sjukvården bör göra har prioritet 1–3, kan göra har prioritet 4–7 [14].

När tobaksbruk uppmärksammats bör patient erbjudas lämpligt stöd utifrån sin situation för att bli tobaksfri. Under de 3–4 första veckorna efter rökstopp förekommer ofta abstinenssymtom. Många av de rökare vi möter idag har en stark psykologisk komponent i sitt beroende och kan behöva stöd, vanligtvis i form av samtalsstöd, både i den förberedande fasen för att kunna förändra sitt beteende och under stoppfasen för att kunna förstå och lindra abstinensen och vidmakthålla rökstoppet. Om rökaren får hjälp av tobaksavvänjare ökar chansen betydligt att de lyckas sluta röka [23].

Medarbetare inom hälso- och sjukvården underskattar ofta sina möjligheter att påverka rökande patienter, trots att undersökningar visar att ju mer omfattande hjälpen och informationen är, desto fler patienter tar steget och blir bestående rökfria. Läkarna kan genom att ta upp frågan om rökning öka antalet lyckade rökslut från 2–3 % till 5–6 %, mätt efter 1 år [24].

Det är oftast inte ett enda avgörande råd som får rökaren att sluta, utan handlar om ett förtroendefullt och långsiktigt arbete vid varje besök i hälso- och sjukvården. För att uppnå 30–40 % rökfrihet krävs större och långvariga insatser, som vid kvalificerat rådgivande samtal med uppföljningar och eventuellt stöd av läkemedel.

Enkla råd

Enkla råd med hänvisning till stöd är ofta lämplig åtgärd som första steg:

1. Informera kort i samtal utifrån generella, standardiserade råd och komplettera gärna med skriftlig information, exempelvis patientbroschyr eller digital information från 1177 Vårdguiden.
2. Hänvisa till rådgivande samtal alternativt kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel alternativt läkemedel för rökavvänjning.
3. Dokumentera.

Rådgivande samtal

Denna åtgärd rekommenderas för gravida som röker eller snusar samt kan övervägas som alternativ till kvalificerat rådgivande samtal för patienter som ska opereras. Inför operation rekommenderas även tillägg av nikotinläkemedel och/eller receptbelagda läkemedel för rökavvänjning. Även för vuxna med särskild risk kan rådgivande samtal vara lämpligt och eventuellt kombineras med läkemedel för rökavvänjning.

Samtal om tobak i fem steg	**Dialog**	**Exempel på åtgärder**
1. Fråga om tobaksvanor	Är det okej att vi pratar en stund om att du röker/snusar/.....? Hur tänker du kring din rökning? Har du försökt sluta någon gång?	Locka fram patientens egna tankar kring sin rökning.
2. Ge information i dialog	Vad känner du till om hur tobaksbruket kan påverka din sjukdomstillstånd/tillstånd/hälsa? Är det ok att jag berättar lite?	Erbjud information och koppla den till patientens aktuella hälsoläge. Använd gärna utgångspunkten vilka positiva effekter rökstopp kan innebära.
3. Undersök motivationen	Hur tänker du när du fått denna information? Hur tänker du kring att göra en förändring?	Försök få en uppfattning om motivation till förändring.
4. Råd till tobaksstopp	1. Sätt ett rökstoppsdatum lite framåt i tiden 2. Förändra dina tobaksvanor 3. Planera inför ditt rökstopp, t ex regelbundna måltider 4. Använd nikotinläkemedel 5.Håll ut - abstinensen minskar efter 3 till 4 veckor 6. Ta stöd och hjälp	Hänvisning till Tobaksavvänjare eller Sluta röka linjen
5. Följ upp	Berätta, hur har det gått för dig?	Uppmuntra och bekräfta tobaksstopp. Erbjud utökat stöd vid behov.

Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel och/eller tillägg av läkemedel för rökavvänjning

Vid rökning är kvalificerat rådgivande samtal hos utbildad tobaksavvänjare den åtgärd som är högst prioriterad, förutom hos gravida där rådgivande samtal vanligtvis är tillräcklig rådgivningsnivå.

Att beakta vid tobaksavvänjning

- Ett rökstopp kan påverka effekten av andra läkemedel tex ökad koncentration av neuroleptika, påverka PK-INR värdet vid Waran-behandling samt kräva justering av läkemedel vid diabetes.
- Vuxna som röker med tidigare depression i anamnesen, har en ökad risk för nedstämdhet under abstinensfasen och måste följas regelbundet under denna fas.
- Personer med psykisk sjukdom har ibland ökad risk för abstinens och återfall jämfört med andra grupper. Behandlingsprocessen kännetecknas ofta av längre och mer noggranna förberedelser samt att patienterna efter ett rökstopp kan behöva stöd under en längre tidsperiod [25].

Bedömningsinstrument nikotinberoende för dosering av nikotinläkemedel

HSI (Heaviness of smoking index) innehåller två frågor och är den mest använda. Fagerströms beroendeskala är ett frågeformulär som också kan användas som stöd vid bedömningssamtal om tobaksbruk. Mer information finns under rubriken ”Verktyg och stöd”.

Läkemedel för att lindra abstinenssymtom

Tobaksavvänjning kan med fördel kompletteras med tillägg av läkemedel, vilket ökar chansen till tobaksfrihet.

Nikotinläkemedel
Nikotinläkemedel är förstahandsmedel och kan vid rätt dosering och användningsteknik minska abstinensproblemen. Plåster kan med fördel kombineras med andra beredningsformer. Effekten av tuggummi och tabletter kommer inom några minuter och de kan därför användas vid behov.

Receptbelagda läkemedel
Vareniklin ger en viss stimulering av nikotinreceptorerna och ger en viss dopaminfrisättning, samtidigt som ett bloss inte ger någon ytterligare förstärkning, vilket motverkar röksuget effektivt. Bupropion är en selektiv återupptagshämmare av noradrenalin och dopamin. Vid rökstopp uppstår en obalans i dopaminfrisättning som kan leda till nedstämdhet och återfall. Båda preparaten kan motverka detta.

Personer med psykisk sjukdom behandlas enligt samma princip som övriga patienter vad gäller läkemedel, men att iaktta större försiktighet än annars med Vareniklin och Bupropion på grund av biverkningar. För dosering av Vareniklin och Bupropion, se FASS. Läs mer om läkemedel för tobaksavvänjning på webbplatsen Tobaksstopp.nu. Båda preparaten bör förskrivas i kombination med stöd.

Webbaserad intervention

Webbaserad intervention kan innefatta individuellt anpassat stöd inklusive information om rökning och om att sluta röka samt ett antal interaktiva komponenter. Kan med fördel användas vid tobaksbruk hos unga under 18 år. I tabellen Verktyg och stöd för patienter och personal finns exempel på webbaserat stöd och länkar.

Uppföljning

Uppföljning bör ske löpande utifrån personens behov, beroende på hur det går med rökstoppet och om ytterligare stöd behövs. Uppföljning kan ingå som del i rådgivande samtal och ingår alltid i kvalificerat rådgivande samtal. Uppföljningen kan innefatta flera besök, telefonuppföljning eller annan typ av uppföljning ex via chatt eller videosamtal.

Patienter med särskild risk

För vuxna med särskild risk är stöd till rökstopp en viktig del i behandlingen och påverkar sjukdomsutveckling, effekt av behandling och framtida prognos. Att uppmärksamma tobaksbruk och erbjuda stöd är därför en viktig komponent vid varje patientbesök. Exempel:

- Vid behandling av cancer med cytostatika eller strålning är rökstopp en viktig del av behandlingen. Rökning kan minska behandlingseffekten av strålbehandlingen, då syresatta celler är mer känsliga för strålbehandling, samt öka risken att drabbas av kraftigare biverkningar och komplikationer under cytostatika- och strålbehandling [26].
- Inom psykiatrin röker 80% av patienterna. Överdödligheten kopplas till hjärt-kärlsjukdomar, inte till psykiatrisk diagnos. Stöd för rökavvänjning är därför prioriterat i denna grupp [27]

Gravida och ammande

För gravida och ammande inkluderas även sporadisk rökning [6]. Utöver de risker som är förknippade med rökning generellt så ökar rökning under graviditeten risken för moderkakslossning, intrauterin fosterdöd, försämrad fostertillväxt och för tidig förlossning [29, 30, 31]. Snusning under graviditet ökar risken för extremt tidig födsel, läpp-käk-gomspalt, andningsuppehåll under nyföddhetsperioden [32], och påverkar blodtryck, hjärtfrekvens och kärlstelhet när barnet är 5–6 år [33]. Om gravida som röker eller snusar slutar i början av graviditeten så minskar riskerna till nivåer som är jämförbara med de som inte använt tobak under graviditeten. Även passiv rökning medför ökad risk för ohälsa hos fostret. Nikotinläkemedel bör ordineras efter särskilt övervägande under graviditet och kontinuerlig tillförsel som vid användning av plåster bör undvikas. Barn som ammas får i sig nikotin från bröstmjölken om modern röker, vilket gör att hälso- och sjukvården bör ge ett fortsatt stöd till kvinnor som slutat röka under graviditeten.

Barn och unga

Med tobaksbruk hos unga under 18 år avses både daglig och sporadisk rökning eller snusning, oavsett mängd cigaretter eller snus. Många som använder tobak börjar redan under ungdomsåren och blir tidigt nikotinberoende. Vid rökning ökar risken för sjukdom och dödlighet med mängden cigaretter och hur länge man har rökt. Även snus ökar risken för sjukdom och död. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvården både arbetar tobakspreventivt och stödjer unga under 18 år som röker eller snusar att bli av med sitt tobak- eller nikotinbruk [14]. Läs mer i kapitel Barn och unga.

Små barn som utsätts för passiv rökning får fler luftvägsinfektioner och öroninflammationer och behöver oftare sjukhusvård än barn som inte utsätts för tobaksrök. Att uppmärksamma tobaksbruk inom mödrahälsovård och barnhälsovård är därför del i att främja en hälsosam uppväxtmiljö.

Äldre

Det är aldrig för sent att sluta röka. Även äldre uppnår stora hälsovinster genom att sluta [28].

Inför operation

En rökfri period minst fyra och helst åtta veckor före och efter operation halverar risken för komplikationer i samband med operation. Läs mer i kapitel Levnadsvanor inför operation.

Kompetens

Personal som ger råd om tobak bör ha ämneskunskap på den nivå som rådgivningen kräver och vid behov kunna hänvisa till utökat stöd, vanligtvis till utbildad tobaksavvänjare. Läkare som för rådgivande samtal bör ha kunskap om rekommenderade läkemedel. För kvalificerat rådgivande samtal bör personal vara utbildad tobaksavvänjare.

Utbildning till tobaksavvänjare omfattar minst tre dagar och uppföljande obligatoriska handledningstillfällen. Utbildningen innehåller motiverande strategier, kartläggning av tobaksbruk, kunskap om läkemedel och KBT strategier för beteendeförändring.

Läs mer i kapitel Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav.

Dokumentation

Dokumentation sker i för regionen rekommenderad mall för tobaksbruk. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras. Dessa data kan sedan användas för verksamhetsuppföljning och kvalitetsregister. Mer information i avsnitt Dokumentation.

KVÅ kod:

- DV111 Enkla råd om tobak.
- DV112 Rådgivande samtal om tobak.
- DV113 Kvalificerat rådgivande samtal om tobak.

Diagnoskod ICD-10:

- Z72.0 Tobaksbruk.
- F17.1 Skadligt tobaksbruk.
- F17.2 Tobaksberoende.

Verktyg och stöd för personal

- Stöd för samtal om tobak, Socialstyrelsen
  https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-tobak/
- Sluta-röka-linjen
  Webb-sida och telefonlinje för stöd till personal. På webbsida finns även information till personal och möjlighet att beställa material. http://slutarokalinjen.se/
- Information och material för rådgivning och avvänjning, Psykologer mot tobak
  http://www.psychologistsagainsttobacco.org/for-dig-som-vill-stodja-andra
- Läkemedel vid nikotinberoende
  Tobaksstopp.nu
- Fagerströms beroendeskala
  Rökning
  https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/43032/Fagerstr%C3%B6ms%20beroendeskala%20r%C3%B6kning.pdf
  Snusning
  https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/110062/Fagerstr%C3%B6ms%20beroendeskala%20snusning.pdf
- Haviness of smoking index https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/levnadsvanor/blanketter/fagerstrom-heaviness_of_smoking_index.pdf
- Hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer - ett kunskaps-underlag för teamet
  Kunskapsunderlag till alla i teamet runt personer som diagnostiserats med cancer.
  https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/halsoframjande-levnadsvanor-vid-cancer/
- Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård
  Tips, information och patientmaterial, ex broschyren *Goda levnadsvanor gör skillnad.*
  http://www.hfsnatverket.se/sv/tobaksprevention
- TPLR
  Tobakspreventivt nätverk med samordnare från respektive landsting och regioner.
  http://luftkonferens.nu/static/sv/8/
- Digitala behandlingsprogram som *Tobakshjälpen*, *Min nikotinfria resa*. Info på Tobaksfakta
  https://tobaksfakta.se/tobakshjalpen-som-sprider-sig-over-landet/
- Stödja patienter att sluta röka och snusa
  Barbro Holm Ivarsson, Agneta Hjalmarsson, Margareta Pantzar. Studentlitteratur AB, Lund 2020
- Tobaksfakta
  Oberoende tankesmedja. Internetsajt med information och nyheter om rökning, snus, hälsa, tobaksprevention och tobakspolitik https://tobaksfakta.se/
- Tobakens miljöpåverkan https://tobaksfakta.se/wp-content/uploads/2019/03/Faktablad_ekologiska-fotavtryck.pdf
- Psykologer mot tobak
  Webbsida med fokus på tobaksavvänjning. Information till patient och personal
  http://www.psychologistsagainsttobacco.org/

- Världshälsoorganisationens (WHO) ramkonvention om tobakskontroll. Sverige anslöt sig 2005. https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/sveriges-internationella-overenskommelser/2008/01/so-200853 /

Verktyg och stöd för patient och invånare

- 1177 Vårdguiden, Hjälp och stöd för den som vill sluta röka eller snusa
  Information till invånare som vill sluta röka och snusa. https://www.1177.se/liv--halsa/tobak-och-alkohol/
- Sluta röka linjen
  Webb-sida och telefonlinje för kostnadsfritt stöd till den som vill förändra sina tobaksvanor. Samtalet är ett kvalificerat rådgivande samtal. Erbjuder även stöd på andra språk än svenska
  https://www.slutarokalinjen.se/
  Andra språk: https://www.slutarokalinjen.se/other-languages/
- Rökfri.nu
  Rökfri är en tjänst som stödjer en rökare att sluta röka via datorn eller mobilen. Den innehåller kunskap och fakta från rökavvänjare. Rökfri är en kostnadsfri tjänst.
  http://rokfri.1177.se/
- Goda levnadsvanor gör skillnad
  Folder med egentest av levnadsvanor samt tips och råd om att komma igång med fysisk aktivitet, äta hälsosammare, sluta röka och minska intag av alkohol.
  http://www.hfsnatverket.se/sv/hfs-material-att-ladda-ner/
- Psykologer mot tobak
  Webbsida med fokus på tobaksavvänjning. Information till patient och personal
  http://www.psychologistsagainsttobacco.org/
- Tobaksfakta
  Oberoende tankesmedja. Internetsajt med information och nyheter om rökning, snus, hälsa, tobaksprevention och tobakspolitik https://tobaksfakta.se/
- Psykologer mot tobak
  Webbsida med fokus på tobaksavvänjning. Information till patient och personal
  http://www.psychologistsagainsttobacco.org/

Referenser

1. Gilljam H. Tobaksberoende är starkt …och svårt att bryta. [Internet]. Stockholm: Läkartidningen. Nr 11 2012 volym 109. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/tema-tobak-1/2012/03/tobaksberoende-ar-starkt-och-svart-att-bryta/
2. Gilljam H. Rökstopp ger snabba hälsovinster. [Internet]. Stockholm: Läkartidningen. Nr 11 2012 volym 109. Hämtad från: https://lakartidningen.se/tema-tobak-1/2012/03/rokstopp-ger-snabba-halsovinster/.
3. Taylor G et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ 2014; 348:g1151 doi: 10.1136/bmj.g1151 (Published 13 February 2014)
4. Leite FRM, Nascimento GG, Scheutz F, López R. Effect of Smoking on Periodontitis: A Systematic Review and Meta-regression. Am J Prev Med. 2018 jun;54(6):831–841

5. Global Burden of Disease, Sweden 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME; Hämtad 2019-04-17 från http://www.healthdata.org/sweden
6. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. N Engl J Med.2014;370(1):60-8
7. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, et al. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. J Intern Med. 2017;281(4):398-406)
8. Timberlake DS, Nikitin D, Johnson NJ, Altekruse SF. A longitudinal study of smokeless tobacco use and mortality in the United States. Int J Cancer. 2017;141(2):264–270.
9. Statens Folkhälsoinstitut. Tobak: kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010: målområde 11. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2010
10. Qasim H, Alarabi AB, Alzoubi KH, Karim ZA, Alshbool FZ, Khasawneh FT. The effects of hookah/waterpipe smoking on general health and the cardiovascular system. Environ Health Prev Med. 2019;24(1):58.
11. Alzahrani T, Pena I, Temesgen N, Glantz SA. Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. Am J Prev Med. 2018;55(4):455-461. https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0749379718318713?token=3093C8428995AD5562294AF0092997D00293C5445C02BC5016C97DDFCA108B05B67F792377D7C9DC87E0D6BBCD0C8C86
12. Länsstyrelsen Västra Götalands län. Elektroniska cigaretter. En kunskapssammanställning om användning, attityder, och potentiella hälsoeffekter Rapport nr 2018:16 Länsstyrelsen Västra Götalands län, 2018. https://gubox.app.box.com/s/ii0kewaguft8ltvwdo7q9030uxkebzqr
13. VISIR. (2018). Tobaksindustrins miljöpåverkan – en genomgång av forskningsläget 2018. Stockholm. Riksförbundet VISIR https://tobaksfakta.se/wp-content/uploads/2020/02/Rapport-Tobaksindustrins-milj%C3%B6p%C3%A5verkan-en-genomg%C3%A5ng-av-forskningsl%C3%A4get-2018.pdf
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018.
15. Slutbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2017/05/sou_2017_47.pdf
16. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10.10. rev. Geneva: World Health Organization; 1992.
17. Statens Folkhälsoinstitut. Tobak: kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010: målområde 11. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2010
18. Alzahrani T, Pena I, Temesgen N, Glantz SA. Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. Am J Prev Med. 2018;55(4): 455–461.
19. Statistik om tandhälsa 2019. Socialstyrelsen. Art.nr: 2020-9-6940 https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/tandhalsa/
20. Kaminsky DA, Marcy T, Dorwaldt A, Pinckney R, DeSarno M, Solomon L, Hughes JR. Motivating smokers in the hospital pulmonary function laboratory to quit smoking by use of the lung age concept. Nicotine & tobacco research, 2011, 13(11), 1161-1166added to CENTRAL: 31 March 2014 | 2014 Issue 3 https://doi.org/10.1093/ntr/ntr096
21. Danielsson, P., Olafsdottir, I.S., Benediktsdottir, B., Gislason, T., and Janson, C. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Uppsala, Sweden–the Burden of

Obstructive Lung Disease (BOLD) study: cross-sectional population-based study. Clin. Respir. J. 2012 Apr; 6: 120–127
22. Läkartidningen. Läkare första länken i rökavvänjningskedjan. Läkartidningen https://lakartidningen.se/tema-tobak-1/2012/03/lakare-forsta-lanken-i-rokavvanjningskedjan/
23. Psykologer mot Tobak. Metoder för rök- och snusstopp. [Internet]. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: http://www.psychologistsagainsttobacco.org/metoder-for-rok-och-snusstopp/
24. Russel MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of GP´s advice against smoking. Br Med J. 1979;2:231–5
25. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. Can J Psychiatry. 2009;54(6):368-378.)
26. Cancer Prevention Recommendations; Iwakawa et al., 2006; Jagsi et al., 2007; Kaufman et al., 2008; Macdonald et al., 2004; Prochazka et al., 2002; Sharp et al., 2013; Wells et al., 2004
27. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, melton 3rd LJ. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. JAMA. 1996 Apr 10;275(14):1097-103).
28. Mons Ute, Müezzinler Aysel , Gellert Carolin et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. BMJ 2015; 350: h1551
29. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. [Internet]. [citerad 22 september 2019]. Hämtad från: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94555/9789241506076_eng.pdf;jsessionid=BE24DB3542BEFCCEC9CC6049130B0042?sequence=1.
30. Tobaksfakta. Barnets rätt till tobaksfritt – nya perspektiv på att stärka barnets rättigheter. [Internet]. [citerad 22 september 2019]. Hämtad från: http://tobaksfakta.se/wp-content/uploads/2016/12/BRiT-rapport.pdf.
31. Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. Environmental research. 2016;151:321-338.
32. Gunnerbeck A. Prenatal nicotine exposure and effects on the health of the newborn. Karolinska Institutet. Stockholm 2017
33. Nordenstam F. Perinatal snus exposure and cardiovascular function in the child 2019 https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46674/Thesis_Felicia_Nordenstam.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Matvanor

Bakgrund

Hälsovinster vid hälsosamma matvanor

Maten har stor betydelse för människans fysiska och psykiska hälsa, välmående och prestationsförmåga, både på kort och lång sikt [1]. Hälsosamma matvanor ökar sannolikheten att behovet av näringsämnen tillgodoses, samtidigt som hälsosamma matvanor kan skydda mot ett stort antal sjukdomar. Hälsosamma matvanor har effekt på alla kroppens organ och funktioner till exempel ses positiv påverkan på [2]:

- Metabola markörer, som till exempel blodtryck, blodfetter och blodsocker
- Viktbalans
- Mag- och tarmfunktion inklusive tarmflora
- Immunförsvar och inflammationsprocesser, inkl. infektionsrisk, sårläkning och systemisk inflammation
- Vitamin- och mineralstatus
- Organfunktion, inkl. lever, galla, njurar, bukspottkörtel och sköldkörtel
- Skelett och muskulatur inkl. funktion, risk för frakturer och fallrisk
- Munhälsa
- Psykisk hälsa, inklusive inlärningsförmåga, sömn och välmående
  Normal fysisk och psykisk utveckling, från fosterstadiet till vuxen ålder.

Hälsorisker med ohälsosamma matvanor

Ohälsosamma matvanor är en av de största riskfaktorerna för sjukdom och ohälsa i Sverige och ökar risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och för tidig död, framför allt genom en ökad risk att drabbas av fetma, hjärt- och kärlsjukdom, vissa cancersjukdomar och typ 2 diabetes och karies [3–5]. Beräkningar visar att 14 procent av alla dödsfall i Sverige skulle kunna förhindras eller senareläggas genom hälsosamma matvanor [1].

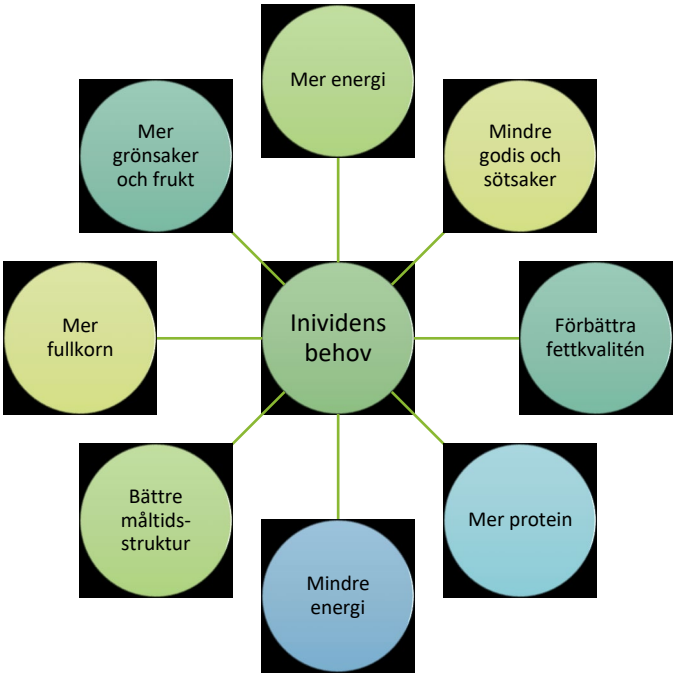
Miljömässigt, ekonomiskt och socialt hållbara matvanor

Maten vi äter och hur den produceras har även en stor påverkan på miljö och klimat [6]. Genom hälsosamma matvanor förbättras inte bara folkhälsan utan även belastning på miljö och klimat minskar. Det som är hälsosamt för människor är också gynnsamt för en hållbar utveckling.

Det finns ett starkt samband mellan socioekonomisk ställning och matvanor. Faktorer som matkostnader, sociala normer och utbildningsnivå kan påverka skillnader i matvanor mellan olika socioekonomiska grupper [7]. Skillnader i matvanor mellan olika grupper följer samma ojämlika förhållanden som hälsan och munhälsan i stort [8]. Generellt gäller att personer med störst resurser i form av utbildning och inkomst är de som i högre grad följer Livsmedelsverkets kostråd. För att främja hälsosamma matvanor och minska hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper behöver befolkningsriktade interventioner ske parallellt [9]. Det finns mycket att vinna på att samverka kring tidiga insatser från olika håll, till exempel mellan tandvård, dietister och övrig personal i hälso- och sjukvården vad gäller hälsosamma matvanor.

Definitioner

Ohälsosamma matvanor definieras som matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval inklusive drycker, tillagningsform eller måltidsmönster inte motsvarar individens behov. Intaget av energi, näringsämnen eller livsmedel kan därmed vara både för stort och för litet i förhållande till det individuella behovet. Definitionen är densamma för friska barn över två år, unga, gravida, vuxna och äldre.



Figuren illlustrerar hur olika individuella rekommendationer kan förekomma utifrån individens specifika behov.

Undernäring definieras som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp [10]. För att diagnostisera undernäring finns sedan 2018 konsensus avseende internationella diagnoskriterier för undernäring [11]. Det är värt att notera att risk för undernäring inte alltid är påvisbar utifrån låg kroppsvikt, utan kan även förekomma vid övervikt och fetma.

Allmänna råd om hälsosamma matvanor

Livsmedelsverket har konkretiserat Nordiska näringsrekommendationer 2012 (NNR) till Svenska kostråd till friska personer från två års ålder [12,13]. Kostråden ligger till grund för råd om hälsosamma matvanor och bör anpassas till aktuell anamnes samt individens preferenser, förutsättningar och mål.

Ett hälsosamt matmönster kännetecknas av en större andel grönsaker, rotfrukter, baljväxter, frukter, bär, nötter, frön, fullkornsprodukter, fisk, skaldjur, växtbaserade matfetter och oljor samt magra och osockrade mejeriprodukter samt ett lägre intag av rött kött och chark, salt, socker och alkohol.



Livsmedelsverkets kostråd.

Uppmärksamma

Matvanor är relevanta att uppmärksamma vid ett stort antal diagnoser och tillstånd och behöver lyftas inom alla vårdnivåer. Matvanor bör uppmärksammas till exempel under graviditet, vid psykisk ohälsa, nyupptäckt diabetes, årskontroller för olika kroniska sjukdomar, blodtryckskontroller, besök inom tandvården och riktade hälsosamtal. Tandvården har en viktig roll att fylla då alla barn och unga upp till 23 års ålder regelbundet kallas till rutinbesök och stora delar av den vuxna befolkningen regelbundet besöker tandvården under hela livet. För att nå socialt sårbara grupper i befolkningen är det särskilt angeläget att förebyggande insatser integreras i hälso- och sjukvårdens rutiner.

Vid besöket görs en bedömning av om, när och hur frågor om matvanor bör ställas, så att det sker på ett personcentrerat sätt. Identifiering och bedömning av individens matvanor bör ske i dialog med patienten där vårdpersonalen kan uppmärksamma matvanornas betydelse för hälsan och för aktuellt tillstånd eller diagnos.

Inled samtal om matvanor med att be om lov att utforska patientens matvanor:

- Dina matvanor kan ha betydelse för din hälsa, hur du mår och för det problem du söker hjälp för. Är det okej att vi pratar en stund om dina matvanor?

Ta hjälp av kostindex för att få en första uppfattning om patientens matvanor.

Socialstyrelsens kostindex är ett verktyg som är framtaget för att ge en indikation på vilka personer som har risk för ohälsosamma matvanor. De kan besvaras av patienten inför eller i samband med besöket. Kostindex bygger på kunskap som sammanställts inom ramen för NNR och kan ge en uppfattning av kostens näringsmässiga kvalitet. Kostindex består av en sammanslagning av fyra frågor om hur ofta personen äter grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur samt

kaffebröd, choklad, godis, chips, läsk och saft där 9–12 poäng indikerar hälsosamma matvanor och 0-4 betydande ohälsosamma matvanor [14].

Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade) Två gånger per dag eller oftare ------3 p En gång per dag----------2 p Några gånger i veckan----------1 p En gång i veckan eller mer sällan----0 p	**Hur ofta äter du fisk eller skaldjur (som huvudrätt, i sallad eller som pålägg)?** Tre gånger per vecka eller oftare ----------3 p Två gånger per vecka----------2 p En gång i veckan----------1 p Några gånger i månaden eller mer sällan-0 p
Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juicer etc.)? Två gånger per dag eller oftare ------3 p En gång per dag----------2 p Några gånger i veckan----------1 p En gång i veckan eller mer sällan----0 p	**Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?** Två gånger per dag eller oftare ---------0 p En gång per dag----------1 p Några gånger i veckan----------2 p En gång i veckan eller med sällan------3 p

Socialstyrelsens kostindex. [REF].

Målsättningen med kostindex är att kunna erbjuda ett utökat stöd till personer som har identifierats med betydande ohälsosamma matvanor, det vill säga de som får 0–4 poäng. För personer med 5-8 poäng bör en individuell bedömning göras utifrån tillstånd och diagnos.

Utöver dessa fyra frågor ingår även en fråga kring frukostätande.

Hur ofta äter du frukost

- ☐ Dagligen
- ☐ Nästan varje dag
- ☐ Några gånger per vecka
- ☐ En gång per vecka

Att regelbundet äta frukost kan leda till ett mer balanserat matintag och val av mindre energität mat under resten av dagen. Personer som sällan äter frukost och som samtidigt har lågt kostindex ska ges särskild uppmärksamhet.

Återkoppla och diskutera resultatet på kostindex med patienten. Lyssna och bekräfta det som är hälsosamt.

Vid ohälsosamma matvanor, ställ öppna frågor och utgå patientens tankar och funderingar:

- Vad vet du om hur dina matvanor påverkar hälsan?
- Vad upplever du är bra och mindre bra med dina matvanor?

Objektiva mått

Kostindex tar inte hänsyn till personens energiintag, måltidstruktur och antal måltider under dygnet och kan behöva kompletteras med andra kostundersökningsmetoder för att få en tydligare bild av personens matvanor, vilket kan ske i samband med ett rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal.

När personen har medicinska tillstånd eller sjukdomar, för vilka matvanor har betydelse, behöver en bedömning genomföras av hur patientens behov av åtgärder tillgodoses på ett patientsäkert sätt. Som ett komplement kan biologiska markörer till exempel fasteglukos, kolesterol, riskbedömning undernäring samt kroppsmått som längd, vikt, BMI och midjemått användas. Body Mass Index (BMI) är en indikator på individens energibalans över tid och ska inte användas som en bedömning av individens intag av näringsämnen [15].

Riskbedömning undernäring

För riskbedömning av undernäring utgör nedanstående kriterier, en grundläggande kartläggning, där fortsatt utredning bör påbörjas vid förekomst av en eller flera riskfaktorer [10]. Det finns även andra validerade screeninginstrument som kan användas.

Bedömning av risk för undernäring baseras på en sammanvägning av följande indikatorer. Vid utfall på en eller av frågorna har patienten risk för undernäring och en vidare utredning behöver göras.

- **Ofrivillig viktförlust**: Har patienten gått ner i vikt, oavsett tidsförlopp och omfattning?
- **Ätsvårigheter**: Har patienten svårigheter att äta? Till exempel aptitlöshet, problem att tugga och/eller svälja, orkeslöshet och motoriska störningar.
- **Undervikt:** Har patienten ett lågt Body Mass Index (BMI)? Det vill säga BMI <20 om patienten är under 70 år eller BMI <22 om patienten är 70 år eller äldre.

Åtgärd

Rekommendation om åtgärd vid ohälsosamma matvanor

Målgrupp	Rekommendationer	Prioritet
Vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor	Kvalificerat rådgivande samtal Rådgivande samtal	1 6
Vuxna som har ohälsosamma matvanor	Kvalificerat rådgivande samtal Rådgivande samtal	2 7
Gravida som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva	Kvalificerat rådgivande samtal	2
Barn 2–12 år som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva	Familjestödsprogram	5
Unga under 18 år som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysisk aktiva	Familjestödsprogram	7

Enkla råd

Enkla råd med hänvisning till stöd kan utgöra en första åtgärd.

1. Informera kort om hur matvanorna kan ha betydelse för patientens hälsotillstånd och eventuell diagnos.

2. När det är aktuellt, beroende på patientens tillstånd, diagnos och kunskapsnivå kan patienten uppmuntras till förbättrade matvanor utifrån Livsmedelsverkets kostråd. Råden kan kompletteras med skriftlig information, exempelvis patientbroschyr eller digital information från 1177 Vårdguiden.
3. Undersök patientens motivation och erbjud kvalificerat rådgivande samtal alternativt rådgivande samtal.
4. Dokumentera

Läs mer under kapitel Allmänt om rådgivningsnivåer och kompetenskrav

Rådgivande samtal

Rådgivande samtal kan vara aktuellt i samband med samtal som förs i dialog om flera levnadsvanor samtidigt, till exempel hälsosamtal, i samband med mottagningsbesök för exempelvis diabetes, högt blodtryck, graviditet eller samtal med kontaktsjuksköterska. Rådgivande samtal kan kompletteras med olika enkla, pedagogiska verktyg som tex tallriksmodellen, nyckelhålsmärkning eller matpyramiden.

	Exempel på vad rådgivaren kan säga och göra
1. Fråga om matvanor	Gör alltid en bedömning av om, när och hur frågor om matvanor ska ställas, så att det sker på bästa möjliga sätt. – Dina matvanor kan ha betydelse för din hälsa, hur du mår och för det problem du söker hjälp för. Skulle du vilja svara på några frågor om dina matvanor? Låt patienten besvara enkla och övergripande frågor om sina matvanor. Använd t.ex. Socialstyrelsens kostindexfrågor för att få en första uppfattning om matvanorna. Frågorna kan även besvaras innan besöket. Se frågor på motstående sida.
2. Bedöm om patienten har ohälsosamma matvanor	Om du har använt kostindexfrågorna – räkna samman poängen. 0–4 poäng: Resultatet pekar mot att patienten har betydande ohälsosamma matvanor 9–12 poäng: Resultatet pekar mot att patienten i stort sett följer rekommendationerna för hälsosamma matvanor
3. Återkoppla din bedömning till patienten	Om patienten har hälsosamma matvanor: Bekräfta de hälsosamma matvanorna. Om patienten har i stort sett hälsosamma matvanor: Bekräfta det som är positivt i resultatet Om patienten bedöms ha betydande ohälsosamma matvanor som hon eller han behöver stöd för att förändra: Återkoppla resultatet och fråga om personen vill ha mer information.
4. Fråga om patienten vill ha ytterligare information	Informera om risker med ohälsosamma matvanor och koppla till patientens hälsa. – För din hälsa skulle det vara bra att äta mer hälsosamt. – För att minska risken för framtida sjukdom, skulle det vara bra för dig att ändra några av dina matvanor. – Med tanke på det problem som du söker för skulle det vara bra om du kunde ändra några av dina matvanor.
5. Undersök motivation	– Hur tänker du om det? – Är du intresserad av att ändra dina matvanor?
6. Hjälp till	Om "ja". – Det finns bra stöd att få för att ändra matvanor. Vill du höra mer? – Du kan få bra stöd av personal inom hälso- och sjukvården som är utbildade för att hjälpa patienter att ändra ohälsosamma matvanor. Remittera eller informera om vart personen kan vända sig. – Det finns bra information och om att ändra sina matvanor på 1177 vårdguiden, www.1177.se och på Livsmedelsverkets webbplats. Om "nej". – Det behöver inte vara så svårt att göra några förändringar som är viktiga för din hälsa. Vill du fundera på det? Vill du höra mer? Se förslag på enkla råd på motstående sida.
7. Följ upp samtalet	– Jag noterar i din journal att vi har talat om dina matvanor. Så följer vi upp det vid nästa besök. Vid nästa besök: – Hur har det gått? – Hur tänker du nu om dina matvanor?

Kvalificerat rådgivande samtal

Vid ohälsosamma matvanor rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal. Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor bedöms vara mer omfattande till både tid och innehåll jämfört med kvalificerat rådgivande samtal för de andra levnadsvanorna. Vid kvalificerat rådgivande samtal kan verktyg såsom kostanamnes eller matdagbok användas för att ge en utförligare bild av patientens matvanor.

Råd och stöd vid ohälsosamma matvanor ska anpassas till patientens matvanor i relation till diagnos, tillstånd och förmåga. För patienter som har en sjukdomsdiagnos blir åtgärden en kombination av kvalificerat rådgivande samtal och nutritionsbehandling. För personer med fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning kan kvalificerat rådgivande samtal behöva kompletteras med aktivitetsbaserade metoder varvid teamsamverkan blir särskilt betydelsefullt.

Läs mer under kapitel Allmänt om rådgivningsnivåer och kompetenskrav.

Uppföljning

Uppföljningen ingår som en naturlig del av både rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Uppföljning sker individuellt och kopplas till aktuellt hälsotillstånd.

För att utvärdera insatt åtgärd på individnivå kan verktyg som kostindex, kostanamnes användas, samt kliniskt relevanta riskmarkörer så som blodsocker, blodfetter, BMI och midjemått. Det är även viktigt att följa upp patientens egna tankar, nöjdhet och önskemål. Kostindexfrågorna från Socialstyrelsen kan användas för utvärdering av frekvensintag, men mäter inte efterlevnad av rådgivning som fokuserat på mängd och struktur, eller andra matvaneaspekter.

Patienter med särskild risk

För ett flertal sjukdomar och diagnoser är kost- och nutritionsbehandling en viktig del av den medicinska behandlingen. I vissa fall kan behandlingen bestå av enbart individanpassad kost. Grunden i all kostbehandling är att tillgodose patientens närings- och energibehov. Kostbehandlingen behöver även anpassas till övrig behandling och var i sjukdomsprocessen patienten befinner sig. Individuella kostråd vid sjukdomsanpassad kostbehandling kan därför skilja sig från Livsmedelsverkets generella kostråd.

Barn och unga

Hälsosamma matvanor är viktigt hos barn för god tillväxt och kan i alla åldrar bidra till mer ork och bättre mående [24]. Ett högt intag av frukt och grönsaker, fisk, fullkorn och ett lågt intag av energirika och näringsfattiga livsmedel, så som söta drycker, godis och chips främjar barns hälsa och minskar risken att utveckla övervikt eller fetma [25].

Gravida och ammande

Graviditeten utgör ett pedagogiskt fönster som kan göra det lättare för kvinnan att förbättra sina matvanor och ta hand om sig och det blivande barnet. Under en graviditet ökar kvinnans energi- och näringsbehov, men eftersom näringsbehovet ökar i större utsträckning än energibehovet medför

graviditeten främst krav på ökad näringstäthet [18,19]. Ohälsosamma matvanor under graviditet kan därmed leda till både otillräckligt näringsintag och risk för kraftig viktuppgång [20].

Kostråd till gravida utgår från Livsmedelsverkets kostråd, men med vissa anpassningar utifrån särskilda behov se Kostråd till gravida (https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/gravida).

Äldre

Äldre över 65 år utgör en heterogen grupp och för de med god aptit är kostråden i stort sett de samma som för övriga vuxna [ref] Personer över 75 år rekommenderasett tillskott av 20 mikrogram vitamin D per dag. Med stigande ålder kan förmågan att känna törst försämras vilket gör att äldre kan behöva tänka extra på att dricka regelbundet även om man inte alltid är törstig.

Äldre är den åldersgrupp i samhället som har störst risk att drabbas av undernäring och det blir det extra viktigt med hälsosam och näringstät mat samt att säkerställa proteinintaget för att bibehålla muskelmassa, stärka immunförsvaret och förbättra sårläkning [16]. Proteinbehovet kan tillgodoses genom att både huvudmålen och mellanmålen innehåller något proteinrikt livsmedel. I samband med ofrivillig viktnedgång är det viktigt att öka energi- och näringsintaget. När hälsan sviktar kan även tandstatus snabbt raseras vilket också kan öka risken för undernäring [17]. Både läkemedel och sjukdom kan påverka energi- och näringsbehov och förmåga att äta. Ibland behövs särskilt anpassade kostråd och kosttillägg för att intaget ska bli tillräckligt. Då kan individanpassad nutritionsbehandling av exempelvis dietist behövas.

Inför operation

Läs mer under kapitel Levnadsvanor inför operation.

Kompetens

Hälso- och sjukvårdspersonal med patientkontakt ska kunna uppmärksamma risk för ohälsosamma matvanor med stöd av Socialstyrelsens kostindex samt ha kunskap om riskbedömning för undernäring samt ha kunskap om lokalt flöde för stöd vid ohälsosamma matvanor och/eller undernäring.

Enkla råd

Personal som möter vuxna inom hälso- och sjukvården bör ha kunskap att ge korta standardiserade evidensbaserade råd om hälsosamma matvanor utifrån Livsmedelsverkets kostråd.

Rådgivande samtal

Utöver det som gäller vid enkla råd bör personalen även ha kompetens om pedagogiska modeller som till exempel tallriksmodellen och nyckelhålsmärkning

Kvalificerat rådgivande samtal

Personal bör, utöver vad som gäller vid enkla råd och rådgivande samtal, även vara legitimerad dietist eller annan legitimerad personal med god kunskap och kompetens inom mat och nutrition motsvarande: NNR 2012, Livsmedelsverkets kostråd, näringslära, tillagningsmetoder, livsmedelskunskap samt mat och måltider i sitt sociala, kulturella och emotionella sammanhang.

Kvalificerat rådgivande samtal till personer med särskild risk, sjukdom och/eller tillstånd, förutsätter utöver ovanstående att personalen har kunskap om sjukdomslära och kost- och nutritionsbehandling vid sjukdom och hur råd om hälsosamma matvanor anpassas utifrån aktuell sjukdom och behandling.

Läs mer under kapitel Allmänt om rådgivningsnivåer och kompetenskrav.

Dokumentation

Dokumentation av matvanor, kostindex, samt riskbedömning av undernäring dokumenteras enligt lokala rutiner i samband med besök då personens matvanor uppmärksammas eller följs upp. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras. Dessa data kan sedan användas för uppföljning av ordination, verksamhetsuppföljning och kvalitetsregister.

Dokumenterade åtgärder och Socialstyrelsens kostindex kan användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader.

KVÅ koder:

- DV141 Enkla råd vid ohälsosamma matvanor
- DV142 Rådgivande samtal vid ohälsosamma matvanor
- DV143 Kvalificerat rådgivande samtal vid ohälsosamma matvanor

Inom tandvården

- kod 314 beteendemedicinsk behandling motsvarar rådgivande samtal
- kod 313 beteendemedicinsk behandling, 60 minuter eller mer motsvarar kvalificerat rådgivande samtal.

Diagnoskod ICD-10:
Z72.4 Ohälsosamma matvanor (Olämplig diet och olämpliga matvanor)

Läs mer under kapitel Dokumentation

Verktyg och stöd för personal

- Socialstyrelsen. Ohälsosamma matvanor – Kunskapsguiden https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/levnadsvanor/ohalsosamma-matvanor/.

- Socialstyrelsen. Enkla råd för bra matvanor. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-6-24.pdf
- Socialstyrelsen. Webbutbildning "Samtal och råd om bra matvanor". https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/public/learning_plan/view/5/samtal-och-rad-om-bra-matvanor
- Livsmedelsverket. Prata mat, rädda liv.https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden

Verktyg och stöd för patienter och personal

- 1177.se. "Äta för att må bra". https://www.1177.se/liv--halsa/ata-for-att-ma-bra/
- 1177.se Mat och dryck för barn https://www.1177.se/barn--gravid/att-ta-hand-om-barn/mat-och-dryck-for-barn/
- Livsmedelsverket. Vykort "Hitta ditt sätt". https://www.livsmedelsverket.se/bestall-ladda-ner-material/sok-publikationer/vykort/vykort-hitta-ditt-satt
- Livsmedelsverket. Nyckelhålet. https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/text-pa-forpackning-markning/nyckelhalet
- Livsmedelsverket. Matvanekollen. https://www.livsmedelsverket.se/quiz/matvanekollen/matvanekollen-startsida
- Livsmedelsverket. Gravida - råd om bra mat. https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/gravida
- Livsmedelsverket. Råd om bra mat för äldre. https://www.livsmedelsverket.se/bestall-ladda-ner-material/sok-publikationer/broschyr/rad-om-bra-mat-for-aldre
- Livsmedelverket Råd om bra mat för barn och ungdomar
- https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar
- Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. http://www.hfsnatverket.se/sv/hfs-material-att-ladda-ner/
- Sundkurs En faktabas där patienten själv kan hitta inspiration och kunskap till beteendeförändring och vårdpersonal kan hämta fakta och material till sin rådgivning. Sundkurs | Sundkurs - Webbvägen till en sundare folkhälsa

Referenser

1. Saha S, Nordstrom J, Gerdtham UG, Mattisson I, Nilsson PM, Scarborough P. Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer Mortality by Achieving Healthy Dietary Goals for the Swedish Population: A Macro-Simulation Modelling Study. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(5).
2. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. Circulation 2016;133:187-225.
3. University of Washington. GBD Compare. [Internet]. [citerad 20 januari 2021]. Hämtad från: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.
4. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2019 May 11;393(10184):1958-1972.

5. World Cancer Research Fund. Cancer Prevention Recommendations [Internet]. [citerad 20januari 2021]. Hämtad från: https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations/.
6. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet. 2019 Feb 2;393(10170):447-492.
7. Livsmedelsverket. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige [Internet]. Uppsala: Livsmedelsverket; 2016. Livsmedelsverkets rapportserie; 9. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-nr-9-2016-socioekonomiska-skillnader-i-matvanor-i-sverige.pdf.
8. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa: slutbetänkande (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer Sverige AB.
9. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet [Internet]. Uppsala; 2017. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2017/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet_2017.pdf.
10. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring: Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6716.pdf.
11. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9.
12. Livsmedelsverket. Näringsrekommendationer [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/naringsrekommendationer/.
13. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012 [Internet]. 5th ed. Copenhagen: Narayana Press; 2014. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https:// http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf.
14. Socialstyrelsen. Ohälsosamma matvanor – Kunskapsguiden [Internet]. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/levnadsvanor/ohalsosamma-matvanor/.
15. Michaëlsson K, Baron JA, Byberg L, Höijer J, Larsson SC, Svennblad B, et al. Combined associations of body mass index and adherence to a Mediterranean-like diet with all-cause and cardiovascular mortality: A cohort study. PLoS Med. 2020 Sep 17;17(9):e1003331.
16. Livsmedelsverket. Äldre – råd om bra mat [Internet]. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/aldre---rad-om-bra-mat/.
17. Coll PP, Lindsay A, Meng J, Gopalakrishna A, Raghavendra S, Bysani P, et al. The Prevention of Infections in Older Adults: Oral Health. J Am Geriatr Soc. 2020 Feb;68(2):411-416.
18. Institute of M, National Research Council Committee to Reexamine IOMPWG. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Rasmussen KM, Yaktine AL, eds. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington (DC): National Academies Press (US). National Academy of Sciences.; 2009.

19. Livsmedelsverket. Bra livsmedelsval under graviditet - baserat på Nordiska näringsrekommendationer 2012. [Internet]. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/bra-livsmedelsval-under-graviditet-rapport-13-2016.pdf.
20. Gunderson EP. Childbearing and obesity in women: weight before, during, and afterpregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36(2):317-332, ix.
21. Livsmedelsverket. Äldre - råd om bra mat [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket. [citerad 24 mars 2021]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/aldre---rad-om-bra-mat/.

Alkohol

Bakgrund

Hälsovinster vid minskad konsumtion

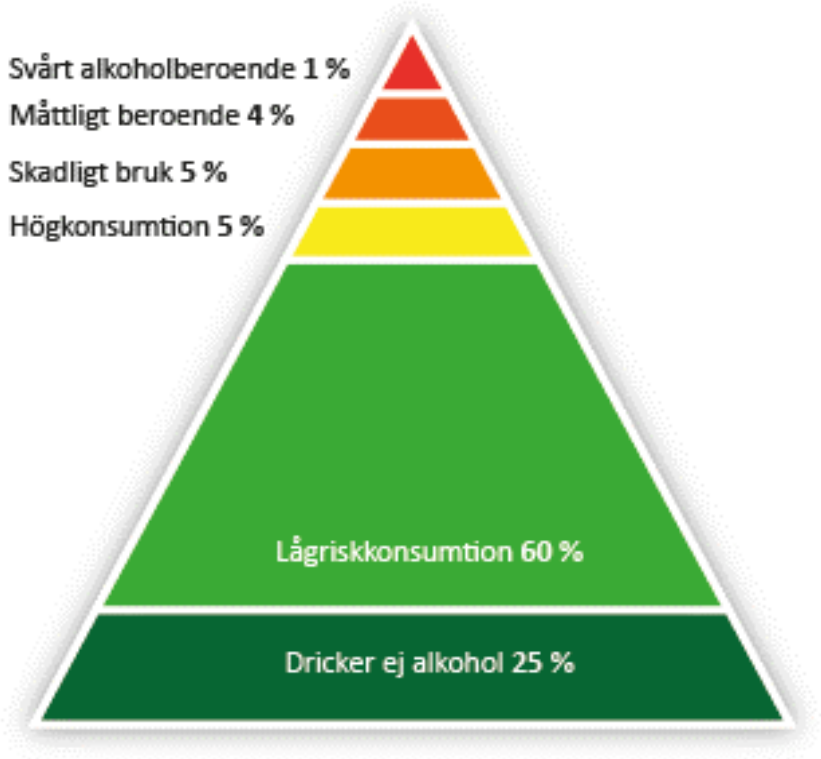
Forskningen visar att det finns stora hälsovinster att uppnå för personer med hög alkoholkonsumtion som minskar sin konsumtion. Högkonsumenter av alkohol beskriver en rad positiva effekter då de dricker mindre. Vanliga effekter är att man sover bättre, känner sig piggare, blir klarare i tanken och mår psykiskt bättre. Man ser snabbt mindre sliten ut då huden mår bättre. Mindre alkohol bidrar till viktnedgång, dels då alkoholen innehåller många kalorier, dels för att drickandet ofta är kopplat till kaloririka tilltugg. På lite längre sikt ses ofta sjunkande blodtryck, sjunkande blodsocker och förbättrade levervärden. All minskning av alkoholkonsumtion ger positiva hälsoeffekter [1–3].

Hälsorisker

Alkohol upplevs av många som ett positivt inslag i livet, kopplat till njutning och socialt umgänge. Även om så ofta är fallet är det en viktig uppgift för hälso- och sjukvården att förmedla saklig information om alkohol och ge människor ett bra underlag för sitt beslutsfattande.

Alkoholen påverkar alla vävnader i kroppen och kan kopplas till drygt två hundra sjukdomar och hälsoproblem [2]. Bland de tillstånd som kan vara relaterade till alkoholkonsumtion kan nämnas högt blodtryck, ångest och depression, cancer i olika organ, mag- och tarmproblem, övervikt, osteoporos, nedsatt immunförsvar, försämrad sårläkning, nedsatt fertilitet hos både män och kvinnor, nervskador och sömnstörningar. Det nedsatta immunförsvaret har fått stor uppmärksamhet under den nu pågående coronapandemin, där risken att insjukna i svår covid-19 infektion är förhöjd vid hög alkoholkonsumtion. [4]

Alkoholen påverkar inte bara den som dricker. Senare års forskning har påvisat stora effekter på personer i omgivningen, främst i familjen, men också på arbetsplatser och i trafiken. Särskilt har effekter på barns utveckling i familjer där någon av föräldrarna har ett skadligt bruk uppmärksammats [5].



Uppskattad prevalens i Sverige av riskbruk av alkohol; riskbruk innefattar högkonsumtion, skadligt bruk och beroende. Procentandelar av den vuxna befolkningen. Siffrorna anger ungefärlig storleksordning med data från olika källor: WHO [2], Folkhälsomyndigheten, samt Andréasson med flera. [13].

Måttlig alkoholkonsumtion har av många uppfattats som skyddande för hjärt-kärlsjukdomar och för typ 2 diabetes. Senare års forskning har dock klargjort att den sammantagna effekten av måttligt drickande är negativ för hälsan i stort [1]. All alkoholkonsumtion innebär således hälsorisker, även om riskerna vid låg konsumtion är små. Risken för skador varierar mellan individer, ålder, beroende på situation och dryckesmönster. Berusningsdrickande är alltid en risk och medför även en ökad förekomst av våld och olyckor. Daglig alkoholkonsumtion, även måttliga mängder, kan öka risken för beroendeutveckling [7].

Bra att veta är att:

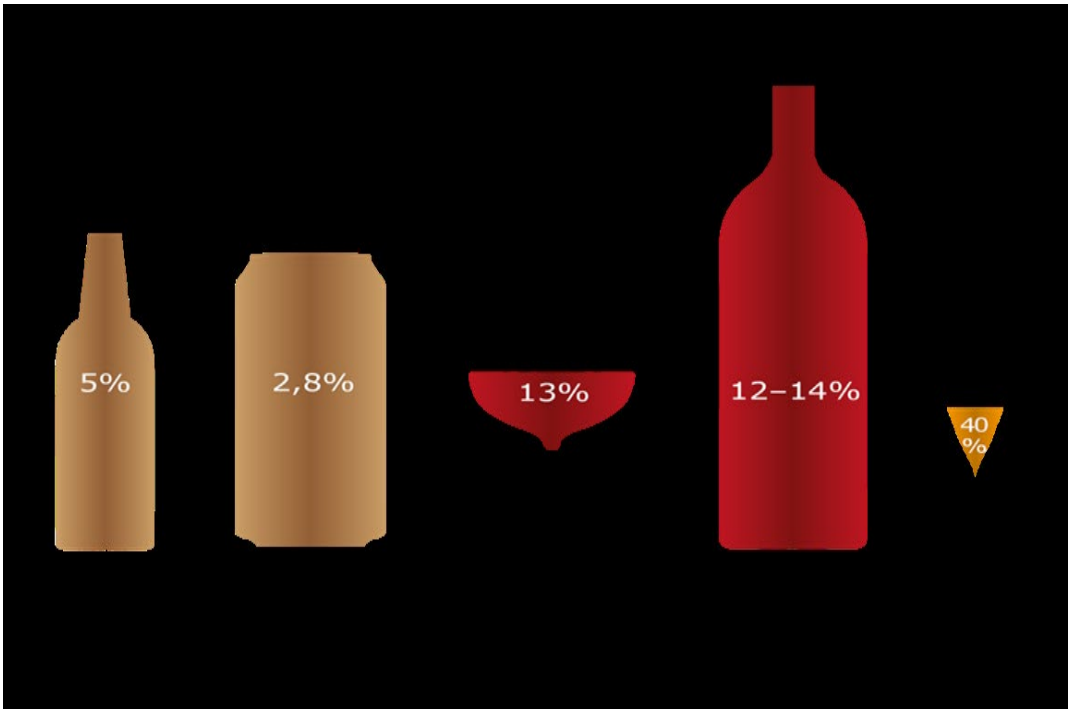
- Flertalet alkoholproblem är delvis eller helt reversibla [6].
- De flesta med ett alkoholberoende har ett lindrigt till måttligt beroende med god prognos.
- Många personer klarar att förändra sina alkoholvanor helt på egen hand eller genom korta interventioner av hälso- och sjukvården.
- Även vid kort rådgivning är det personerna med den högsta alkoholkonsumtionen (som ofta utvecklat ett alkoholberoende) som drar ner sin konsumtion mest och gör de största hälsovinsterna [8].

Förutom alkoholens generella medicinska påverkan, har alkohol även en skadlig effekt på oral hälsa, med en dosberoende påverkan på tänderna. Det påverkar även hur personen i fråga sköter sina tänder. Eftersatt munhygien och ökad kariesförekomst samt tandförluster är mer vanligt förekommande hos människor med riskbruk jämfört med de som inte har ett riskbruk [9]. Tandvården kan i ett tidigt skede se skador, främst erosiva skador, på tänderna vid riskbruk.

Definitioner

Riskbruk

All alkoholkonsumtion innebär en hälsorisk. Ur hälsosynpunkt gäller ”ju mindre ju bättre”. Med riskbruk av alkohol menas en alkoholkonsumtion som innebär en kraftigt ökad risk för sjukdom, för tidig död, alkoholberoende och sänkt livskvalitet. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer föreligger riskbruk när konsumtionen överstiger 9 standardglas per vecka för kvinnor och 14 för män. Intensivkonsumtion, eller berusningsdrickande, är alltid en risk och rekommendationen för kvinnor är därför att dricka max 3 standardglas per dryckestillfälle och för män max 4 glas per tillfälle. [10] Med ett standardglas menas alkoholdryck med 12 gram alkohol. I bilden nedan illustreras standardglas för olika alkoholdrycker.



Standardglas för beräkning av alkoholintag.

Riskbruk av alkohol kan också bedömas föreligga när AUDIT-C överstiger 4 poäng för kvinnor, och 5 poäng för män [11], eller fullständigt AUDIT överstiger 6 poäng för kvinnor, och 8 poäng för män. AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test, är det globalt mest använda frågeformuläret för att bedöma riskabelt eller skadligt alkoholbruk. AUDIT-C är en förkortad variant, där endast de tre första frågorna finns med, de som handlar om konsumtion.

Skadligt bruk

Skadligt bruk är en diagnosterm som anger att skador har uppstått på grund av alkoholbruket.

Alkoholberoende

För beroende enligt ICD-10 finns följande kriterier:

- Stark längtan efter drogen.
- Svårighet att kontrollera intaget.

- Fortsatt användning trots skadliga effecter.
- Alkoholkonsumtion ges högre prioritet än andra aktiviteter och förpliktelser.
- Ökad tolerans.
- Fysiska och psykiska abstinenssymtom.

För diagnosen alkoholberoende krävs minst tre uppfyllda kriterier under den gångna 12-månadersperioden. Beroende kan graderas i svårighetsgrad genom att räkna antal uppfyllda kriterier: som lindrigt [3–4], eller uttalat [5–6]. Uttalat beroende kompliceras ofta av psykiatrisk samsjuklighet och sociala svårigheter, vilket ofta kräver behandling i specialistvården och då ofta i samverkan med socialtjänst, kriminalvård och andra myndigheter. **Missbruk** är avskaffat som medicinsk diagnos och bör undvikas då det kan upplevas som stigmatiserande och saknar tydlig definition. Likaså är alkoholism och alkoholist begrepp som i möjligaste mån bör undvikas.

Uppmärksamma

All hälso- och sjukvårdspersonal ska i mötet med patienten kunna uppmärksamma skadliga alkoholvanor när så är kliniskt relevant. Alkohol är en riskfaktor för många av de hälsoproblem som för människor till vården, varför frågor om alkoholvanor i många fall har hög klinisk relevans. Detta klargörs på ett personcentrerat sätt, så att frågan blir relevant även för patienten.

Utforska individens alkoholvanor genom samtal och frågor som exempelvis:

- Känner du till att alkohol kan påverka din sjukdom? Vill du veta mer?
- Hur ofta dricker du alkohol? Vill du berätta? (en bra inledande fråga är alkoholtillfällen per vecka)
- Har du själv märkt att dina symptom blir bättre eller sämre av alkohol?
- Har du funderat på att förändra dina alkoholvanor?
- Känner du till att du kan få stöd?

Standardiserade frågor för att uppmärksamma alkoholvanor

AUDIT-C är en validerad, förkortad version av AUDIT-formuläret som är det formulär som bäst uppmärksammar ett riskbruk [8]. Om patienten besvarar frågorna digitalt kan man vid höga AUDIT-C poäng med automatik låta patienten besvara hela AUDIT formuläret. Man kan också gå vidare med Socialstyrelsens indikatorfrågor (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor), dvs. antal standardglas per vecka och frekvens intensivkonsumtion.

Biomarkörer

Alkoholvanor kan också bedömas med hjälp av biomarkörer, där dels hög alkoholkonsumtion kan påvisas genom blodproverna CDT eller PEth, dels leverpåverkan genom blodproverna ALAT, ASAT och gamma GT.

Bedömning

Någon helt riskfri alkoholkonsumtion finns inte. Även vid låg konsumtion kan alkoholen innebära ökad risk för känsliga personer och i vissa situationer; detta kräver en individuell bedömning.

Riskbruk av alkohol definieras ovan. Riskbruk kan föreligga även vid lägre alkoholkonsumtion, exempelvis under graviditet, i många situationer i arbetslivet, i trafiken samt under uppväxtåren. Detsamma gäller vid vissa sjukdomar, vid viss medicinering och behandling.

Observera att i gruppen med riskbruk ingår också personer som utvecklat ett alkoholberoende eller ett skadligt bruk av alkohol. Oavsett om dessa tillstånd föreligger bör dessa personer erbjudas rådgivning då deras drickande innebär hälsorisker. Epidemiologisk forskning visar att även vid etablerat beroende leder rådgivning till minskad konsumtion [6] – det är således konsumtionens omfattning som är avgörande för om rådgivning ska ges, inte om diagnoserna skadligt bruk eller alkoholberoende föreligger eller ej. I vissa fall leder dock dessa tillstånd till att patienten inte lyckas reducera sin konsumtion. I dessa fall är det värdefullt om man också kan ge behandling för skadligt bruk eller alkoholberoende.

Åtgärd

Rekommendation om åtgärd vid riskbruk av alkohol

Målgrupp	Rekommendationer	Prioritet
Vuxna med särskild risk och med riskbruk	Rådgivande samtal Kvalificerat rådgivande samtal	3 6
Allmän rekommendation vuxna med riskbruk av alkohol	Rådgivande samtal Kvalificerat rådgivande samtal	4 7
Unga under 18 år med alkoholbruk	Rådgivande samtal	5
Gravida med alkoholbruk	Rådgivande samtal Kvalificerat rådgivande samtal	2 5

Enkla råd

Enkla råd rekommenderas till alla patienter där det är relevant, det vill säga där alkoholkonsumtionen kan påverka sjukdom eller behandling. Detta gäller det stora flertalet patienter. Information bör ges om samband samt effekten av att dricka mindre eller av att avstå.

Vid enkla råd kan även en metod benämnd som halveringsexperimentet användas [12]. Metoden innebär att patienterna rekommenderas att halvera sin konsumtion utan att gå in på aktuell mängd som konsumeras. En halvering upplevs av många som ett uppnåeligt mål under en period. Uppföljning av halveringsexperimentet rekommenderas fyra veckor efter besöket.

Rådgivande samtal

Rådgivande samtal bör genomföras med utgångspunkt från patientens aktuella problem, hälsotillstånd eller situation:

- Utforska patientens egna kunskaper och funderingar, erbjud därefter information i dialog.
- Återkoppla alkoholkonsumtionens betydelse för patientens aktuella problem och situation.
- Utforska motivationen och beredskap till förändring.
- Upprätta en personlig plan tillsammans med patienten.

Kvalificerat rådgivande samtal

Rekommenderas när ett rådgivande samtal om alkohol inte lett till önskad minskning av konsumtionen. Ungefär en tredjedel av högkonsumenterna har ett skadligt bruk, och ytterligare en tredjedel har utvecklat beroende, varav de flesta (cirka 75%) har ett lindrigt till måttligt beroende [13].

Patienter med skadligt bruk av alkohol eller ett lindrigt till måttligt alkoholberoende, som inte kompliceras av psykiatrisk samsjuklighet eller sociala hjälpbehov, kan med fördel behandlas i primärvården [14]. För psykologisk behandling rekommenderar Socialstyrelsen MET (motivationshöjande behandling), KBT (kognitiv beteendeterapi) och tolvstegsbehandling som förstahandsval inom specialiserad beroendevård [15].

För primärvård och företagshälsovård har 15-metoden utvecklats. Denna är ett metodpaket som innefattar insatser på tre nivåer: uppmärksammande med enkla råd; utredning med återkoppling i form av kvalificerat rådgivande samtal; samt behandling med tre kvalificerade rådgivande samtal plus eventuell läkemedelsbehandling. Insatserna anpassas efter behov, där man börjar med enkla råd ock går vidare med ytterligare åtgärder när sådana behövs.

Manual för 15-metoden finns på webbplatsen för Alkohol och hälsa Riddargatan 1 Hittills genomförda studier visar att behandling med 15-metoden i primärvård gett lika goda resultat som behandling inom specialiserad beroendevård [16] och att läkarna var positiva till att använda metoden [17]. Studier saknas ännu från sjukhusmottagningar som exempelvis gastromottagningar eller neurologimottagningar eller andra mottagningar där alkohol är en viktig faktor. De evidensbaserade åtgärderna som ingår i 15-metoden är dock verksamma oavsett var de genomförs. I många fall har dock inte specialister på tidspressade mottagningar möjlighet att genomföra dessa program. De kan dock spela en avgörande roll genom att uppmärksamma alkoholfrågan och lotsa patienterna till rätt instans.

Många patienter drar sig för en kontakt med specialiserad beroendevård inom regionerna eller inom kommunernas socialtjänst. Ska dessa patienter få hjälp måste den erbjudas på plats av de ordinarie vårdgivarna, i primärvård eller på sjukhusmottagningar. För patienter med mer uttalade beroendetillstånd, där samverkan med socialtjänst eller andra instanser är nödvändig, bör dock remiss till specialiserad beroendevård skrivas och patienterna motiveras till att fullfölja vården där.

Läkemedel

I Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderas fyra läkemedel vid alkoholberoende, disulfiram, naltrexon, nalmefen och akamprosat. Samtliga fyra preparat har en låg kostnad per effekt och är kraftigt underanvända. Naltrexon, nalmefen och akamprosat är alla lättanvända, med få eller inga allvarliga biverkningar, och kan användas även vid

fortsatt alkoholkonsumtion, i syfte att begränsa denna. Disulfiram är mycket effektivt när patienten vill få en alkoholfri period, har färre biverkningar än flertalet läkemedel, men kräver monitorering av leverfunktion.

Alkoholdagbok

En alkoholdagbok, kallas även Alkonacka, kan användas av patienten för att kartlägga och följa sin alkoholkonsumtion och är ett bra redskap för den som önskar ta kontroll över sitt drickande. Man kan anteckna på vanligt papper, i en almanacka eller i sin telefon. En färdig mall och en hel del övrigt stödmaterial finns att hämta på webbplatsen för Alkohol och hälsa Riddargatan 1.

Uppföljning

Uppföljningen ingår som en naturlig del av alla åtgärder. Uppföljning kopplas till aktuellt hälsotillstånd till exempel blodtryck, blodsocker, blodfetter och midjemått. Konsumtionen kan utvärderas kvantitativt med AUDIT-C, alternativt antal standardglas per vecka, med användning av alkoholkalender, eller med blodprover. Kvalitativ utvärdering sker med frågor kring patientensegna tankar och upplevda effekter. Vid insättning av läkemedel ingår utvärdering av dess effekt som en viktig del.

Målet för behandlingen är kontroll över alkoholkonsumtionen, vilket innebär antingen måttlig, kontrollerad konsumtion, eller helnykterhet. Flertalet personer med alkoholproblem önskar i första hand erövra kontroll över konsumtionen. Oftast lyckas de med detta. Men för en del visar sig beroendet vara för starkt. Om de då fått stöd för kontrollerat drickande men inte nått sitt mål är de mer benägna att pröva ett helnykterhetsmål.

Med kontrollerat drickande menas:

- En konsumtion som inte överstiger vedertagna gränser för riskbruk.
- Frånvaro av negativa konsekvenser av alkoholkonsumtion.
- Uppnår egna fastställda mål på ett stadigvarande sätt.

Vid användning av ”halveringsexperimentet” rekommenderas uppföljning fyra veckor efter besöket. Vid behandling av alkoholberoende rekommenderas uppföljning efter 6 månader. Uppföljningen kan innefatta flera besök, telefonuppföljning eller annan typ av uppföljning t via chatt eller videosamtal.

Patienter med särskild risk

För några grupper är alkohol mer riskfyllda än för andra, vilket särskilt ökar behovet av intervention. Detta gäller bland annat följande grupper:

- Äldre.
- Barn och unga under 18 år.
- Vuxna som ska genomgå en operation: se avsnittet ”Alkohol i samband med operation”
- Gravida och ammande.
- Personer med psykisk ohälsa.

Barn och unga

För unga under 18 år definieras all alkoholkonsumtion som riskbruk. En mindre kropp innehåller mindre vätska att späda ut alkoholen med, vilket i kombination med låg tolerans för alkohol gör att unga individer tål mindre mängder och snabbare blir berusade. Den unga hjärnan är inte färdigutvecklad vilket också gör den känsligare för alkoholen [19]. Unga hjärnor skadas därför mer av alkohol än vuxnas.

Gravida och ammande

Det finns ingen säker alkoholkonsumtion under graviditeten, utan även måttliga mängder kan orsaka fosterskador. Gravida bör därför avstå helt från alkohol [2, 20]. Alkoholkonsumtion är aldrig positivt för amningen utan kan istället minska produktionen av bröstmjölk [20]. Även om mängden alkohol som överförs till barnet via bröstmjölk är mycket liten kan negativa effekter inte uteslutas. Säkrast är att undvika alkohol under amningsperioden. Om konsumtion förekommer bör den begränsas till 1 glas vin eller motsvarande 1–2 gånger i veckan, minst två timmar före amning.

Äldre

Äldre personer, som utgör majoriteten av alla patienter i hälso- och sjukvård, är generellt känsligare för alkoholens ruseffekter och skadliga hälsoeffekter [18]. Detta beror bland annat på att de uppnår högre alkoholhalt i blod vid samma mängd alkohol. Därtill har såväl hjärna som andra organ en nedsatt funktion vilket gör att alkoholens skadliga effekt inte kan pareras adekvat. Ett exempel är svagare muskler och skörare skelett, vilket medför större risk för fall och frakturer. Därtill har äldre fler läkemedel än yngre och risken för interaktioner blir därför större. För äldre personer som väljer att dricka alkohol föreslås en gräns på max sju standardglas eller mindre per vecka och inte mer än två standardglas vid ett och samma tillfälle [18].

Personer med psykisk ohälsa

En hög andel av personer med psykisk ohälsa har alkoholproblem. Dels är hög alkoholkonsumtion en riskfaktor för flera psykiska sjukdomar. Dels kan psykisk ohälsa leda till att alkohol används för att dämpa dessa symtom. Ofta uppstår en ond cirkel där oro och ångest leder till hög alkoholkonsumtion, som i sin tur kan försämra den psykiska ohälsan.

När psykiska besvär uppmärksammas bör också alkoholvanorna uppmärksammas. Alkoholkonsumtion bör så långt möjligt undvikas eller nedbringas till ett minimum, dels då alkoholens neurotoxiska effekt kan förvärra sjukdomen, dels då alkohol kan interagera negativt med läkemedelsbehandling.

Kompetens

Enkel rådgivning

Personalen bör:

- Kunna utforska patientens alkoholkonsumtion, samt ge generella råd utifrån diagnos/tillstånd.
- Känna till allmänna rekommendationer och definitionen för riskbruk.
- Ha kunskap om samband mellan alkoholkonsumtion och olika symtom, diagnoser.

- Kunna hänvisa till källor där patienten kan söka mer information.

Rådgivande samtal

Enligt ovan samt ha kompetens om personcentrerad samtalsmetodik som exempelvis motiverande samtal (MI). Som läkare ha kunskap om och kunna erbjuda läkemedelsstöd.

Utbildning:

- Studiematerialet Alkohol: en fråga för oss i vården, Stefan Wåhlin.
- Halvdagsutbildning om alkohol (se aktuell information på regionernas hemsidor).
- Utbildning i Motiverande samtal.

Kvalificerat rådgivande samtal

Utbildning:

- MET-utbildning (utöver grundutbildning behövs även fortlöpande handledning och fortbildning).
- Utbildning i 15-metoden www.riddargatan1.se/utbildning).

Dokumentation

För strukturerad dokumentation bör specifika sökord och journalmallar för alkohol användas, anpassade till respektive journalsystem. En gemensam dokumentation av levnadsvanor i journalens patientöversikt är att föredra.

För att möjliggöra uppföljning av genomförd åtgärd bör dokumentation ske standardiserat med specifika KVÅ-koder) för definierade åtgärder. Följande koder skall användas i journalföring av åtgärderna.

KVÅ-kod	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal
Riskbruk alkohol	DV121	DV122	DV123

Vid behov registreras diagnoskoder (ICD-10-SE):

- Z72.1 Alkoholbruk
- F10.1 Skadligt bruk av alkohol
- F10.2 Alkoholberoende

Kompletterande diagnos- och KVÅ-koder kan förekomma regionalt, exempelvis uppföljning FaR eller webbaserad intervention.

Verktyg och stöd för patienter och personal

- 1177 Vårdguiden Så kan du ändra dina alkoholvanor. Förutom information finns här till exempel validerade, digitala verktyg där man kan testa och få råd kring sina alkoholvanor, t

ex Alkoholtest. https://www.1177.se/Stockholm/Tema/Halsa/Alkohol-och-tobak/Drick-sundare/

- 1177 Vårdguiden Liv och hälsa. Information till invånarna om hur levnadsvanor påverkar hälsan. https://www.1177.se/Stockholm/liv--halsa/
- 1177 Vårdguiden Livsstil och hälsa under graviditeten. Information till invånarna om hur levnadsvanor påverkar under graviditet. https://www.1177.se/Stockholm/barn--gravid/graviditet/livsstil-och-halsa-under-graviditeten/
- Vårdgivarguiden Riskbruk av alkohol. Information till vårdgivare om arbetet med stöd till att förändra alkoholvanor hos patienter. https://www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/halsoframjande-arbete/levnadsvanor/Riskbruk-av-alkohol/
- Vårdgivarguiden Hälsosamma levnadsvanor. Här kan vårdgivare läsa mer om alla fyra levnadsvanor, hitta aktuella utbildningar och ladda ner material. https://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/halsoframjande-arbete/levnadsvanor/
- Vårdgivarguiden Rök- och alkoholfri operation. Information till vårdgivare om arbetet med rökfri och alkoholfri inför och efter operation liksom den nedladdningsbara patientinformationen. https://www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/halsoframjande-arbete/levnadsvanor/rok--och-alkoholuppehall-isamband-med-operation/
- Viss.nu. Viss är ett behandlingsstöd för primärvården i Region Stockholm. Under avsnitt Hälsofrämjande arbete beskrivs handläggning av ohälsosamma levnadsvanor. http://www.viss.nu/Handlaggning/Menyer/Halsoframjande-arbete/
- Alkohollinjen 020 – 84 44 48. En kostnadsfri stödlinje för alla som har funderingar kring sina alkoholvanor. Samtalet är ett kvalificerat rådgivande samtal. Möjlighet till tolktjänst finns. På deras webb-sida finns information för såväl personal som patient och invånare. www.alkoholinjen.se
- Alkoholhjälpen. Webbsida med webbaserad rådgivning och självhjälpsmaterial för personer som funderar på sina egna alkoholvanor eller som är orolig för någon annans drickande. Här finns fakta, tips och ett populärt diskussionsforum. www.alkoholhjalpen.se
- Riddargatan 1 - mottagningen för alkohol och hälsa. Behandlingsverksamhet inriktad på dem som har alkoholproblem, men som beroendevården hittills har haft svårt att nå. Utbildning och stödmaterial till personal. http://riddargatan1.se/
- Broschyrställ med patientinformation. Broschyrställ med enkel information till vuxna som vill förbättra sina levnadsvanor. Det levereras komplett med foldrarna Goda levnadsvanor gör skillnad, Bra mat och rörelse samt kontakt kort till Sluta-Röka-linjen och Alkohollinjen. https://www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/halsoframjande-arbete/material-om-halsosamma-levnadsvanor/
- Goda levnadsvanor gör skillnad. Folder med egentest av levnadsvanor samt tips och råd om att komma igång med fysisk aktivitet, äta hälsosammare, sluta röka och minska intag av alkohol. https://www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/halsoframjandearbete/ material-om-halsosamma-levnadsvanor/halsosamma-levnadsvanor/
- Regionalt vårdprogram – Ohälsosamma levnadsvanor, prevention och behandling. Region Stockholm - Gotland

- Värt att veta om alkohol och din hälsa. Broschyr med patientinformation framtagen av Region Stockholm. Ladda ner på Janusinfo https://janusinfo.se/informationsmaterial.4.72866553160e98a7ddf1de3.html
- Samtal om hälsa. Häfte med enkla tips om hur du som vårdpersonal kan inleda ett samtal om levnadsvanor och hur du använder motiverande strategier. https://www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/halsoframjande-arbete/materialomhalsosamma-levnadsvanor/
- Hälsosamma levnadsvanor för dig som har eller har haft cancer. Patientinformation om hur levnadsvanor kan påverka under och efter cancerbehandling samt råd kring hur ohälsosamma levnadsvanor kan förändras. https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjandeomvardnad/ halsosamma-levnadsvanor-for-dig-som-har-eller-har-haft-cancer/Hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer - ett kunskapsunderlag för teamet. Syftet med denna broschyr är att ge ett kunskapsunderlag till alla i teamet runt personer som diagnosticerats med cancer. https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/halsoframjande-levnadsvanor-vidcancer/
- Läs mer. Socialstyrelsen Stöd för samtal om alkohol. https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationellariktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-alkohol/
- Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård http://www.hfsnatverket.se/

Referenser

1. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018 Sep 22;392(10152):1015-1035
2. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2018. Hämtad från https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
3. Allebeck P, Agardh E. Den globala sjukdomsbördan har både minskat och ökat. Uppdateringen av det globala sjukdomsbördeprojektet är nu klar. Läkartidningen. 2017;114:ED34.
4. Quan Qiu Wang, David C Kaelber, Rong Xu, Nora D Volkow. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. Mol Psychiatry2021 Jan;26(1):30-39)
5. Ramstedt M (red). Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? Resultat från en systematisk litteraturöversikt. CAN rapport 185, 2019).
6. Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018. Rapport 2018:1.
7. RARHA- Reducing alcohol related harm Policy brief October 2016. Tillgänglig via:
8. J. Rehm and M. Roerecke. Reduction of Drinking in Problem Drinkers and All-Cause Mortality. Alcohol and Alcoholism Vol. 48, No. 4, pp. 509–513, 2013
9. P F Manicone 1 , C Tarli, A Mirijello, L Raffaelli, G A Vassallo, M Antonelli, M M Rando, C Mosoni, A Cossari, L Lavorgna, F Caputo, A D'Addona, A Gasbarrini, G Addolorato. Dental

health in patients affected by alcohol use disorders: a cross-sectional study. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2017 Nov;21(22):5021-5027

10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2018.
11. Zarnie Khadjesari, Ian R. White, Jim McCambridge, Louise Marston, Paul Wallace, Christine Godfrey, and Elizabeth Murray. Validation of the AUDIT-C in adults seeking help with their drinking online. Addict Sci Clin Pract. 2017; 12: 2. doi: 10.1186/s13722-016-0066-5
12. Wåhlin S. Alkohol-en fråga för oss i vården. 2: a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2015.
13. Andréasson, Sven; Danielsson, Anna-Karin; Hallgren, Mats. Severity of alcohol dependence in the Swedish adult population: association with consumption and social factors. Alcohol 2013; 47:21-5
14. Sven Wåhlin, Sven Andréasson. Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat - 15-metoden – en strukturerad behandling anpassad efter patientens behov. Läkartidningen 2015; 112: 1596-1599
15. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019.
16. Wallhed Finn S, Andréasson S, Hammarberg A. Treatment of Alcohol Dependence in Primary Care Compared with Outpatient Specialist Treatment: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, With Trajectories of Change. J Stud Alcohol Drugs. 2020 May;81(3):300-310.
17. Wallhed Finn S, Hammarberg A, Andreasson S, Jirwe M. Treating alcohol use disorders in primary care - a qualitative evaluation of a new innovation: the 15-method. Scand J Prim Health Care. 2021 Feb 15:1-9. doi: 10.1080/02813432.2021.1882079. Online ahead of print.
18. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, et al. Alkohol och äldre. Alkoholen och samhället. Svenska Läkarsällskapet, svensk sjuksköterskaförening, Centrum för forskning och utbildning kring missbruk, missbruk och beroende, Stiftelsen ansvar för framtiden & IOGT-NTO. Stockholm 2019.
19. Katrin Skala, Henriette Walter. Adolescence and Alcohol: a review of the literature. Neuropsychiatry 2013;27(4):202-11
20. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, HolderH, Naimi T, Stockwell T (2020) Alkohol, graviditet och spädbarns hälsa- ett gemensamt ansvar. Alkoholen och samhället 2020, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk förening för allmänmedicin, Stiftelsen ansvar för framtiden, Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende & IOGT-NTO. Stockholm 2020.

Fysisk aktivitet

Bakgrund

Hälsovinster med att öka den fysiska aktiviteten

Regelbunden fysisk aktivitet har bevisad effekt att kunna förebygga eller förbättra många sjukdomstillstånd. Högre dos fysisk aktivitet ger generellt större hälsoeffekt. Fysisk aktivitet i vardagen gör en stor skillnad för hälsan. Biologiska effekter av fysisk aktivitet finns att läsa nedan samt i FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) [1] och i YFAs allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande 2021 [2] som baseras på WHOs rekommendationer 2020 [3]. Delar av FYSS finns tillgänglig på webbplats Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.

Barn och unga

Läs mer i kapitel Barn och unga.

Vuxna och äldre

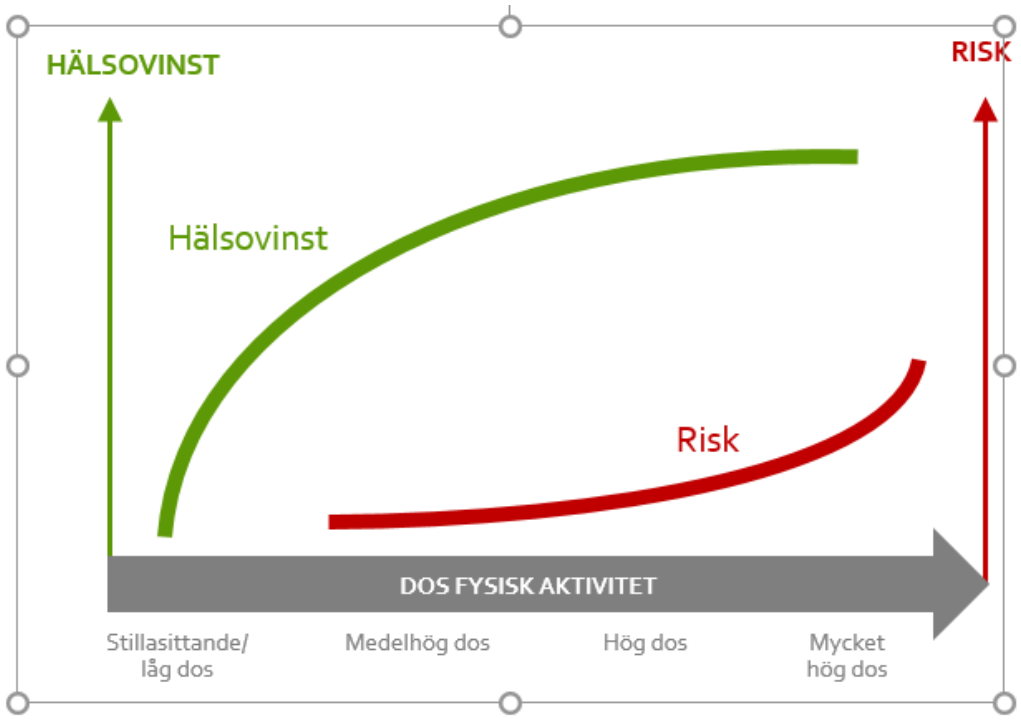
Fysisk aktivitet ger omedelbara effekter. Ett enstaka pass av fysisk aktivitet på minst måttlig intensitet ger omedelbara effekter som sänkt blodtryck och blodsocker, minskad oro, samt förbättrad sömn och kognitiv funktion [3].

Regelbunden fysisk aktivitet

- förbättrar sömn, hälsorelaterad livskvalitet samt minskar oro och nedstämdhet,
- förbättrar kognitiv funktion, framförallt för individer 50 år och äldre,
- förbättrar kondition och styrka som bland annat ökar förmågan att klara av vardagsaktiviteter,
- hos äldre över 65 år bidrar till bibehållande av muskelmassa och minskad risk för fall och fallrelaterade skador,
- minskar risk för förhöjt blodtryck, stroke, hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt/fetma, demens, depression, åtta former av cancer och förtida död. [3]

Största hälsovinsterna på befolkningsnivå nås om de minst aktiva blir måttligt aktiva.

Vinsterna med ökad fysisk aktivitet överväger eventuella risker. Fysisk aktivitet på låg eller måttlig intensitet är förenad med låg risk för skada.



Figuren beskriver dos-respons-sambandet mellan fysisk aktivitet, hälsa och risker för muskuloskeletala skador eller kardiovaskulära komplikationer [4]. Den som rör sig lite har mest att vinna på att bli mer fysiskt aktiv och risken att påverkas negativt av rörelse anpassad till personens status och situation är mycket låg. Bild: Maria Hagströmer.

Hälsorisker med stillasittande

Stillasittande

- kan öka risken för hjärt-, kärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt/fetma, tre former av cancer och förtida död [2],
- är en riskfaktor framförallt för de som sitter stilla många timmar och samtidigt är otillräckligt fysiskt aktiva och rör sig lite. Särskilt att beakta är möjlighet till regelbundna rörelsepauser för personer med fysisk funktionsnedsättning.

Miljömässigt, ekonomiskt och socialt hållbara fysiska aktivitetsvanor

Våra fysiska aktivitetsvanor påverkar vår globala miljö, läs mer i avsnitt Miljö och klimat och Agenda 2030. I grupper med lägre socioekonomisk position är det vanligare med otillräcklig fysisk aktivitet, läs mer i kapitel Epidemiologi.

Definitioner

Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver den i vila. Fysisk aktivitet kan utföras i hemmet, på arbetet, under transport, på fritiden eller som organiserad träning eller idrott.

Pulshöjande (aerob) fysisk aktivitet på **måttlig intensitet** ger en märkbar ökning av puls och andning, medan **hög intensitet** ger en markant ökning av puls och andning

Muskelstärkande fysisk aktivitet avser att öka styrka, muskulär uthållighet eller muskelmassa.

Multikomponent fysisk aktivitet innebär pass som kombinerar olika typer av träning, vanligen balans- och styrketräning samt funktionell träning.

Stillasittande definieras som sittande eller liggande aktiviteter i vaket tillstånd som inte nämnvärt ökar energiförbrukningen utöver den i vila.

Vardagsaktivitet innefattar exempelvis hushållsarbete, ta trappen istället för hissen, leka med barnen, aktiv transport till och från bussen e.t.c.

Vardagsmotion, är en pulshöjande aktivitet som vanligtvis inte kräver ombyte till träningskläder.

Fysisk träning avser den del av fysisk aktivitet som är planerad, strukturerad och återkommande och har som syfte att bibehålla eller förbättra en viss fysisk funktion. Innebär ofta konditions- och/eller styrketräning, ombytt till träningskläder.

Otillräcklig fysisk aktivitet för vuxna definieras som mindre än den rekommenderade dosen om fysisk aktivitet för hälsovinster, det vill säga mindre än 150 totala aktivitetsminuter per vecka, se Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet nedan.

Enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Läs mer i kapitel Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav.

Allmänna råd om fysisk aktivitet

FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för vuxna 18-65 år [2]:

- Rör dig mer och sitt mindre. Den som är fysiskt aktiv mår bättre, sover bättre och fungerar bättre. All rörelse räknas.
- Alla vuxna bör vara regelbundet fysisk aktiva och begränsa stillasittandet. All pulshöjande fysisk aktivitet kan ge hälsovinster. Lite är bättre än inget och mer är bättre än lite.
- För betydande hälsovinster bör vuxna utföra pulshöjande fysisk aktivitet 150 till 300 minuter i veckan på måttlig intensitet, eller 75 till 150 minuter i veckan på hög intensitet. Aktivitet på måttlig eller hög intensitet kan kombineras. Aktiviteten bör spridas över veckan.
- För ytterligare hälsovinster bör vuxna dessutom utföra muskelstärkande fysisk aktivitet som involverar kroppens stora muskelgrupper minst 2 gånger i veckan.
- För att motverka hälsorisker bör vuxna begränsa stillasittandet. Tid i stillasittande bör bytas ut mot fysisk aktivitet, som kan vara på låg men än hellre på måttlig eller hög intensitet. De som inte kan begränsa stillasittandet bör sträva efter den övre nivån för rekommenderad pulshöjande fysisk aktivitet för att motverka hälsoriskerna med stillasittande.
- Individer som inte kan nå upp till rekommendationerna ovan på grund av till exempel kronisk sjukdom eller funktionshinder, bör vara så aktiva som tillståndet medger. För diagnosspecifika rekommendationer om fysisk aktivitet se FYSS (www.fyss.se).
- Personer med funktionsnedsättning eller personer med sjukdomar eller skador kan behöva behöver individanpassade rekommendationer.
- Vinsterna med fysisk aktivitet överväger riskerna. Fysisk aktivitet på låg och måttlig intensitet är förenad med mycket låga risker. Gradvis ökning av tid och eller intensitet minskar riskerna.

Gravida och postpartum

Fysisk aktivitet under graviditet kan vara ett bra sätt att förbereda kroppen inför själva förlossningen (3) och är oftast ofarlig för den gravida kvinnan och fostret, men aktiviteter med risk för fall, slag mot magen eller risk för fosterskada bör undvikas. Vid elitidrott bör den gravida rådgöra med sin läkare om eventuella restriktioner på grund av graviditeten. [5]

FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande under och efter graviditet [5]:

- Alla gravida bör vara regelbundet fysiskt aktiva och begränsa stillasittandet under och efter graviditet. Lite är bättre än inget och mer är bättre än lite. All rörelse räknas.
- För betydande hälsovinster bör kvinnor under och efter graviditet utföra pulshöjande fysisk aktivitet minst 150 minuter i veckan på måttlig intensitet. Aktiviteten bör spridas över veckan.
- Kvinnor som varit regelbundet fysiskt aktiva på hög intensitet kan fortsätta med det under graviditeten, men kan behöva anpassa aktiviteten i takt med att graviditeten fortlöper. För pulshöjande fysisk aktivitet på hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter i veckan. För ytterligare hälsovinster bör kvinnor under och efter graviditet dessutom utföra muskelstärkande fysisk aktivitet som involverar stora muskelgrupper minst två gånger i veckan.
- För att förebygga och behandla urinläckage bör styrketräning av bäckenbottenträning utföras varje dag både under och efter graviditet.
- Efter förlossning rekommenderas en gradvis ökning av tid och eller intensitet samt att avvakta med fysisk aktivitet på hög intensitet till efterkontrollen.

Barn

Läs mer i kapitel Barn och unga.

Äldre från 65 år

Rekommendationerna om fysisk aktivitet är i grunden densamma som för vuxna men med tillägg av några specifika rekommendationer [6].

- För att bevara fysisk funktion och förebygga fall och fallrelaterade skador bör varierad multikomponent fysisk aktivitet ingå som en del av den fysiska aktiviteten för alla äldre minst 2 gånger i veckan.
- Äldre personer som inte kan nå upp till rekommendationerna bör vara så aktiva som deras tillstånd medger. Aktiviteter såsom vardagssysslor och långsam promenad, kan vara tillräckligt ansträngande för att ge betydelsefulla hälsovinster för äldre. För sköra äldre kan det vara värdefullt att bryta långvarigt stillasittande genom uppresning till stående.
- Vinsterna med fysisk aktivitet överväger riskerna. Fysisk aktivitet på låg till måttlig intensitet är förenad med mycket låga risker bland friska äldre. För äldre med nedsatt balans eller fysisk funktion måste fallriskbedömning göras. Gradvis ökning av tid eller intensitet minskar riskerna.

Uppmärksamma

All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt bör i mötet med patienten kunna uppmärksamma otillräcklig fysisk aktivitet, ge enkla råd och vid behov hänvisa vidare för utökat stöd i vårdkedjans alla delar när det är kliniskt relevant. Det är också viktigt att bekräfta en redan fysiskt aktiv patient och uppmuntra till fortsatt fysisk aktivitet. Detta kan ske vid exempelvis rutinbesök på MVC, BVC eller vid hälsosamtal, vid symtom eller sjukdomar som kan vara orsakade av otillräcklig fysisk aktivitet och/eller där fysisk aktivitet kan påverka sjukdomsförloppet och tillfrisknandet. Identifiering av otillräcklig fysisk aktivitet kan ske via samtal med öppna frågor gärna baserade utifrån besvarade formulär, se exempel nedan. För personer med särskilda behov kan stöd i form av bilder eller annat användas i samtalet.

Samtalet

Utforska personens vanor gällande fysisk aktivitet genom samtal och frågor som exempelvis:

1. Vad känner du till om hur fysisk aktivitet påverkar din hälsa?
2. Är det okej att vi pratar en stund om din fysiska aktivitet?
3. Har du funderat på att förändra dina vanor gällande fysisk aktivitet?
4. Hur fysiskt aktiv är du en vanlig vecka?
5. Hur många timmar per dag sitter du stilla?

Frågeformulär och skattningsskalor

För att uppmärksamma otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna finns det validerade frågor framtagna av Socialstyrelsen, se tabell [7]. Frågorna om fysisk aktivitet på måttlig och hög nivå översätts till aktivitetsminuter. GIH har tagit fram frågor om stillasittande, se tabell [8]. Variant på fråga om Fysisk aktivitet med öppna svarsalternativ, ange antal minuter, presenterade Socialstyrelsen 2011 [7]. Andra frågeformulär eller skalor för skattning av exempelvis motivation eller smärta, kan också vara stöd för bedömning. Exempel på skattningsskala är exempelvis VAS (Visuell analog skala), läs mer på webbsidan www.vardhandboken.se. För att besvara frågor kan bildstöd eller förklaring av begreppen erbjudas vid behov, läs mer på webbsidan www.kognitivtstöd.se/2019/07/08/gratis-bildstod/.

1. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–59 minuter (0,5–1 timme)
- 60–89 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar)

2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–59 minuter (0,5–1 timmar)
- 60–89 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar)

Tabell för frågor för att bedöma och utvärdera fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens indikatorfrågor 2011 [7].

Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?

- Så gott som hela dagen
- 13–15 timmar
- 10–12 timmar
- 7–9 timmar
- 4–6 timmar
- 1–3 timmar
- Aldrig

Tabell för frågor för att bedöma stillasittande. Forskargruppen för fysisk aktivitet och hälsa, GIH utvärderad 2014 [8].

Sammanräkning av totala aktivitetsminuter

Lägg ihop antalet minuter vardagsmotion och fysisk träning, men låt tiden för fysisk träning räknas dubbelt. Eftersom frågan innehåller kategorisvar tas medelvärdet av respektive kategori.

Vardagsmotion *antal minuter/vecka*	Medelvärde *antal minuter/vecka*	**Fysisk träning** *antal minuter/vecka*	*Medelvärde antal minuter/vecka*
O minuter/ingen tid	**0**	0 minuter/ingen tid	**0**
Mindre än 30 minuter	**15**	Mindre än 30 minuter	15 x 2 = **30**
30–59 minuter	**45**	30–59 minuter	45 x 2 = **90**
60–89 minuter	**75**	60–89 minuter	75 x 2 = **150**
90–149 minuter	**120**	90–120 minuter	105 x 2 = **210**
150–300 minuter	**225**	Mer än 120 minuter	**240**
Mer än 300 minuter	**300**		

Tabell för lathund för sammanräkning av aktivitetsminuter.

Bedömning av fysisk aktivitet utifrån aktivitetsminuter (sammanlagd summa)
<150 aktivitetsminuter/vecka: Otillräcklig fysisk aktivitet*
≥ 150 aktivitetsminuter/vecka: Tillräcklig fysisk aktivitet*

* Vid bedömning av riskbeteende utgå från resultat av bedömningsinstrument, patientens hälso- och sjukdomstillstånd och samtal med patienten. För enskilda sjukdomstillstånd finns specifika rekommendationer, se FYSS [9].

För stöd vid bedömning av aktivitetsminuter finns en kodnyckel.

Bedömning av fråga om stillasittande Inga gränsvärden kan ännu anges vid bedömning utifrån frågor om stillasittande, varken gällande total tid stillasittande/dag, hur ofta eller hur länge rörelsepauserna bör vara. Det finns ett samband mellan tid i stillasittande, fysisk aktivitetsnivå och risk för död. Störst hälsoeffekt av att minska tid i stillasittande har de med låg fysisk aktivitetsnivå [10]. För personer som sitter mycket kan höga nivåer av fysisk aktivitet med måttlig intensitet> 30 min/dag minska hälsoriskerna [9, 11]. Frågan kan vara ett stöd i kliniken för att fånga vilka som sitter lite eller sitter mer och ger ofta en hint om en persons totala aktivitetsnivå.

Objektiva mått

Olika metoder kan vara till hjälp för att uppmärksamma fysisk aktivitet:

- För mätning av fysisk aktivitet - Aktivitetsmätare till exempel stegräknare, rörelsemätare eller positionsmätare.
- För mätning av funktion och kapacitet - Funktionstester till exempl 6-minuters gångtest, Åstrands 6-minuters ergometercykeltest, Ekblom-Bak cykeltest.
- Även fysiologiska mätvärden kan vara till stöd, exempelvis mätning av puls, blodtryck, blodsockervärden, midjemått eller utvärdering av mängd analgetika. Mer finns att läsa webbplatsen för Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling (FYSS)

En samlad bedömning av frågesvaren och i förekommande fall objektiva värden eller funktionstester används som utgångsläge i samtalet om fysisk aktivitet med den aktuella patienten. Om patienten själv skattat sin fysiska aktivitet är det viktigt att självskattningen följs upp och diskuteras innan den journalförs för att få en så korrekt beräkning av aktivitetsminuter som möjligt.

Väg in patientens hälso- och sjukdomstillstånd och patientsamtalet i den sammantagna bedömningen. Ta hänsyn till om patienten ska vara fysiskt aktiv i sjukdomsförebyggande eller sjukdomsbehandlande syfte. Vid vissa sjukdomstillstånd är de allmänna råden inte förenliga med de sjukdomsanpassade råden. Hänvisning eller remittering till personal med kunskap om fysisk aktivitet vid det specifika sjukdomstillståndet kan då vara aktuellt.

Åtgärd

Rekommendation om åtgärd vid otillräcklig fysisk aktivitet

Målgrupp	Rekommendationer	Prioritet
Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva	Rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysiska aktivitet och/eller aktivitetsmätare. Webbaserad intervention Kvalificerat rådgivande samtal	2 3 5
Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva	Rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination* av fysiska aktivitet och/eller aktivitetsmätare. Kvalificerat rådgivande samtal	3 6
Gravida som är otillräcklig fysiskt aktiva och har ohälsosamma matvanor	Kvalificerat rådgivande samtal	2
Barn och unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva	Rådgivande samtal	3
Barn och unga 2–12 år som är otillräcklig fysiskt aktiva eller har ohälsosamma matvanor	Familjestödsprogram	5
Unga under 18 år som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva	Familjestödsprogram	7

*En typ av skriftlig ordination är Fysisk aktivitet på Recept, FaR.

Vid tillräcklig fysisk aktivitet: Bekräfta att patienten har hälsosamma aktivitetsvanor och uppmuntra denne att fortsätta med dessa vanor.

Vid otillräcklig fysisk aktivitet: Erbjud råd och stöd, se tabell ovan. Vid vissa sjukdomar kan konsultation behövas för fördjupad bedömning och rådgivning. Vid fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning är det extra viktigt att definiera möjligheter och hinder för att utöva aktiviteterna så att patienten får bästa möjliga förutsättningar utifrån sin förmåga att vara fysiskt aktiv [12]. Det är betydligt vanligare bland personer med funktionsnedsättning än bland övriga att önska stöd att ändra sina levnadsvanor jämfört med övrig befolkning [13].

Enkla råd

Ingår i bedömningssamtalet och bör ses som en grund för fortsatt behandling. Ge kort standardiserad information om fysisk aktivitet utifrån patientens aktuella hälsoläge. Skriftligt material eller hänvisning till webbaserad information kan med fördel tilläggas. Behövs bedömning och stöd till förändring

hänvisas patienten vidare.

Rådgivande samtal med eller utan tillägg

Utforska patientens fysiska aktivitet utifrån träning, vardagsmotion och stillasittande. Utforska även vad patienten känner till om fysisk aktivitet kopplat till hens hälsotillstånd. Råd ges utifrån patientens kunskap om fördelar med fysisk aktivitet och minskat stillasittande samt motivation till förändring. Läs mer i kapitel Personcentrerat förhållningssätt. Rådet ska kopplas till det medicinska tillståndet. Bilden nedan kan användas i samtal med patient, för att se möjligheter och för att planera ökad fysisk aktivitet utifrån olika situationer. Rådgivningen kan kompletteras med Fysisk aktivitet på Recept (FaR) eller aktivitetsmätare.



Exempel på fysisk aktivitet i olika situationer. Bild modifierad från materialet Stark inför ryggkirurgi - stark för livet, Fysioterapeuterna [14].

Fysisk aktivitet på Recept (FaR)

Metoden Fysisk aktivitet på Recept (FaR) är en evidensbaserad medicinsk behandling som består av fem delar där personcentrerat rådgivande samtal, skriftlig ordination på fysisk aktivitet samt uppföljning utgör kärnan i behandlingen. Som stöd kan FYSS användas och hänvisning till friskvårdsaktörer ske. FaR ska följas upp gällande fysisk aktivitetsnivå och hälsoutfall. För att förstärka beteendeförändringen följs ordinationen upp av vårdgivaren enligt överenskommelse med patienten.

Receptet ordineras till personer som ur hälsosynpunkt behöver förändra sin fysiska aktivitet. FaR kan användas både i behandlande och förebyggande syfte och kan ordineras både som komplement till eller ersättning för läkemedel eller annan behandling. Dosering av fysisk aktivitet görs utifrån hälsotillstånd, diagnos, funktionsnivå och förutsättningar. Ordinationen sker i dialog med patienten utifrån evidens och med stöd av FYSS, exempel på FaR-blanketter finns som bilaga till vårdprogrammet. All legitimerad sjukvårdspersonal med kunskap om metoden och effekt av fysisk aktivitet kan ordinera FaR.

Den fysiska aktiviteten kan utföras som egenaktivitet, hos en friskvårdsaktör eller förening. Som stöd för att hitta en aktivitet som kan vara lämplig för personen finns ofta sammanställda listor med lokala aktiviteter. Eventuella träningsavgifter står patienten själv för [15].

Aktivitetsmätare

Aktivitetsmätare eller stegräknare kan användas för att mäta hur mycket en person rör sig under en dag, vecka eller period. Det finns olika aktivitetsmätare på marknaden, exempelvis app i mobiltelefon, aktivitetsklockor och specifika stegräknare. De kan med fördel användas tillsammans med en aktivitetsdagbok. Att patienten ges möjlighet att själv följa sin aktivitetsutveckling kan öka motivationen då direkt återkoppling till individen är möjlig [16].

Kvalificerat rådgivande samtal

För personer som behöver utökat stöd för att öka sin fysiska aktivitet kan kvalificerat rådgivande samtal användas. Detta kan ske exempelvis inom mödravården, FaR-mottagning, habiliteringen eller psykiatrin. Kvalificerat rådgivande samtal då patienten behöver extra stöd till förändring vid exempelvis psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning eller graviditet. Läs mer under kapitel Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav.

Webbaserad intervention

Webbaserad intervention för att stödja en beteendeförändring relaterad till fysisk aktivitet innebär en personcentrerad åtgärd via internet där interaktionen skräddarsys för den specifika individen. Åtgärden kan innehålla lärandemoduler om livsstil, beteendeförändring och egenvård, där självmonitorering och att sätta upp mål för sin förändring är centrala inslag. Åtgärden kan också kompletteras med behandlarstöd och chatforum med andra deltagare [17,18]. Webbaserad intervention är än så länge rätt outforskat. Regionalt finns olika behandlingsplattformar, exempelvis fysisk aktivitet via 1177 vårdguiden.

Uppföljning

Uppföljning bör erbjudas utifrån patientens behov av justering av aktivitet, motivationsstöd och för att utvärdera effekten av åtgärderna. Vid FaR ingår även fråga om följsamheten av ordinationen.

I utvärderingen bör aktuell nivå av fysisk aktivitet bedömas på samma sätt som den gjordes initialt. Har objektiv mätning gjorts vid bedömning kan dessa upprepas vid uppföljning. Har skalor använts, till exempel VAS för smärta, motivation eller självtillit, så utvärderas dessa resultat.
Om FaR ordinerats ska följsamheten till ordinationen efterfrågas och vid behov förnyas receptet.
Utvärderingen dokumenteras i journalen.

Patienter med särskild risk

Förklaring till begreppet vuxen med särskild risk finns att läsa i kapitel Bakgrund. Enligt Socialstyrelsen bör vuxna med särskild risk erbjudas rådgivande samtal som kan kompletteras med tillägg av skriftlig ordination av FaR och/eller aktivitetsmätare. Det kan även finnas behov av kvalificerat rådgivande samtal. Remiss till fysioterapeut/sjukgymnast kan vara aktuellt för att få specifikt stöd med ordinationen, exempelvis vid hänsynstagande till ett flertal diagnoser eller funktionsvariationer. För personer med funktionsnedsättning där genomförande av fysisk aktivitet är beroende av någon, till exempel aktivitetsledare, personlig assistent eller vårdpersonal, måste den personen involveras i planering av aktiviteten för att kunna erbjuda fysiskt, socialt, kognitivt eller praktiskt stöd. Personer med psykisk sjukdom kan behöva särskilda insatser för att motivera till fysisk aktivitet då deras sjukdom ofta påverkar den egna drivkraften eller försvårar deltagande av sociala skäl [12].

Gravida och postpartum

Regelbunden fysisk aktivitet **under graviditet** kan:

- Minska risk för havandeskapsförgiftning, högt blodtryck, överdriven viktuppgång, depression, samt minska nedstämdhet och oro.
- Förebygga och behandla graviditetsdiabetes.

Regelbunden fysisk aktivitet **efter graviditet** kan

- minska risken för depression och minska ångestsymtom.

Alla gravida bör vara regelbundet fysiskt aktiva och begränsa stillasittandet under och efter graviditet. All pulshöjande fysisk aktivitet kan ge hälsovinster. Gravida kvinnor som ägnar sig åt idrotter med stor risk för fall, exempelvis utförsåkning, skridskoåkning, ishockey, redskapsgymnastik eller ridning, bör uppmärksammas om försämrad balans samt risken för fosterskada vid ett eventuellt fall. [5, 19]

Läs mer under rubriken Allmänna rekommendationer om Fysisk aktivitet.

Barn och unga

Den fysiska aktivitet som utförs under barn- och ungdomsåren bygger upp skelettet och påverkar skeletthälsan senare i livet. [1] Fysisk aktivitet ger fysiska och mentala hälsovinster hos barn och ungdomar. Konditionsträning har även visat sig förbättra skolprestationen. Barn och ungdomars hälsa tycks kunna påverkas negativt av långvarigt stillasittande [20]. Läs mer i kapitel Barn och unga.

Äldre

Äldre personer har god effekt av fysisk aktivitet och det är aldrig för sent att börja träna. Fysisk aktivitet kan förebygga många åldersrelaterade sjukdomar, men också spela en avgörande roll som behandling. Fysisk aktivitet kan leda till bevarad funktion och förebygga fall hos äldre personer såväl]med som utan sjukdom [21). Äldre personer utgör en heterogen grupp och den fysiska aktiviteten måste anpassas till den enskildes funktionsnivå och behov.

Det verkar som om de positiva effekterna av träning avtar fortare hos äldre än hos yngre. För träning vars mål är att upprätthålla funktion i vardagen är det därför extra viktigt att träna regelbundet. Träningen kan också ge möjlighet till social samvaro och minska ensamhet [21]. På många orter finns anpassade träningsgrupper riktade till äldre, till exempel friskvårdsföreningar, patient- eller pensionärsföreningar.

Inför operation

Att vara i så god fysisk form som möjligt är viktigt för att lättare klara av såväl operation som återhämtning och rehabilitering. Tidig postoperativ fysisk aktivitet kan undvika komplikationer och minska rörelserädsla. En fysioterapeut kan hjälpa till med att lägga upp individuellt anpassad träning och stödja genom hela rehabiliteringsprocessen [22]. Läs mer under rubriken Levnadsvanor inför operation.

Kompetens

Personal som ger råd om fysisk aktivitet bör ha ämneskunskap på den nivå som rådgivningen kräver. Den allmänna rekommendationen för fysisk aktivitet ska användas för att identifiera otillräcklig fysisk aktivitet. Samtalet bör kopplas till patientens medicinska tillstånd.

Vid **enkla råd** om fysisk aktivitet bör personal:

- Ha baskunskap om fysisk aktivitets påverkan på hälsan.
- Utifrån patientens medicinska tillstånd kunna ge korta, standardiserade råd och rekommendationer för fysisk aktivitet. Kan kombineras med skriftlig information.
- Kunna hänvisa till utökat stöd, vanligtvis fysioterapeut.
- Kunna ge relevant information om fysisk aktivitet om aktuell operation föreligger.

Vid **rådgivande samtal** bör personal ha kunskap enligt ovan samt:

- Ha kompetens inom fysisk aktivitet och kunna anpassa råden utifrån patientens hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar.
- Samtala med personcentrerat förhållningssätt utifrån patientens motivationsnivå för fysisk aktivitet.
- Motiverande strategier, till exempel MI.
- Kunna ge råd utifrån patientens aktivitetsnivå.

Vid **rådgivande samtal med tillägg** bör personal ha kunskap enligt ovan samt

- Vid förskrivning av FaR vara legitimerad personal och ha kunskap om FaR-metoden, se under rubriken Verktyg och stöd.

Vid **kvalificerat rådgivande samtal** bör personal ha kunskap enligt ovan samt ha kompetens och kunna tillämpa teoribaserade och strukturerade som motiverande strategier och beteendetekniker.

Dokumentation

Dokumentation sker i för regionen rekommenderad mall för fysisk aktivitet. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras. Dessa data kan sedan användas för uppföljning av ordination, verksamhetsuppföljning och kvalitetsregister.

KVÅ koder:
DV131 Enkla råd om fysisk aktivitet.
DV132 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet.
DV133 Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet.
DV200 Utfärdande av FaR.
AW005 Uppföljning av tidigare utfärdat recept på fysisk aktivitet (FaR).

Diagnoskod ICD-10:
Z72.3 Otillräcklig fysisk aktivitet (brist på träning).

Verktyg och stöd för personal

- Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, HFS: http://www.hfsnatverket.se/sv/fysisk-aktivitet
- Bildbank FaR (utbildningsmaterial): http://www.hfsnatverket.se/sv/fysisk-aktivitet-pa-recept-far
- Frågor för att bedöma motivation: Nationellt kliniskt kunskapsstöd
- Foldern Samtal om hälsa kan användas som ett verktyg i det dagliga patientarbetet vid enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal om levnadsvanor: https://vardgivare.skane.se/patientadministration/patientinformation/broschyr/samtal-om-halsa/
- För regional information till personal om arbetet med stöd till att förändra patienters fysiska aktivitetsvanor, se respektive regions hemsida.
- Stödmaterial från Region Stockholm: https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/fyss-och-far/.
- Andersson E, Brännholm Syrjälä M, Dohrn I-M, Ekblom B, Ekblom Ö. Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden. Lund: Studentlitteratur AB; 2021.

Verktyg och stöd för patient och invånare

- 1177 Vårdguiden Träning och fysisk hälsa: https://www.1177.se/liv--halsa/traning-och-fysisk-halsa/
- 1177 Vårdguiden Liv och hälsa: https://www.1177.se/liv--halsa/
- Sundkurs - Webbvägen till en sundare folkhälsa. En faktabas där patienten själv kan hitta inspiration och kunskap till beteendeförändring och vårdpersonal kan hämta fakta och material till sin rådgivning: http://www.sundkurs.se/
- Patientbroschyrer om fysisk aktivitet vid olika sjukdomstillstånd, bland annat inför operation, till unga vuxna och så vidare finns på Fysioterapeuternas webbplats: https://www.fysioterapeuterna.se/profession/levnadsvanor.
- 1177 Vårdguiden Livsstil och hälsa under graviditeten: https://www.1177.se/barn--gravid/graviditet/livsstil-och-halsa-under-graviditeten/
- 1177 Vårdguiden Att hålla sig i form som senior: https://www.1177.se/Vasterbotten/liv--halsa/traning-och-fysisk-halsa/att-halla-sig-i-form-som-senior/.

Referenslista

1. FYSS-kapitel biologiska effekter. Biologiska_effekter_av_FA_FINAL_2016-12.pdf
2. FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för vuxna (18–64 år). Yrkesföreningar för fysisk aktivetet (Yfa). http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2021/03/rek-vuxna.pdf

3. Bull FC, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med 2020;54:1451–1462. https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/54/24/1451.full.pdf
4. Janson E, Hagströmer M, Andersson S. Fysisk aktivitet – nya vägar och val i rekommendationerna för vuxna. Läkartidningen. 2015;112:DP7W. https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/7W/%5BDP7W%5D/DP7W.pdf
5. FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande under och efter graviditet. Yrkesföreningar för fysisk aktivetet (Yfa). http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2021/03/rek-gravida.pdf
6. FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre (från 65 år). Yrkesföreningar för fysisk aktivetet (Yfa). http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2021/03/rek-aldre.pdf
7. Utdrag ur indikatorbilagan för Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6596.pdf
8. Bästa frågan till patienter om fysisk aktivitet. GIH; 2014. https://www.gih.se/OM-GIH/Press-och-media/Pressmeddelanden/Basta-fragan-om-fysisk-aktivitet-till-patienter/
9. FYSS-kapitel del 2, diagnosspecifik del. http://www.fyss.se/fyss-kapitel/fyss-kapitel-del-2-diagnosspecifik-del/
10. FYSS-kapitel fysisk aktivitet för vuxna. Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Rekommendation_om_FA_for_vuxna_FINAL_2016-12.pdf
11. Ekelund U, et al. Br J Sports Med 2020;54:1499–1506. doi:10.1136/bjsports-2020-103270
12. FYSS 2017. Läkartidningen Förlag
13. Hälsan hos personer med funktionsnedsättning. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/halsan-hos-personer-med-funktionsnedsattning/
14. Stark inför ryggkirurgi – stark för livet Råd om levnadsvanor och fysisk aktivitet för dig som ska genomgå ryggkirurg. Fysioterapeuterna. https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kompetensutveckling/levnadsvanor/ryggkirurgi-a5-broschyrutskrift-v5.pdf
15. FaR – fysisk aktivitet på recept - 1177 Vårdguiden
16. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. JAMA. 2007;298(19):2296-2304.
17. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf
18. Att få stöd, behandling och utbildning på nätet - 1177 Vårdguiden
19. FYSS-kapitel fysisk aktivitet vid graviditet. http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_FA_Graviditet_FINAL_2016-12.pdf
20. Hoare, E, Milton K, Foster C, Allender S. The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic review. Int J of Behavioral Nutrition

and Psysical Activity. 2016:108. https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-016-0432-4
21. FYSS-kapitel fysisk aktivitet för äldre. http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_FA_aldre_FINAL_2016-12.pdf
22. Levnadsvanor. Fysioterapeuterna.

Levnadsvanor inför operation

Patientsäkerheten kan förbättras genom att optimera patientens förutsättningar innan operation. Det finns tydlig evidens för att ohälsosamma levnadsvanor ökar komplikationsrisken i samband med kirurgi. När det gäller operation är ett komplikationsfritt förlopp många gånger helt avgörande för ett lyckosamt resultat. Det som varit mindre känt och mindre utnyttjat för att öka patientsäkerheten är tidsbegränsade interventioner i samband med kirurgi.

Patienter bör tillfrågas om sina levnadsvanor inför operation, informeras om komplikationsrisker och vinster som kan uppnås med att förändra sina levnadsvanor samt erbjudas stöd och behandling. Socialstyrelsen lyfter rök- och alkoholstopp i samband med operation, men även fysisk aktivitet och nutrition kan ha betydelse.

Optimering av levnadsvanor är en naturlig del av förberedelser och handläggning inför operation. I första hand gäller det att identifiera patienter med ökad risk vid operation där det är möjligt att genom en intervention förbättra möjligheten för en komplikationsfri vård. Det är också ett naturligt tillfälle att ta upp hälsosamma levnadsvanors betydelse för god framtida hälsa.

För att implementera arbetet med hälsosamma levnadsvanor i samband med operation behövs samverkan mellan flera olika professioner, rutiner och organisatoriska förutsättningar som underlättar arbetet [6].

Rökning inför operation

Bakgrund

Rökare har väsentligt ökad risk, mer än 50 %, att drabbas av komplikationer i samband med operation [1]. Rökstopp syftar till att optimera patientens förutsättningar och därmed öka patientsäkerheten i samband med operation [2]. Det gäller både stora och små operationer, men den faktiska risken är större vid stora operationer. Största riskökningen gäller sårkomplikationer (fördubblad risk) och lungkomplikationer [1]. Rökfrihet 4–8 veckor före och efter operation har visats eliminera, eller starkt minska, denna risk. Enbart reducerad rökning har ingen påvisad effekt [3].

Nuvarande data talar för att längre tid än 4 veckor är fördelaktigt, särskilt bör detta gälla patienter med andra komplicerande sjukdomar samt vid högriskkirurgi som den definieras inom respektive kirurgisk specialitet. Organisationer som till exempel WHO rekommenderar 4 veckor rökfrihet före och efter operation men konstaterar samtidigt att enligt reviewartiklar är rökstopp längre tid än 4 veckor inom intervallet 4 till 8 veckor förenligt med förbättrade resultat [4].

Inför elektiva operationer ger rökstopp successivt reducerad /normaliserad organpåverkan [5]. Vid akuta operationer utnyttjas omedelbart rökstopp för normalisering av syresättning i vävnad. Notera att nikotin och kolmonoxidhemoglobin har kort halveringstid cirka 2 respektive 5 timmar.

De vanligaste komplikationerna vid rökning [1]:

- Sårkomplikationer
- Lungkomplikationer
- Generella infektioner
- Intensivvård

Förbättrad funktion vid rökstopp [4]:

- Immunförsvar 2–6 veckor
- Sårläkning 3–4 veckor
- Lungfunktion 6–8 veckor

Definitioner

Med rökning avses både sporadiskt och daglig rökning.

Uppmärksamma

Hälso- och sjukvårdspersonal bör i mötet med patient som ska opereras (metodiskt/strukturerat) kunna uppmärksamma rökning. Inför operation bör patienter tillfrågas om de röker, informeras om de ökade komplikationsriskerna vid operation och de goda resultaten av rökstopp. Patienten ska kunna göra ett välinformerat val angående förändringar av sina levnadsvanor.

Detta ska ske på ett personcentrerat sätt, så att det blir relevant för patienten. Man ska kunna ge enkla råd och vid behov hänvisa vidare för utökat stöd. Stöd till förändring av rökvanor bör erbjudas i vårdkedjans alla delar.

Primärvården

- Fråga patienter som ska remitteras för ställningstagande till operation om rökvanor
- Dokumentera rökstatus i patientjournal.
- Initiera stöd och behandling samt registrera KVÅ koder.
- Uppmana patienten att fylla i den digitala hälsodeklarationen (eHD) via 1177 inför sitt besök i specialistvården.
- I remissen till specialistvården bör patientens rökvanor framgå samt vilken behandling som erbjudits och påbörjats.

Specialistvården

- Fråga patienter som ska opereras om rökvanor och eventuellt påbörjad stöd och behandling.
- Initiera stöd och behandling om detta inte har skett tidigare. Remiss skickas till tobaksavvänjare i primärvården, Sluta Röka linjen alternativt till egen enhet om så finns.
- Dokumentera rökstatus i patientjournal, och registrera KVÅ koder.

Vid akuta operationer ansvarar specialistvården för ett absolut rökstopp på operationsdagen och under inneliggande eftervård. Önskar patienten fortsatt stöd till rökstopp går remiss till primärvård eller egen enhet för fortsatt stöd och behandling postoperativt. Vården kan erbjuda nikotinersättningsmedel vid behov.

För screening kan den digitala hälsodeklarationen (eHD) användas. Den digitala hälsodeklarationen fylls i via 1177 inför besöket.

Inför operation bör patienter tillfrågas om rökning, informeras om ökade risker för komplikationer vid operation de goda resultaten av rökstopp och erbjudas kvalificerat rådgivande samtal med stödmedicinering (nikotinersättning NRT och/eller vareniklin) vid behov (5) Vid akuta operationer erbjuds kvalificerat rådgivande samtal efter operationen.

Målgrupp	Rekommendation
Personer som ska genomgå en elektiv operation och som röker (även sporadiskt)	Kvalificerat rådgivande samtal med erbjudande om tillägg med nikotinläkemedel (Prioritet 1) Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin) (Prioritet 2)
Personer som ska genomgå en akut operation och som röker (även sporadiskt)	Omedelbart rökstopp med erbjudande om tillägg av nikotinläkemedel Efter operation: Kvalificerat rådgivande samtal med erbjudande om tillägg med nikotinläkemedel (Prioritet 1) Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin) (Prioritet 2)

Åtgärd

Elektiva operationer

Rökstopp från minst 4 till helst 8 veckor före till minst 4 till helst 8 veckor efter operation normaliserar eller minskar kraftigt komplikationsriskerna.

För nikotinersättningsmedel (NRT) kan det inför vissa operationer där mikrocirkulationen har särskild betydelse, vara befogat att ge rekommendationen att undvika preparatet från och med kvällen före operation, för att minska nikotinets kärlsammandragande effekt och möjliggöra full syresättning i vävnaden.

Akuta operationer

Omedelbart rökstopp vid första patientkontakt fram till 6 veckor efter operationen minskar komplikationsriskerna.

Uppföljning

Uppföljning hos diplomerad tobaksavvänjare bör ske löpande vid tre, sex och tolv månader.

I dagsläget finns ingen heltäckande bild av patienters rökvanor inför operation, uppföljningsmetoder bör utvecklas. Exempel på uppföljningsmetoder som kan utvecklas/användas:

- SPOR - Svenskt Peri-operativt Register: Kvalitetsregister som finns idag som kan användas för uppföljning.
- Digital hälsodeklaration: Elektroniskt frågeformulär som kan användas både för att uppmärksamma och följa upp: 1177, SFAI
- PPM - Punktprevalens mätning: En rutin som kan genomföras av lokala vårdgivare

Förslag på indikatorer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer:

- Indikator V1.8* Rådgivning vid rökning för vuxna som ska genomgå operation.
- Indikator V1.9* Ej längre rökare vid operation.

Personalens kompetens

All hälso- och sjukvårdspersonal med patientkontakt bör kunna uppmärksamma rökning i samband med operation, ge enkla råd och hänvisa vidare vid behov.

Kvalificerat rådgivande samtal genomförs av diplomerad tobaksavvänjare.

Dokumentation

Rökstatus, initierad, planerad, erbjuden eller avslutad stöd och behandling ska dokumenteras i patientjournal och KVÅ koder registreras.

KVÅ-koder som kan användas för uppföljning:

- DV111 - Enkla råd om tobak.
- DV112 - Rådgivande samtal om tobak.
- DV113 - Kvalificerat rådgivande samtal om tobak.
- För närvarande saknas KVÅ-kod för kvalificerat rådgivande samtal i samband med operation.

Verktyg och stöd för patienter och personal

- Regionala patientinformation, 1177.
- Goda levnadsvanor gör skillnad - HFS
- Information till vårdgivare, Region Stockholm Gotland.
- Samtal om hälsa – HFS.
- Svenska Läkaresällskapet.

Referenser

1. Grönkjaer M,Eliasen M,Skov-Ettrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, Becker U, Flensborg-Madsen T. Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and metaanalysis. Ann Surg 2014;259:52-71

2. Stark för kirurgi – stark för livet: Svenska Läkaresällskapet; 2017 [Available from: https://www.sls.se/halsa--sjukvard/levnadsvanor/operation/stark-for-kirurgi--stark-for-livet/
3. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tönnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. Lancet 2002; 359:114-7
4. Yoong SL, Tursan d'Espaignet E, Wiggers J, St Claire S, Mellin-Olsen J, Grady A, Hodder R, Williams C, Fayokun R and Wolfenden L. WHO tobacco knowledge summaries: tobacco and postsurgical outcomes. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Tönnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB et al, Smoking and Alcohol intervention Before surgery: evidence for best practice. Br J Anaesth. 2009,102:297-306
6. Ek A, Ekblom Ö, Ekström M, Börjesson M, Kallings LV. The gap between stated importance of and clinical work in promoting healthy lifestyle habits by healthcare professionals in a Swedish hospital setting: A cross-sectional survey. *Health Soc Care Community*.2021;29:385–394. doi/epdf/10.1111/hsc.13097] at [11/03/2021].

Alkohol inför operation

Bakgrund

Vid riskbruk av alkohol föreligger en klart förhöjd risk att drabbas av komplikationer i samband med operation. Vid en konsumtion över två standardglas per dag ökar komplikationerna med drygt 50% [1, 2]. De ökade komplikationerna tycks gälla alla patienter och vid alla typer av operationer [3, 4]. Några studier har visat att intensivt stöd inför planerade operationer, med nykterhet som mål, till patienter med högkonsumtion reducerar riskerna [3]. Det saknas studier som ger beslutsunderlag avseende alkoholfrihet efter operation, därför baseras rekommendationen på rimlig klinisk praxis.

Även en alkoholkonsumtion under riskbruksnivå kan ge organeffekter som kan vara negativa i samband med operation. Det gäller exempelvis blödningsrisk, immunförsvaret, sårläkning och stressystemen [5-7]. Det har dock inte gjorts kliniska studier som visat att detta resulterar i fler komplikationer vid operation.

Komplikationerna vid hög alkoholkonsumtion [1]:

- Lungkomplikationer
- Generella infektioner
- Sårkomplikationer
- Intensivvård
- Förlängd sjukhusvård
- Postoperativ dödlighet

Förbättrad funktion vid alkoholuppehåll [4,8]:

• Immunförsvar	2-8 veckor
• Ejektionsfraktion	4 veckor
• Koagulationsförmåga	1 vecka
• Proteinhalt i sår	< 2 månader
• Operativ stressrespons	1-7 veckor

Definitioner

För definitioner se kapitel Alkohol.

Uppmärksamma

Hälso- och sjukvårdspersonal bör i mötet med patient som ska opereras (metodiskt/strukturerat) kunna uppmärksamma alkoholvanor, särskilt riskbruk av alkohol. Inför operation ska patienter tillfrågas om alkoholvanor, informeras om de ökade komplikationsriskerna vid operation och de goda resultaten av alkoholuppehåll. Patienten ska kunna göra ett välinformerat val angående förändringar av sina levnadsvanor.

Detta ska ske på ett personcentrerat sätt, så att det blir relevant för patienten. Man ska kunna ge enkla råd och vid behov hänvisa vidare för utökat stöd. Stöd till förändring av alkoholvanor bör erbjudas i vårdkedjans alla delar när det är kliniskt relevant.

Primärvården

- Fråga patienter som ska remitteras för ställningstagande till operation om alkoholbruk
- Dokumentera alkoholbruk i patientjournal.
- Initiera stöd och behandling samt registrera KVÅ koder.
- Uppmana patienten att fylla i den digitala hälsodeklarationen (eHD) via 1177 inför sitt besök i specialistvården.
- I remissen till specialistvården bör patientens alkoholbruk framgå samt vilken behandling som erbjudits och påbörjats.

Specialistvården

- Fråga patienter som ska opereras om alkoholbruk och eventuellt påbörjad stöd och behandling.
- Initiera stöd och behandling om detta inte har skett tidigare. Vid behov skickas remiss till alkoholbehandlare i primärvården alternativt till specialistenhet för beroendebehandling.
- Dokumentera alkoholbruk i patientjournal, och registrera KVÅ koder.

Vid akuta operationer ansvarar specialistvården för ett alkoholuppehåll inför operation och under inneliggande eftervård. Önskar patienten fortsatt stöd till alkoholuppehåll går remiss till primärvård eller specialistenhet för beroendebehandling och fortsatt stöd postoperativt.

För screening kan den digitala hälsodeklarationen (eHD) användas. Den digitala hälsodeklarationen fylls i via 1177 inför besöket.

Åtgärd

Målgrupp	**Rekommendation**
Vuxna med riskbruk och som ska opereras	Rådgivande samtal (prioritet 3) Kvalificerat rådgivande samtal (prioritet 6)
Vuxna med riskbruk som utvecklat beroende av alkohol och som ska opereras	Kvalificerat rådgivande samtal med eventuellt tillägg av alkoholläkemedel
Vuxna med alkoholbruk under riskbruksgränserna och som ska opereras	Rekommendation om alkoholuppehåll fyra veckor före operation och en tid efter operation

Alla patienter som ska opereras bör informeras om att alkohol kan påverka organen och viktiga funktioner i kroppen, och att det finns god kunskap om att komplikationsrisken är förhöjd vid riskbruk av alkohol.

Personer med riskbruk bör erbjudas rådgivande samtal och rekommenderas alkoholuppehåll under minst fyra veckor före operation och en tid efter operation till sårläkning och gott allmäntillstånd uppnåtts.

Personer med riskbruk som utvecklat beroende av alkohol bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal med eventuellt tillägg av alkoholläkemedel och rekommenderas alkoholuppehåll under minst fyra veckor före operation och en tid efter operation till sårläkning och gott allmäntillstånd uppnåtts.

Personer med låg alkoholkonsumtion, under riskbruksgränserna bör informeras om att det inte finns någon känd gräns för riskfritt intag och att man därför rekommenderar alkoholuppehåll minst fyra veckor före operation och en tid efter operation till sårläkning och gott allmäntillstånd uppnåtts [1,2].

Uppföljning

För närvarande saknas etablerade uppföljningsrutiner och metoder. Exempel på uppföljningsmetoder som kan användas och utvecklas:

- SPOR - Svenskt Peri-operativt Register: Kvalitetsregister som finns idag som kan användas för uppföljning
- Digital hälsodeklaration (eHD): Elektroniskt frågeformulär kan användas både för att uppmärksamma och följa upp
- PPM - Punktprevalens mätning: En rutin som kan genomföras av lokala vårdgivare

Förslag på indikatorer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer

- Indikator V2.8* Rådgivning vid riskbruk av alkohol för vuxna som ska genomgå operation.
- Indikator V2.9* Ej längre riskbruk av alkohol för vuxna vid operation.

Kompetens

All hälso- och sjukvårdspersonal med patientkontakt bör kunna uppmärksamma alkoholvanor i samband med operation, ge enkla råd och hänvisa vidare vid behov.

För rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol bör personalen behärska personcentrerad samtalsmetodik, ha kännedom om motiverande strategier och ha kunskap om hur alkohol påverkar operationens risker och resultat.

Kvalificerat rådgivande samtal för personer med riskbruk som har utvecklats till beroende av alkohol genomförs av personal med särskild kompetens, se alkoholavsnittet.

Dokumentation

Alkoholbruk samt initierad, planerad, erbjuden eller avslutad stöd och behandling ska dokumenteras i patientjournal och KVÅ koder registreras.

KVÅ-koder som kan användas för uppföljning:

- DV121 - Enkla råd om alkohol.
- DV122 - Rådgivande samtal om alkohol.
- DV123 - Kvalificerat rådgivande samtal om alkohol.
- För närvarande saknas KVÅ-kod för rådgivande samtal inför operation.

Verktyg och stöd för personal

- Information till vårdgivare, Region Stockholm Gotland.
- Svenska Läkaresällskapet.

Verktyg och stöd för patienter

- Regional patientinformation, 1177.
- Rökfri och alkoholfri operation, Region Stockholm Gotland. https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/folder-rokfri-operation.pdf

Referenser

1. Eliasen M, Gronkjaer M, Skov-Ettrup LS, et al. Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg. 2013;258(6):930-42.
2. Rubinsky AD, Bishop MJ, Maynard C, et al. Postoperative risks associated with alcohol screening depend on documented drinking at the time of surgery. Drug Alcohol Depend. 2013;132(3):521-7.
3. Egholm JW, Pedersen B, Moller AM, et al. Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. Cochrane Database Syst Rev. 2018;11:Cd008343.
4. Wåhlin S, Tonnesen H. Dags för ”alkoholfri operation" - Två standardglas per dag fördubblar risken for postoperativa komplikationer. Läkartidningen. 2014;111(44-45):1966-9.
5. Sarkar D, Jung MK, Wang HJ. Alcohol and the Immune System. Alcohol Research : Current Reviews. 2015;37(2):153-5.
6. Tønnesen H, Sass N, Juhl KH, et al. Influence of acute alcohol intoxication on certain immune reactions. Clinical Health Promotion. 2013;3(1):20-4.
7. Zhang QH, Das K, Siddiqui S, et al. Effects of acute, moderate ethanol consumption on human platelet aggregation in platelet-rich plasma and whole blood. Alcohol Clin Exp Res. 2000;24(4):528-34.
8. Tönnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB et al, Smoking and Alcohol intervention Before surgery: evidence for best practice. Br J Anaesth. 2009,102:297-306
9. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 2020-09-13 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf
10. Allebeck P, Andreasson S, Wåhlin S, et al. Alkoholkonsumtion och risknivåer: kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018. Hämtad 2020-09-13 från https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/alkoholkonsumtion-och-risknivaer-rapport-2018.1.pdf

Fysisk aktivitet inför operation

Bakgrund

Låg fysisk prestationsförmåga ökar risken för postoperativa komplikationer, längre vårdtid och längre tid för återhämtning, vilket visats vid thoraxkirurgi och bukkirurgi [1–3]. Studier visar att kondition kan vara mer avgörande än ålder [1]. Identifiering av patienter med låg prestationsförmåga kan bidra till riskvärdering inför kirurgi. Fysisk aktivitetsnivå har även visats vara kopplat till kortare vårdtid och bättre återhämtning och livskvalitet [4].

Individer med god eller normal fysisk prestationsförmåga, mätt med arbetsprov, hade i en studie en halverad risk att dö efter stor övre bukkirurgi jämfört med dem med otillräcklig/låg fysisk prestationsförmåga [1]. I en annan studie hade patienter med egenrapporterad låg prestationsförmåga dubbelt så stor risk för postoperativa komplikationer (framför allt kardiovaskulära och neurologiska) efter stor icke kardiell kirurgi, jämfört med dem med bättre fysisk prestationsförmåga [2]. Flera svenska studier har även visat att hög egenrapporterad fysisk aktivitetsnivå är kopplat till bättre återhämtning efter planerad operation av såväl tjock- som ändtarmscancer, gallstenssjukdom och bröstcancer [5–8].

Dessa studier har lett till förhoppningar om att preoperativa insatser med fysisk träning skulle kunna förbättra återhämtningen efter genomgången operation. I nuläget är dock det generella evidensläget svagt för detta, och möjligen är det så att träningen behöver komma upp i en tillräckligt hög intensitet, duration och frekvens för att ha effekt. Inför större bukkirurgi har enstaka studier visat mycket lovande resultat av högintensiv, fysioterapeutledd träning under ca sex veckor preoperativt [10] medan andra studier inte visar någon mätbar effekt vid måttlig intensitet [11]. Eftersom tiden till operation för cancersjukdom är begränsad i nuvarande standardiserade vårdförlopp har intervention under denna korta tid nyligen undersökts inför operation av bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer [12, 13]. Dessa visade ingen effekt på återhämtning på kort sikt eller risken för komplikationer.

Inför thoraxkirurgi finns det studier som visar effekt av framför allt inspiratorisk muskelträning för att minska risken för postoperativa lungkomplikationer. För patienter med nedsatt fysisk prestationsförmåga som skall genomgå kirurgi med hög risk för lungkomplikationer kan det vara relevant att ge individanpassade råd om inspiratorisk muskelträning [9].

Betydelsen av prehabilitering avseende fysisk aktivitet inför operation uppnår inom flera specialiteter inte den kliniska relevansen att det med nuvarande kunskap ingår som standard enligt utvärdering från ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) [14–16]. Det skall ändå påpekas att samma organisation noterar att prehabilitering (inkluderande fysisk aktivitet, nutrition med mera) visar lovande resultat avseende återhämtning och kan potentiellt minska antalet komplikationer vid tex colorektalkirurgi, särskilt förväntas detta vara aktuellt hos patienter med nedsatt allmäntillstånd. Då detta är ett område under utveckling finns anledning att vara uppmärksam på specialitets- och klinikspecifika rekommendationer.

Definitioner

Med fysisk prestationsförmåga avses syreupptagningsförmåga/kondition och anaerobic threshold (mjölksyratröskel). För övriga definitioner se kapitel Fysisk aktivitet.

Uppmärksamma

Hälso- och sjukvårdspersonal ska i mötet med patient som ska opereras (metodiskt/strukturerat) kunna uppmärksamma fysisk aktivitetsnivå och/eller prestationsförmåga.

Patienter som diagnostiseras med sjukdomar där operation är trolig, bör i god tid före operation tillfrågas om sin fysiska aktivitetsnivå. Använd screeningfrågor som för fysisk aktivitet, se kapitel Fysisk aktivitet under rubriken Uppmärksamma.

Patienter som ska remitteras för ställningstagande till operation eller ska opereras bör tillfrågas om deras nuvarande fysiska prestationsförmåga som del i den preoperativa riskvärderingen. Använd gärna fråga i SFAIs (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård) digitala hälsodeklaration (eHD) inför operation vilken graderar prestationsförmågan utifrån MET (metabol ekvivalent). Inga gränsvärden anges utan hänsyn bör tas till operation och situation, särskilt angelägen för den som ska genomgå ett större operation eller har ett sämre allmäntillstånd.

Detta ska ske på ett personcentrerat sätt, så att det blir relevant för patienten. Man ska kunna ge enkla råd och vid behov hänvisa vidare för utökat stöd. Stöd till optimering av fysisk funktion bör erbjudas i vårdkedjans alla delar när det är kliniskt relevant.

Åtgärd

Primärvården

Om operationen förväntas ske långt fram i tiden kan fysisk aktivitet motsvarande de allmänna rekommendationerna med minst 150 aktivitetsminuter i veckan ges. För patienter med otillräcklig fysisk aktivitet kan ett rådgivande samtal erbjudas, med/utan tillägg som FaR (Fysisk aktivitet på Recept).

- Fråga patienter som ska remitteras för ställningstagande till operation om fysisk aktivitetsnivå och fysisk prestationsförmåga. Frågan om fysisk prestationsförmåga som finns i den digitala hälsodeklarationen (eHD) och Socialstyrelsens indikatorfrågor (aktivitetsminuter) kan användas.
- Erbjud stöd och behandling samt Registrera KVÅ koder.
- Uppmana patienten att fylla i den digitala hälsodeklarationen (eHD) via 1177 inför sitt besök i specialistvården.
- I remissen till specialistvården bör patientens fysiska aktivitetsnivå eller prestationsförmåga framgå samt vilken behandling som erbjudits och påbörjats.

Specialistvården

- Fråga patienter som ska opereras om fysisk prestationsförmåga och fysisk aktivitetsnivå eventuellt påbörjad stöd och behandling. Frågan om fysisk prestationsförmåga som finns i den digitala hälsodeklarationen (eHD) och Socialstyrelsens indikatorfrågor (aktivitetsminuter) kan användas.
- Patienter med låg prestationsförmåga och/eller uttalat låg fysisk aktivitetsnivå identifieras som riskpatienter för fördröjd postoperativ återhämtning och komplikationer.
- Vid låg fysisk prestationsförmåga och eller låg fysisk aktivitetsnivå, ta ställning till lämplig åtgärd utifrån patientens övriga riskfaktorer och vilken typ av operation som planeras.

- Dokumentera fysisk aktivitetsnivå och fysisk prestationsförmåga i patientjournal och registrera KVÅ koder.

Uppföljning

För uppföljning se kapitel Fysisk aktivitet.

Kompetens

All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt bör kunna uppmärksamma otillräcklig fysisk aktivitet och känna till allmänna hälsovinster med att öka den fysiska aktivitetsnivån. För hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt inom kirurgiska specialiteter bör man även känna till den ökade risken hos individer med låg prestationsförmåga för kirurgiska komplikationer.

Dokumentation

Patientens fysiska prestationsförmåga, fysisk aktivitetsnivå, bedömning, åtgärd och KVÅ-koder bör dokumenteras i patientjournal.

KVÅ-koder som kan användas för uppföljning:

- DV131 Enkla råd om fysisk aktivitet.
- DV132 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet.
- DV133 Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet.
- DV200 Utfärdande av FaR.
- AW005 Uppföljning av tidigare utfärdat recept på fysisk aktivitet (FaR).

Diagnoskod ICD-10:

- Z72.3 Otillräcklig fysisk aktivitet (brist på träning).

Referenser

1. Snowden CP, Prentis J, Jacques B, Anderson H, Manas D, Jones D, et al. Cardiorespiratory fitness predicts mortality and hospital length of stay after major elective surgery in older people. Ann Surg. 2013;257(6):999-1004
2. Reilly DF, McNeely MJ, Doerner D, Greenberg DL, Staiger TO, Geist MJ, et al. Self-reported exercise tolerance and the risk of serious perioperative complications. Arch Intern Med. 1999;159(18):2185-92.
3. Lee, K. et.al. (2018). Systematic Review and Meta-analysis of Objective Assessment of Physical Fitness in Patients Undergoing Colorectal Cancer Surgery. Diseases of the Colon & Rectum, 61(3), 400–409. https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001017
4. Steffens, B. et.al. (2019). Is preoperative physical activity level of patients undergoing cancer surgery associated with postoperative outcomes? A systematic review and meta-analysis.

European Journal of Surgical Oncology, 45(4), 510–518. https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.10.063

5. Nilsson H, Angeras U, Bock D, Borjesson M, Onerup A, Fagevik Olsen M, et al. Is preoperative physical activity related to post-surgery recovery? A cohort study of patients with breast cancer. BMJ Open. 2016;6(1):e007997
6. Onerup A, Angenete E, Bonfre P, Borjesson M, Haglind E, Wessman C, et al. Self-assessed preoperative level of habitual physical activity predicted postoperative complications after colorectal cancer surgery: A prospective observational cohort study. Eur J Surg Oncol. 2019;45(11):2045-51.
7. Onerup A, Angeras U, Bock D, Borjesson M, Fagevik Olsen M, Gellerstedt M, et al. The preoperative level of physical activity is associated to the postoperative recovery after elective cholecystectomy - A cohort study. International journal of surgery. 2015;19:35-41.
8. Onerup A, Bock D, Borjesson M, Fagevik Olsen M, Gellerstedt M, Haglind E, et al. Is preoperative physical activity related to post-surgery recovery?-a cohort study of colorectal cancer patients. Int J Colorectal Dis. 2016;31(6):1131-40.
9. Hulzebos EH, Smit Y, Helders PP, van Meeteren NL. Preoperative physical therapy for elective cardiac surgery patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD010118.
10. Barberan-Garcia A, Ubre M, Roca J, Lacy AM, Burgos F, Risco R, et al. Personalised Prehabilitation in High-risk Patients Undergoing Elective Major Abdominal Surgery: A Randomized Blinded Controlled Trial. Ann Surg. 2018;267(1):50-6.
11. Carli F, Bousquet-Dion G, Awasthi R, Elsherbini N, Liberman S, Boutros M, et al. Effect of Multimodal Prehabilitation vs Postoperative Rehabilitation on 30-Day Postoperative Complications for Frail Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2020.
12. Heiman Ullmark J, Onerup A, Wessman C, Haglind E, Olofsson Bagge R. Recovery after breast cancer surgery following a recommendation of non-supervised physical activity pre- and postoperatively (PhysSURG-B). BJS. 2020:Acepted for publication.
13. Onerup A, Andersson J, Angenete E, Bock D, Börjesson M, Ehrencrona C, et al. Effect of short-term homebased pre- and postoperative exercise on recovery after colorectal cancer surgery (PHYSSURG-C): A randomized clinical trial. Opublicerat. 2020.
14. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-95.
15. Engelman, B. et.al. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. JAMA Surgery, 154(8), 755–766. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1153
16. Wainwright, G. et.al. (2019). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS ®) Society recommendations. Acta Orthopaedica, 91(1), 3-19. https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790

Nutritionsstatus inför operation

Bakgrund

God nutritionsstatus har stor betydelse i samband med kirurgi. Både undernäring och fetma medför en ökad risk för komplikationer och dödlighet [1,2]. Generellt ses större risker vid mer omfattande kirurgi, såsom vid cancerkirurgi (särskilt mag-tarmcancer), transplantationskirurgi, proteskirurgi och större bukkirurgi. Äldre personer som ska genomgå omfattande kirurgi är generellt en riskgrupp.

Undernäring kan även förekomma vid övervikt och fetma [1,2]. Sarkopen fetma (hög fettmassa och låg muskelmassa) är vanligt förekommande bland äldre och bidrar till ökad inflammation och insulinresistens. Likaså kan odiagnostiserad eller dåligt kontrollerad diabetes medföra stora komplikationsrisker, med en gradvis ökad risk med stigande HbA1c.

God nutritionsstatus förbättrar sårläkning och optimerar rehabilitering efter kirurgi [1,2]. Efter ett ingrepp kan undernäring uppstå till följd av att stresshormoner frisätts och den inflammatoriska aktiviteten ökar, vilket i sin tur ökar behovet av energi, protein och näringsämnen. Ofrivillig viktminskning och lågt serumalbumin är förknippat med sämre nutritionsstatus och är prediktorer för postoperativt resultat.

Det är därmed av stor betydelse att god nutritionsstatus i samband med mer omfattande eller riskfylld kirurgi, kan säkerställas i så hög grad som möjligt. Speciellt en kombination av åtgärder för ökad fysisk aktivitet och förbättrad nutritionsstatus inför kirurgi har visat sig gynnsamt [1,2]. För att optimera patientens förutsättningar i samband med kirurgi är nutritionsomhändertagandet en viktig hörnpelare i ERAS konceptet (Enhanced Recovery After Surgery) [3].

Definitioner

Ohälsosamma matvanor definieras som matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform eller måltidsmönster inte motsvarar individens behov. Intaget av energi, näringsämnen eller livsmedel kan därmed vara både för stort och för litet i förhållande till det individuella behovet. För definitioner se kapitel Matvanor under rubriken Definitioner.

Uppmärksamma nutritionsstatus

Genom att uppmärksamma risk för undernäring och ohälsosamma matvanor hos patienter som ska genomgå omfattande kirurgi, samt screena för diabetes vid BMI >30, kan åtgärder sättas in som minskar risken för komplikationer. Nutritionsstatus och matvanor kan med fördel uppmärksammas redan i primärvården, så att stöd och behandling kan initieras i god tid vid behov.

Riskbedömning och diagnossättning av undernäring (se kapitel om matvanor) utgör ett första steg som bedömning av patientens nutritionsstatus och bör således ingå i riskbedömningen inför en planerad operation. Frågor om matvanor kan ge kompletterande information om matintag och näringskvalitet., vilket i sin tur utgör grunden för individens nutritionsstatus

Särskild uppmärksamhet bör ges till patienter med allvarlig risk för undernäring [1,2]. Allvarlig risk föreligger hos patienter med någon av följande kriterier

- ofrivillig viktminskning 10–15% senaste 6 mån
- BMI <18,5, eller
- serumalbumin <30 g/l (utan bekräftad lever- eller njursjukdom)

- enligt bedömning med validerat screeninginstrument.

Åtgärd

Vid undernäring eller risk för undernäring bör patienten genomgå bedömning och kostbehandling hos dietist. Patienter med risk för undernäring bör erbjudas kostbehandling minst 7–10 dagar före operation [1,2]. Ju allvarligare risk desto längre tid behövs för att återställa metabol balans och för patienter som tidigare genomgått kirurgi med komplikationer finns det anledning att erbjuda kostbehandling minst sex veckor före.

Utöver kostrådgivning kan kosttillägg såsom näringsdryck behöva ordineras för att optimera patientens energi- och näringsintag. Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal kan bli aktuellt för att hjälpa patienten att prioritera och sätta mål för matvanor, näringsintag och fysisk aktivitet [4].

Medan fetma kan medföra en ökad komplikationsrisk vid kirurgi så är evidensläget avseende viktnedgång nära inpå ett kirurgiskt ingrepp bristfälligt [5. Om viktminskning bedöms nödvändig är det viktigt att säkerställa en god nutritionsstatus och bibehållen muskelmassa. Viktnedgången bör då ske genom att eftersträva hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet i enlighet med Nordiska näringsrekommendationer och WHOs rekommendationer om fysisk aktivitet. En snabb viktnedgång närmaste tiden inför operation, är inte lämplig då det riskerar att försämra patientens nutritionstillstånd. Särskilda rutiner gäller vid bariatrisk kirurgi.

En generell rekommendation är att minimera den tid som patienten fastar inför och efter ett kirurgiskt ingrepp, i syfte att upprätthålla metabol balans. Genom att erbjuda klar kolhydratrik dryck (gärna i form av preoperativ näringsdryck) upp till 2 timmar inpå operationen, kan insulinresistens, hyper- och hypoglykemi, samt metabola stressreaktioner minimeras.

Efter genomförd kirurgi är det fördelaktigt att komma igång med mat och dryck per oralt, så tidigt som möjligt, eventuellt med stöd av kosttillägg och/eller sondmat, för att säkerställa ett adekvat energi- och näringsintag. För patienter med svåra nutritionsproblem kan ytterligare nutritionsåtgärder behöva sättas in. I kombination med tidig mobilisering stimuleras både proteinsyntes och muskelfunktion.

Uppföljning

För uppföljning se kapitel Matvanor.

Kompetens

All hälso- och sjukvårdspersonal med patientkontakt bör kunna uppmärksamma risk för ohälsosamma matvanor och undernäring i samband med operation, ge enkla råd och hänvisa vidare vid behov.

Kvalificerat rådgivande samtal genomförs av legitimerad dietist eller annan legitimerad personal med adekvat kompetens inom mat och nutrition. Se mer utförlig beskrivning i kapitel Matvanor.

Dokumentation

Frågor om matvanor, kostindex, och riskbedömning av undernäring bör dokumenteras enligt lokala rutiner i samband med besök då personens matvanor uppmärksammas och/eller följs upp. Genomfört stöd och behandling ska dokumenteras i patientjournal och KVÅ koder registreras.

KVÅ-koder som kan användas för uppföljning:

- DV141 - Enkla råd om matvanor.
- DV142 - Rådgivande samtal om matvanor.
- DV143 - Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor.

För närvarande saknas KVÅ-kod för samtal inför operation.

Verktyg och stöd för patienter och personal

- ERAS Society https://erassociety.org/patients/
- Stark inför kirurgi- stark för livet. Information för hälso- och sjukvårdspersonal, Dietisternas riksförbund https://drf.nu/wp-content/uploads/2018/04/Stark-f%c3%b6r-livet-Stark-f%c3%b6r-kirurgi.pdf

Referenser

1. Lobo DN, Gianotti L, Adiamah A, Barazzoni R, Deutz NEP, Dhatariya K, et al. Perioperative nutrition: Recommendations from the ESPEN expert group. Clin Nutr. 2020 Nov;39(11):3211-3227.
2. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2017 Jun;36(3):623-650.
3. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019 Mar;43(3):659-695.
4. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring: Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. [citerad 21 januari 2021]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6716.pdf.
5. Roman M, Monaghan A, Serraino GF, Miller D, Pathak S, Lai F, et al. Meta-analysis of the influence of lifestyle changes for preoperative weight loss on surgical outcomes. Br J Surg. 2019 Feb;106(3):181-189.

Uppsökande arbetssätt – riktade hälsosamtal

Hälsosamtal

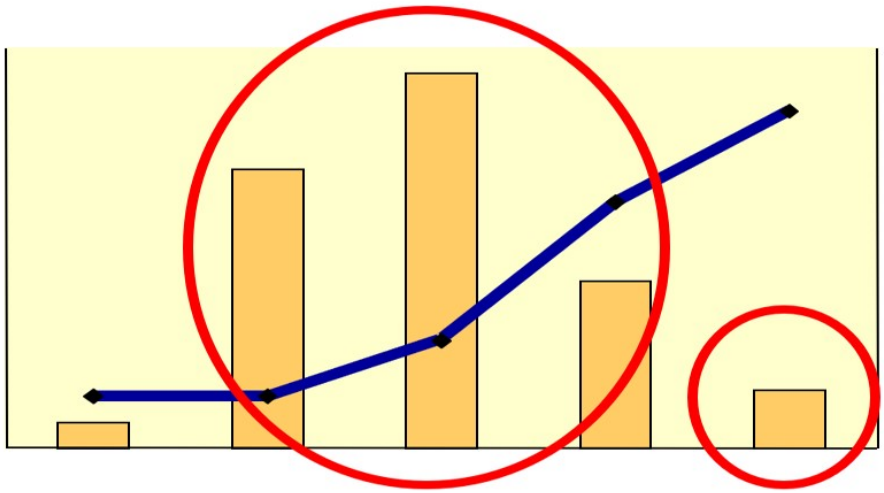
Hälsosamtal är en metod för att utforska en patients levnadsvanor och med hjälp av motiverande strategier stödja individen att förbättra sina levnadsvanor. Samtalet är personcentrerat, det vill säga utgår från deltagarens värderingar, val och förutsättningar och kombinerar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

Riktade hälsosamtal

Ett sätt att systematiskt och strukturerat uppmärksamma levnadsvanor är enligt Socialstyrelsen att genom uppsökande verksamhet bjuda in alla personer i utvalda åldersgrupper till ett hälsosamtal med fokus på levnadsvanor [1, 2]. Riktade hälsosamtal är en metod för att kartlägga frisk- och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom för att kunna erbjuda kunskap, stöd till förändring och uppföljning om behov och önskemål finns. De faktorer som kartläggs är levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, alkoholvanor, tobaksvanor), biologiska riskfaktorer (blodtryck, blodfetter, blodsocker, vikt, bukfetma), psykosociala faktorer och ärftlighet. Syftet är att förebygga hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Till skillnad från allmänna hälsokontroller syftar riktade hälsosamtal huvudsakligen till att förebygga hjärtkärlsjukdom och kombinerar både lågrisk- och högriskstrategi. Vårdcentralen/Hälsocentralen kan exempelvis bjuda in utvalda grupper i en viss ålder i befolkningen. Riktade hälsosamtal till utvalda grupper i befolkningen är också en organisatorisk modell som bedrivs som ett långsiktigt folkhälsoarbete tillsammans med samhällsinriktade åtgärder, integrerat i ordinarie verksamhet inom svensk primärvård. För närvarande erbjuds riktade hälsosamtal i 10 av landets 21 regioner och flera regioner har tagit beslut om att införa modellen inom de närmaste åren.

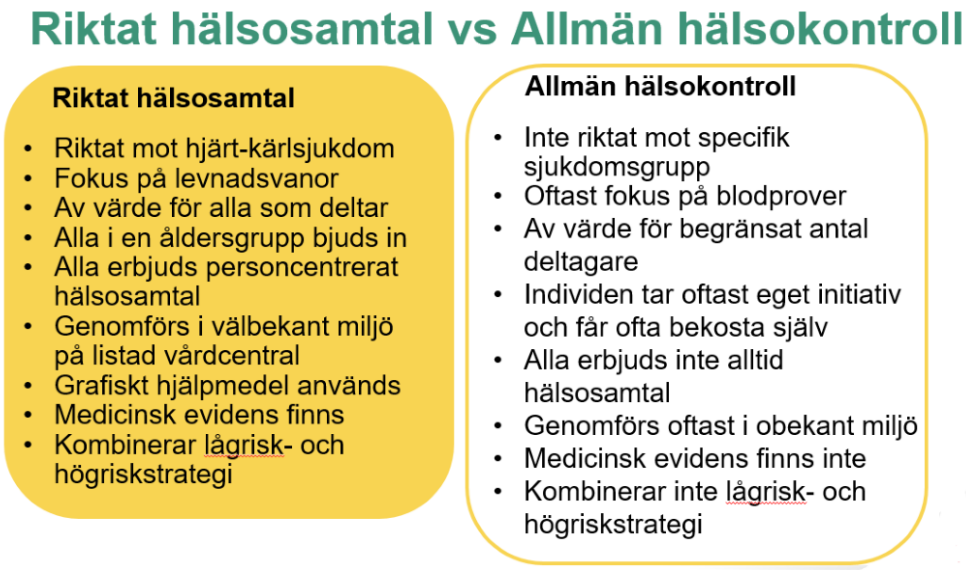
Den preventiva paradoxen

Enligt den preventiva paradoxen är det bättre att många med låg till måttlig risk ändrar sig lite än att få med hög risk ändrar sig mycket [3]. Orsaken till detta är att individerna med låg till måttlig risk är många fler och att det sker fler insjuknande i hjärt-kärlsjukdom i denna grupp.

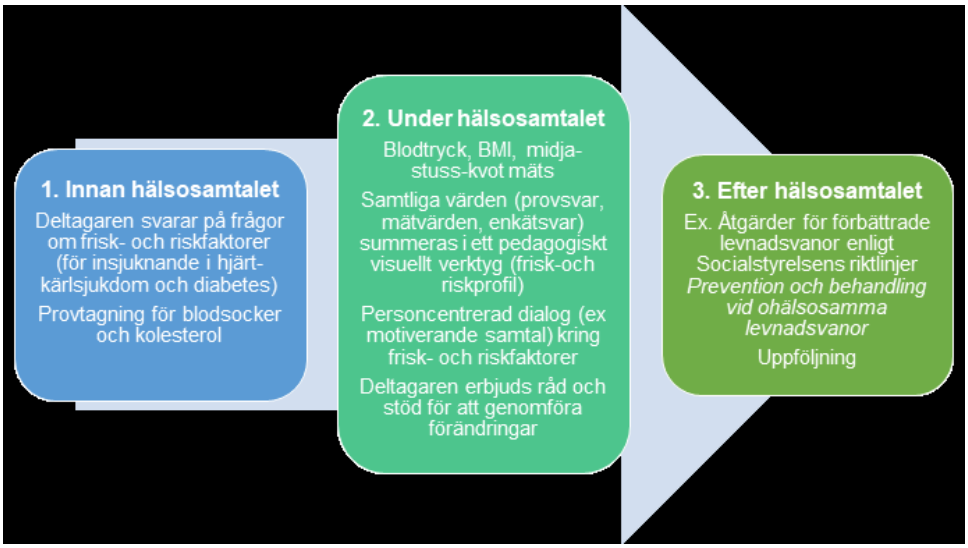


Lågt kolesterol Högt kolesterol

Den preventiva paradoxen. Staplarna visar antal personer med hjärtinfarkt. Den blå linjen visar risk för hjärtinfarkt vid olika kolesterolvärden.



Så här kan ett riktat hälsosamtal gå till:

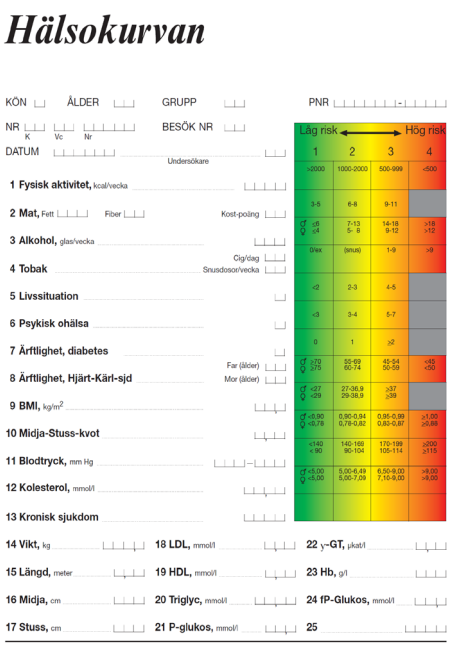


Hälsofrämjande förhållningssätt

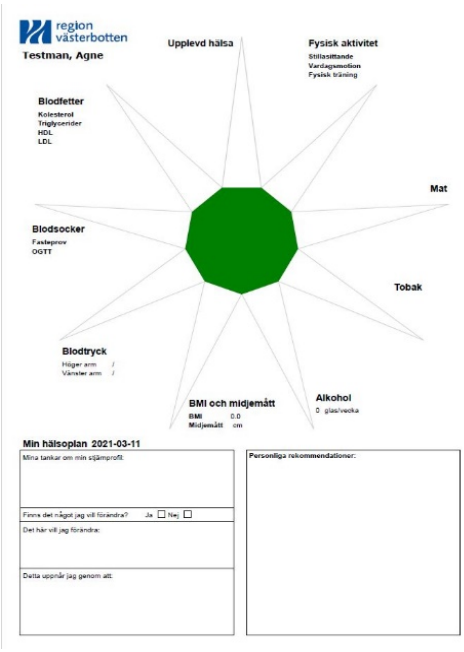
Det är av stor vikt att samtalet med deltagaren präglas av hälsofrämjande förhållningssätt - salutogenes (vilka faktorer hos deltagaren som vidmakthåller hälsa) och empowerment (att deltagaren ska känna att hen har makt över de faktorer som påverkar hälsan och stärks i sin självtillit). Deltagaren får sin frisk- och riskprofil med sig hem för att ges möjlighet till ytterligare reflektion och oftast tas även en personlig hälsoplan fram med deltagarens individuella mål för sin hälsa.

Grafisk profil ger stöd

Resultatet av de faktorer som undersöks presenteras grafiskt i form av ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel till exempel en så kallad hälsokurva eller en stjärnprofil. Den grafiska profilen är ett hjälpmedel, som ger en helhetsbild av patientens frisk- och riskfaktorer och gör det lättare att förstå hur de olika faktorerna hänger ihop och vad som betyder mest för den enskilda individen. De faktorer som ingår i profilen förklarar 90 % av alla insjuknanden i hjärtinfarkt och stroke.



Hälsokurvan.



Stjärnprofilen.

Primärvårdens roll

Riktade hälsosamtal drivs integrerat i primärvården, anpassas till lokala förutsättningar och kompletteras med olika samhällsinriktade åtgärder i samverkan med civilsamhället. Arbetet kvalitetssäkras genom ett strukturerat kompetens- och metodstöd. Kompetensen hos medarbetarna för bedömning av frisk- och riskfaktorer för framtida sjukdom utvecklas successivt under arbetet med hälsosamtalen och tillför därmed också mervärden för övriga som söker primärvården. Riktade hälsosamtal kan även erbjudas till förstagångsföräldrar av barnhälsovården.

I många regioner används hälsosamtalen i sekundärpreventivt, exempelvis efter insjuknande i hjärtinfarkt eller vid långtidssjukskrivning, som ett sätt att visualisera och åtgärda de levnadsvanor som utgör en risk för att återinsjukna och/eller fördröjer ett tillfrisknande.

De riktade hälsosamtalen ger möjlighet till en tydlig struktur för arbetet med levnadsvanor inom primärvården, både för primär- och sekundärprevention och kan dessutom fungera som en motor för samhällsinriktade insatser i lokalsamhället.

Systematisk kunskapsgenomgång

Parallellt med vårdprogramarbetet pågår en systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för riktade hälsosamtal. Kunskapssammanställningen avses ge ytterligare vägledning i arbetet med riktade hälsosamtal.

Förslag till diagnos- och KVÅ-kod:

- Diagnos: Z136 Riktad hälsokontroll avseende hjärtkärlsjukdom.
- KVÅ-kod: DV030 Hälsosamtal.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen 2017.
2. Bästa möjliga hälsa och en hållbar sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. Rose G. Sick individuals and sick populations. International journal of epidemiology. 1985;14(1):32-8.
4. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, Nyström L, Lonnberg G, Boman K, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Vasterbotten County, Sweden, during 1990-2006. BMJ Open. 2015;5(12):e009651.
5. Lingfors H, Persson L-G. All-cause mortality among young men 24–26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study. BMJ Open 2019;0:e022474. doi:10.1136/bmjopen-2018-022474.
6. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? -10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health Suppl. 2001;56:59-68.
7. Eliasson M, Eriksson M, Lundqvist R, Wennberg P, Söderberg S. Comparison of trends in cardiovascular risk factors between two regions with and without a community and primary care prevention programme. Eur J Prev Cardiol. 2018 Nov;25(16):1765-1772. doi: 10.1177/2047487318778349. Epub 2018 May 30.
8. Lingfors H, Persson LG, Lindström Kjell, Bengtsson C, Lissner L. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only: Results from the Live for Life health promotion programme. Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, Vol 48(1), Jan, 2009 pp. 20-24.
9. Feldman AL, Griffin SJ, Fhärm E, Norberg M, Wennberg P, Weinehall L, Rolandsson L. Screening for type 2 diabetes: do screen-detected cases fare better? Diabetologia. 2017 Nov;60(11):2200-2209. doi: 10.1007/s00125-017-4402-4. Epub 2017 Aug 23.
10. Lingfors H, Lindström K, Persson LG, Bengtsson C, Lissner L. Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. Scand J Prim Health Care. 2003 Dec;21(4):248-52. doi: 10.1080/02813430310003282. PMID: 14695077
11. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, Ljungquist B, Bengtsson C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? Scand J Prim Health Care. 2002 Mar;20(1):28-32.
12. Lindholm L , Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L . A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. BMC Public Health, 2018 Apr 4;18(1):452.

Barn och unga

Bakgrund

År 2020 blev Förenta nationernas konvention om barns rättigheter [1], barnkonventionen, lag i Sverige. I artikel 24, står att ”alla barn har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa”. De levnadsvanor som grundläggs i under barn och ungdomsåren kommer att påverka individens framtida hälsa och hälsorelaterade beteende [6]. Insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga ohälsa bör därför starta tidigt och ha fokus på hela familjens livsstil och levnadsvanor. För barn och unga bör arbetet med levnadsvanor inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor, så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor [4].

Det är vanligare att barn i familjer med låg socioekonomi exponeras för fler negativa livsstilsbeteenden så som föräldrar som röker, är fysiskt inaktiva och har fetma [2]. År 2018 reviderades det nationella folkhälsomålet till: Skapa samhälleliga förutsättningar för god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation [3]. WHO menar att interventioner som riktas mot att främja och stärka en hälsosam miljö runt barnet och erbjuder insatser som ger vuxna runt barnet stöd och kunskap i att vara positiva rollmodeller som vägleder barn mot hälsosamma levnadsvanor skulle kunna bidra till en god och jämlik hälsa [5].

Barnhälsovården, tandvården och elevhälsan är centrala aktörer i detta arbete. Barnhälsovården har i uppdrag att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa [3,7]. Även elevhälsan har i uppdrag att arbeta främst hälsofrämjande och förebyggande samt att stödja elevens utveckling mot målen [4,8]. Skolan bör även uppmärksamma hälso- och livsstilsfrågor och sträva efter att erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet [9,10]. Båda dessa uppdrag ligger väl i linje med Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [12].

Vårdprogrammet bygger på tre delar: att uppmärksamma, till exempel i samband med hälsosamtal på BVC och inom elevhälsan, att ge råd och stöd samt att följa upp ohälsosamma levnadsvanor. Vårdprogrammet omfattar inte metoder för att främja hälsa genom insatser på samhällsnivå. Det är dock av största vikt att dessa insatser sker parallellt för att skapa förutsättningar för alla barn, unga och deras familjer och underlätta hälsosamma val.

Målgruppen Barn och unga under 18 år spänner över ett brett spektra från det nyfödda barnet till en näst intill vuxen person. Det är därför viktigt att definiera strategier för de olika åldrarna. I detta dokument har vi delat in målgruppen i följande ålderskategorier:

- Barn 2–5 år
- Barn 6–12 år
- Unga 13–18 år

Barnhälsovården och elevhälsan arbetar utifrån universell proportionalism, vilket innebär att insatser riktas till alla barn och unga men med en intensitet och omfattning som är proportionell mot barnets och den unges behov både ur ett medicinskt och socialt perspektiv. Inom barnhälsovården och elevhälsan sker detta arbetet i tre steg [7,8]:

1. Insatser till alla omfattar samtal om levnadsvanor med alla barn och unga för att främja hälsosamma levnadsvanor samt att uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor i samband med barnhälsovårdens hälsosamtal vid: 2 1/2, (3), 4 och 5 år eller elevhälsans hälsobesök i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 el 8 och i årskurs 1 eller 2 på gymnasiet.

2. När ohälsosamma levnadsvanor har uppmärksammats bör riktade insatser erbjudas alla barn med behov av råd och stöd. Vanligen erbjuds barnet eller den unge initialt ett eller ett par uppföljande samtal via barnhälsovården eller elevhälsan, motsvarande rådgivande samtal.
3. Vid behov av ytterligare stöd och beroende på levnadsvana, bör barnet eller den unge erbjudas ett mer omfattande stöd, motsvarande kvalificerat rådgivande samtal eller familjestödsprogram, läs vidare under respektive levnadsvana, barn och unga.

Ohälsosamma levnadsvanor kan även uppmärksammas i samband med rutinbesök inom tandvården och mottagningsbesök inom primärvården, barnkliniken, barn/ungdomspsykiatrin, habiliteringen eller ungdomsmottagning när det är lämpligt och relevant. Levnadsvanor kan med fördel tas upp på ungdomsmottagningar i samband med samtal om exempelvis sexuell hälsa för att koppla det till något som är relevant idag istället för risk för sjukdom längre fram i livet.

Vid samtal om levnadsvanor med barn och unga bör en bedömning av om, när och hur frågor om levnadsvanor bör ställas, så att det sker på ett barncentrerat sätt.

Det saknas idag validerade frågor riktade till barn angående matvanor och fysisk aktivitet. I det här vårdprogrammet används de frågor och indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram och som är validerade för vuxna [11].

Avgränsningar

Detta avsnitt avgränsas till metoder för att förebygga och behandla tobaksbruk, bruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet, hos barn från 2 år och unga under 18 år i enlighet med Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [11].

Vårdprogrammet omfattar inte unga med missbruk eller beroende av alkohol och cannabis. I detta falla hänvisas till Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende samt lokala vårdprogram [12].

I de fall barnets vårdnadshavare har ohälsosamma levnadsvanor, återfinns rekommendationer för vuxna under respektive levnadsvana. Läs mer under kapitel för respektive levnadsvana.

Tobaksbruk hos unga under 18 år

Bakgrund

Vid rökning ökar risken för sjukdom och dödlighet med mängden cigaretter och hur länge man har rökt (13). Även snus och andra tobaks- och nikotinprodukter ökar risken för sjukdom och död. Många som använder tobak började redan under ungdomsåren och blev tidigt nikotinberoende (14,15). Idealet är att inga barn och unga börjar använda tobak vilket gör att det tobaksförebyggande arbetet har hög prioritet.

För att barn inte ska exponeras för passiv rökning i hemmet bör vuxna i barnens omgivning som brukar tobak erbjudas stöd att sluta.

Läs mer i kapitel Tobak.

Definition

Med tobaksbruk hos unga under 18 år avses både daglig och sporadisk rökning eller snusning, oavsett mängd cigaretter, snus eller andra tobaks- och nikotinprodukter [11].

Uppmärksamma

För att fånga behov och önskan om stöd att sluta röka och snusa kan den som möter unga erbjuda ett kortare samtal. Vid samtal om tobaksbruk med unga är det viktigt att visa intresse och nyfikenhet för de tankar och funderingar hen har om tobaksbruket och om att sluta[16]. Ställ öppna frågor och utgå från personens tankar och funderingar, erbjud fakta och om den unge önskar ge information om hur hen kan göra för att sluta. Vid samtalet kan bildstöd vara behjälpligt.

Exempel på frågor:

- Har du någon gång provat att röka/snusa?
- Hur tänker du kring rökning/snusning?
- Känner du till att rökning/snusning kan påverka…
- Är det OK att jag berättar lite?
- Hur tänker du kring att göra en förändring?
- Det finns bra hjälp att få, vill du att jag berättar mer om det?

Läs mer i kapitel Tobak under rubriken Uppmärksamma.

Åtgärd

Rekommendation

Målgrupp	Rekommendationer	Prioritet
Unga under 18 år som använder tobak	Kvalificerat rådgivande samtal	3
	Webbaserad intervention	5
	Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinmedel	5

Barn och unga under 18 år som röker bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal eller webbaserad intervention. Rådgivningen kan ske inom primärvården, tandvården eller ungdomsmottagning. Vid samtalet kan anhöriga, eller andra viktiga personer involveras.

Läs mer i kapitel Allmänt om rådgivningsnivåer och kompetenskrav samt kapitel Tobak.

Uppföljning

Läs mer i kapitel Tobak under rubriken Uppföljning.

Kompetens

Utöver den kompetens som gäller för samtal med vuxna behöver personal som möter unga som brukar tobak ha kompetens att samtala med barn, unga och deras föräldrar.

Läs mer i kapitel Allmänt om åtgärdsnivå och kompetenskrav samt kapitel Tobak under rubriken Kompetens.

Dokumentation

Dokumentation sker i för verksamheten rekommenderad mall för tobaksbruk. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras.

KVÅ koder:

- DV113 Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk.

Diagnoskod ICD-10:

- Z72.1 Tobaksbruk.

Verktyg och stöd för personal

Webbplatsen för Psykologer mot tobak finns material att använda som stöd vid tobaksavvänjning för unga. På sidan finns flera av nedanstående material samt filmer och rapporter.

- Tobak och unga – en kunskapsöversikt (revideras 2021).
- Broschyr Samtal om tobak och avvänjning med ungdomar www.tobaccoorhealthsweden.org/wp-content/uploads/2017/09/Tobaksavvanjning_unga.pdf
- Handledning Samtal om tobak och avvänjning med ungdomar.
- SOTIS – Samtal om Tobak I Skolan.
  Sotis är en modell för Samtal Om Tobak i Skolan, utvecklad för att underlätta samtal om tobak (rökning och snus) med elever i skolan och på ungdomsmottagningen. Det kan användas både i samband med rutinmässiga hälsokontroller/hälsosamtal och spontanbesök.
- Elevhälsoportalen https://elevhalsoportalen.se.

Verktyg och stöd för patient

- UMOs webbplats Att sluta röka.
- Tobaks fri Duo www.tobaksfri.se.

Läs mer under kapitel Tobak under rubriken Verktyg och stöd för patient och personal.

Bruk av alkohol hos unga under 18 år

Bakgrund

Bruk av alkohol är en av de största enskilda riskfaktorerna för dödsfall och ohälsa bland unga 15–19 år [17, 18]. Berusning ökar risktagandet och en ung person tål mindre mängd alkohol och blir snabbare berusad. Den unga hjärnan är inte färdigutvecklad vilket också gör den känsligare föralkoholen och skadas därför mer av alkohol än vuxnas [16]. Idealet är att inga barn och unga använder alkohol vilket gör att det förebyggande arbetet har hög prioritet.

Definition

För unga under 18 år definieras all alkoholkonsumtion som riskbruk [11].

Uppmärksamma

För att fånga behov och önskan om stöd att sluta med alkohol bör den som möter unga genomföra ett kortare samtal. Vid samtal om alkohol med unga är det viktigt att visa intresse och nyfikenhet för de tankar och funderingar hen har om konsumtion av alkohol och om att avstå alkohol. Ställ öppna frågor och utgå från personens tankar och funderingar, erbjud fakta och om den unge önskar ge information om hur hen kan göra för att sluta. Vid samtalet kan bildstöd vara behjälpligt.

Exempel på frågor:

1. Har du någon gång provat att dricka alkohol?
2. Om ja
    - Hur ofta har du druckit alkohol? Vill du berätta?
    - Hur tänker du kring att dricka alkohol?
    - Hur tänker du kring att göra en förändring?

Läs mer i kapitel Alkohol under rubriken Uppmärksamma.

Åtgärd

Rekommendation

Målgrupp	Rekommendation	Prioritet
Unga under 18 år som har ett bruk av alkohol	Rådgivande samtal	5

Unga under 18 år som brukar alkohol bör erbjudas rådgivande samtal. Rådgivningen kan ske inom primärvården, tandvården, ungdomsmottagningen och elevhälsan. Vid samtalet kan anhöriga, eller andra viktiga personer involveras.

Unga med beroende av alkohol eller droger omfattas inte av detta vårdprogram utan bör erbjudas stöd i enlighet med nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende samt lokala rutiner för missbruk och beroende [12].

Läs mer i kapitel Alkohol under rubriken Rådgivningsnivåer och rekommenderad åtgärd.

Uppföljning

Läs mer i kapitel Alkohol under rubriken Uppföljning.

Kompetens

Utöver den kompetens som gäller för samtal med vuxna behöver personal som möter unga som brukar alkohol ha kompetens att samtala med barn, unga och deras föräldrar.

Läs mer i kapitel Allmänt om åtgärdsnivå och kompetenskrav samt kapitel Alkohol under rubriken Kompetens.

Dokumentation

Dokumentation sker i för verksamheten rekommenderad mall alkoholbruk. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras.

KVÅ koder:

- DV122 Rådgivande samtal om riskbruk av alkohol.

Diagnoskod ICD-10:

- Z72.2 Riskbruk av alkohol.

Verktyg och stöd för personal

- Socialstyrelsen Stöd för samtal om alkohol. https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationellariktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-alkohol/
- Elevhälsoportalen https://elevhalsoportalen.se

Läs mer i kapitel Alkohol under rubriken Verktyg och stöd för personal och Verktyg och stöd för patient.

Barn och unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva

Bakgrund

Fysisk aktivitet ger fysiska och mentala hälsovinster hos barn och ungdomar.

Regelbunden fysisk aktivitet hos barn 6–17 år [39]:

- Förbättrar kondition, muskelstyrka och skeletthälsa.
- Förbättrar kardiovaskulär hälsa: sänkning av högt blodtryck och förbättrad blodfettsprofil hos barn med högt blodtryck och förhöjda blodfetter.

- Förbättrar metabol hälsa: viss minskning av kroppsfett hos barn och ungdomar med övervikt/fetma samt ökad insulinkänslighet.
- Förbättrar psykisk hälsa: minskade symtom på depression, ökad självkänsla, samt förbättrad skolprestation.

Genom att utveckla sin rörelserikedom får barn och unga rörelsekompetens, självförtroende och motivation som gynnar möjligheten till att delta aktivt och prestera i olika sammanhang utifrån individuella förutsättningar och intressen [5,20]. Konditionsträning har även visat sig förbättra skolprestationen [21].

Barn och ungdomars hälsa tycks kunna påverkas negativt av långvarig inaktivitet. Det finns stark evidens för samband mellan skärmtid på fritiden och depression samt mellan skärmtid och psykisk stress [22]. Det finns dock inte tillräckligt med vetenskapligt stöd för att ge en evidensbaserad rekommendation för barn från 5 år och uppåt [24].

Uteaktiviteter gör förskolebarn mer fysisk aktiva och ökar måttlig fysisk aktivitet med tio gånger jämfört med att barnen vistas inomhus [25].

Definition

Otillräcklig fysisk aktivitet hos barn och unga definieras som mindre än den rekommenderade dosen fysisk aktivitet med hänsyn tagen till ålder, se tabell nedan. Fysisk aktivitet omfattar aktiv transport till och från förskola eller skola, daglig lek och utforskande av omgivning inom- och utomhus samt spontan eller organiserad idrott och motion.

Stillasittande beteende definieras som all tid i sittande eller liggande med låg energiåtgång i vaket tillstånd. Det inkluderar studier såväl som fritid och transport.

Åldersgrupp	**Fysisk aktivitet**	**Fysisk inaktivitet och skärmtid**
Barn 2–5 år [23,29]	Var dagligen fysiskt aktiv, ju mer desto bättre, och minst 60 minuter i måttlig till hög intensitet för barn 3-5 år. Daglig fysisk aktivitet ska uppmuntras och underlättas genom för åldern anpassade aktiviteter i lek och rörelse och gärna utomhus	Begränsa den stillasittande tiden i vagn, barnstol eller liknande till max 60 minuter i sträck. Begränsa skärmtid till max 60 minuter per dag, ju mindre desto bättre.
Barn och ungdomar 6–17 år [21,24,39]	Sammanlagt minst 60 minuter daglig fysisk aktivitet. Intensiteten bör vara måttlig och minst 3 gånger per vecka på hög intensitetsnivå. Muskel – och skelettstärkande aktiviteter bör ingå minst 3 gånger per vecka och kan utföras som en del i lek, löpning och hopp. För tidigare inaktiva barn och ungdomar bör den	Barn och ungdomar som är stillasittande framför skärm en stor del av sin vakna tid och inte uppnår rekommenderad aktivitet bör minska skärmtiden till förmån för mer fysisk aktivitet.

	fysiska aktivitetsnivån ökas successivt, lite är bättre än inget.	
Barn och ungdomar med funktions-nedsättning eller sjukdomstillstånd [21,39]	Bör rekommenderas fysisk aktivitet utifrån sin åldersgrupp och vara så aktiva som tillståndet medger. Lite är bättre än inget Om det finns restriktioner för fysisk aktivitet ska dessa efterföljas. Viktigt med individanpassade råd och stöd av t.ex. behandlande fysioterapeut.	Begränsa stillasittande beteende, särskilt skärmtid för rekreation.

Rekommendation fysisk aktivitet för Barn och ungdomar.

Allmänna råd om fysisk aktivitet

För tidigare inaktiva barn och ungdomar bör den fysiska aktivitetsnivån ökas successivt. All aktivitet bör anpassas till individens biologiska och psykosociala mognad. [39]

Läs mer i kapitel Fysisk aktivitet under rubriken Allmänna råd om fysisk aktivitet.

Uppmärksamma

Att uppmärksamma barns fysiska aktivitet och stillasittande tid kan påbörjas redan under spädbarnstiden. I samband med hälsosamtal inom Barnhälsovården och elevhälsan kan ett barncentrerat samtal med bildstöd användas vid samtal med barn och familjer.

Att uppmärksamma barnets/den ungas fysiska aktivitetsnivå kan ske med hjälp av frågor och indikatorer. Det saknas nationella indikatorfrågor om fysisk aktivitet anpassade för barn. Bedömning av barn och ungas fysiska aktivitet kan även kompletteras med en utökad anamnes. Undersök om vanor för fysisk aktivitet skiljer sig åt mellan vardag och helgdag.

Det är viktigt att inte enbart fokusera på schemalagd träning och skolidrott då dessa endast utgör en begränsad del av veckan och all daglig fysisk aktivitet måste beaktas. För att fånga de barn och unga som tillbringar mycket tid framför olika typer av skärmar kan kompletterande frågor om skärmtid ställas.

För barn 2–5 år kan frågor om utevistelse vara ett enklare sätt att bedöma barnets fysiska aktivitet.

Återkoppla din bedömning. Lyssna och bekräfta det som är hälsosamt.

Barn från 2 år och unga som är otillräckligt fysiskt aktiva bör uppmuntras till ökad fysisk aktivitet. Vid samtal om otillräcklig fysisk aktivitet med barn och deras föräldrar är det viktigt att visa intresse och nyfikenhet för de tankar och funderingar som familjen har kring barnets rörelsevanor. Ställ öppna frågor och utgå från barnets/den ungas/ vårdnadshavarens tankar och funderingar, erbjud fakta och om så önskas en dialog om hur den fysiska aktiviteten kan ökas.

Exempel på frågor

- Vad vet du om hur rörelse och aktivitet påverkar din hälsa/ditt barns hälsa?
- Vad upplever du fungerar bra eller mindre bra med dina/ditt barns rörelse och aktivitet?

- Är du orolig för att ditt barn rör sig för lite?
- Om du skulle ändra på något för att få ditt barn att bli mer aktivt, vad skulle det i så fall vara?
- Vill du/ni ha hjälp att förändra dina/ditt barns/familjens vanor med fysisk aktivitet?

Åtgärd

Rekommendation

Målgrupp	Rekommendationer	Prioritet
Unga 13–18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva	Rådgivande samtal	3
Barn 2–12 år som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva	Familjestödsprogram	5
Unga 13–18 år som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva	Familjestödsprogram	7

Barn 2 - 12 år

Familjer med barn, 2 - 5 år, som bedömts vara otillräckligt fysiskt aktiva, bör initialt erbjudas stöd i form av extra samtal och vägledning inom barnhälsovården samt insatser efter behov för att motivera till ökad fysisk aktivitet [26]. I samtalet kan bildstöd vara behjälpligt.

Familjer med barn, 6 - 12 år, som bedöms vara otillräckligt fysisk aktiva, bör initialt erbjudas stöd och hälsovägledning inom elevhälsan genom extra samtal tillsammans med vårdnadshavare samt insatser efter behov för att motivera till ökad fysisk aktivitet [8]. I samtalet kan bildstöd vara behjälpligt.

Familjer till barn, 2 - 12 år, med behov av ytterligare råd och stöd bör erbjudas mer omfattande insatser i form av familjestödsprogram och/eller samordnade insatser med andra aktörer.

Läs mer i kapitel Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav under rubriken Familjestödsprogram.

Unga 13 - 18 år

Unga 13 - 18 år som är otillräckligt fysisk aktiva bör erbjudas rådgivande samtal. Vid rådgivande samtal med unga under 18 år kan vårdnadshavare eller andra viktiga personer i den unges omgivning involveras. I samtalet kan bildstöd vara behjälpligt.

Familjer till unga, 13 - 18 år, med behov av ytterligare råd och stöd kan erbjudas mer omfattande insatser i form av familjestödsprogram och/eller samordnade insatser med andra aktörer.

Läs mer i kapitel Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav under rubriken Rådgivande samtal.

Fysisk aktivitet på Recept kan förskrivas till barn och unga som komplement till rådgivande samtal. I FaR-metoden ingår förutom någon form av rekommenderad fysisk aktivitet även stödjande samt uppföljande samtal med den unga eller föräldrar och barn. Läs mer under kapitel Fysisk aktivitet.

Motiverande samtal kan användas för att hjälpa barnet och familjen att hitta sin egen motivation till att röra sig mer och mål sätts som skall vara genomförbara och nåbara. Se under verktyg och stöd för patient och personal.

Uppföljning

Läs mer i kapitel Fysisk aktivitet under rubriken Uppföljning.

Kompetens

Utöver den kompetens som gäller för samtal med vuxna behöver personal som möte barn och unga med otillräcklig fysisk aktivitet ha kompetens att samtala med barn, unga och deras föräldrar.

Lär mer under kapitel Allmänt om åtgärdsnivå och kompetenskrav samt kapitel Fysisk aktivitet under rubriken Kompetens.

Dokumentation

Dokumentation sker i för verksamheten rekommenderad mall för fysisk aktivitet. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras.

KVÅ koder:

- DV132 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet.
- DV200 Utfärdande av FaR.
- AW005 Uppföljning av tidigare utfärdat recept på fysisk aktivitet (FaR).

Diagnoskod ICD-10:

- Z72.3 Otillräcklig fysisk aktivitet (brist på träning)

Verktyg och stöd för personal

- Rikshandboken, metoder, riktlinjer hälsosamtal om levnadsvanor https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/halsosamtal-om-levnadsvanor/.
- **FYSS** - En kunskapsbank och ett stödverktyg för hälso- och sjukvårdspersonal vid rekommendation av fysisk aktivitet till bland annat barn och unga samt vid olika diagnoser [21].
- FaR för barn och ungdomar, Region Stockholm https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/fysisk-aktivitet-pa-recept/rekommendationer-far-till-barn-och-ungdomar-region-stockholm.pdf.
- FaR rehabilitering barn, Västra Götalandsregionen https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/behandling--hjalpmedel/smartbehandlingar-och-rehabilitering/barn-kan-fa-fysisk-aktivitet-pa-recept/.
- Generation Pep.
- Elevhälsoportalen https://elevhalsoportalen.se.

Verktyg och stöd för patient

- Rikshandboken - bildstöd - Grunda sunda vanor www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/halsosamtal-om-levnadsvanor/grunda-sunda-vanor---pedagogiskt-bildmaterial/
- BAMSE www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/Beslutstod-overvikt-och-fetma/barn-och-unga/material-och-lankar/bamse---ett-stod-for-samtal-om-barnets-halsa/
- Saga sagor https://generationpep.se/sv/hur-vi-arbetar/samarbetsinitiativ/saga-sagor-fiffiga-kroppen-och-finurliga-knoppen/
- Sköterskeföreningens material om levnadsvanor inom elevhälsan https://www.swenurse.se/kampanjer-och-projekt/levnadsvanor.
- Unga kroppar är gjorda för rörelse! https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kompetensutveckling/levnadsvanor/ungdomar-a5-webb-navigering-20170327.pdf

Barn och unga under 18 år med ohälsosamma matvanor

Bakgrund

Hälsosamma matvanor är viktigt för hjärnans utveckling, god tillväxt och kan i alla åldrar bidra till mer ork och bättre mående [27,42]. Ett högt intag av frukt och grönsaker, fisk, fullkorn och ett lågt intag av energirika och näringsfattiga livsmedel, så som söta drycker, godis och chips främjar barns hälsa och minskar risken att utveckla övervikt eller fetma [28]. Hälsosamma matvanor hos barn minskar även risken för karies, näringsbrist, undervikt på kort sikt och för andra kroniska sjukdomar så som diabetes II, hjärtkärlsjukdomar och vissa cancerformer på lång sikt [28-34].

Ohälsosamma matvanor i barndomen ökar risken för andra kroniska sjukdomar så som diabetes II, hjärtkärlsjukdomar och vissa cancerformer i vuxenlivet [28,34].

Smakpreferenser och matvanor grundläggs redan i tidig ålder men får betydelse hela livet [35,36]. Föräldrarnas matvanor och deras roll vid inköp och tillagning har stor betydelse för barnets framtida matvanor [37].

Definition

Ohälsosamma matvanor hos barn och unga definieras som matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval inklusive drycker, tillagningsform eller måltidsmönster inte motsvarar individens behov. Intaget av energi, näringsämnen eller livsmedel kan därmed vara antingen för stort eller för litet i förhållande till det individuella behovet.

Allmänna råd om hälsosamma matvanor

Livsmedelverkets svenska kostråd är de samma för barn över två år som för vuxna, med några undantag [38]:

- För barn under fyra år är rekommendationen att frukt och grönsaker ingår i kosten varje dag, gärna vid varje måltid. Med stigande ålder ökas mängden succesivt så att de vid fyra år äter cirka 400 gram per dag. Vid 10 års ålder är rekommendationen som för vuxna, 500 gram per dag.
- Fullkorn och fibrer är bra även för barn men mängden kan behöva anpassas för barn under 4 år, om barnet blir hård eller lös i magen.

Läs mer i kapitel Matvanor under rubriken Allmänna råd om hälsosamma matvanor.

Uppmärksamma

Att uppmärksamma barns matvanor påbörjas redan under spädbarnstiden. I samband med hälsosamtal inom barnhälsovården och elevhälsan samt vid rutinbesök inom tandvården kan ett barncentrerat samtal med bildstöd användas vid samtal med barn och familjer.

Att uppmärksamma barnets/den ungas matvanor kan ske med hjälp av frågor och indikatorer. Socialstyrelsens kostindex validerat på vuxna men inte på barn och unga [11]. Kostindex bedöms dock kunna användas för att identifiera ohälsosamma matvanor även hos barn barn/unga genom att ge vägledning kring matens näringsmässiga kvalitet utifrån nordiska näringsrekommendationer för barn och unga [39]. Barnets matvanor kan även bedömas via en strukturerad kostanamnes där barnet, om det är möjligt, själv får svara på frågor om sina matvanor, medan medföljande vuxen hjälper till att beskriva den övriga livssituationen.

Då kostindex inte tar hänsyn till barnets energiintag, generella livsmedelsval eller måltidsstruktur kan kostindex behöva kompletteras med andra kostundersökningsmetoder för att få en tydligare bild av barnets/den unges matvanor. Undersök även om barnets matvanor skiljer sig åt mellan vardag och helgdag.

Läs mer i kapitel Matvanor under rubriken Uppmärksamma.

Återkoppla din bedömning. Lyssna och bekräfta det som är hälsosamt.

Föräldrar, till barn som har ohälsosamma matvanor, bör uppmuntras att förbättra barnets matvanor. Vid samtal om ohälsosamma matvanor med barn, ungdomar och deras föräldrar är det viktigt att visa intresse och nyfikenhet för de tankar och funderingar som familjen har kring barnets matvanor. Ställ öppna frågor och utgå från barnets och förälderns tankar och funderingar, erbjud fakta och om familjen önskar, ge råd om hälsosamma matvanor.

Exempel på frågor:

- Vad vet du om hur dina/era matvanor påverkar din hälsa och ditt barns hälsa?
- Vad upplever du fungerar bra eller mindre bra med dina och ditt barns matvanor?
- Om du skulle ändra på något för att förbättra dina och ditt barns matvanor, vad skulle det i så fall vara?
- Vill du/ni ha hjälp att förändra dina/ditt barns/familjens matvanor?

Åtgärd

Rekommendation

Målgrupp	Rekommendation	Prioritet
Barn 2–12 år som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva	Familjestödsprogram	5
Unga under 18 år som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva	Familjestödsprogram	7

Barn 2 - 12 år

Familjer med barn, 2 - 5 år, som bedömts ha ohälsosamma matvanor, bör initialt erbjudas stöd i form extra samtal och vägledning inom barnhälsovården eller tandvården samt insatser efter behov för att motivera till hälsosamma matvanor (26). Vid samtalet kan bildstöd vara behjälpligt.

Familjer med barn, 6 – 12 år, som bedöms ha ohälsosamma matvanor vid hälsosamtal inom elevhälsan eller inom tandvården bör initialt erbjudas stöd inom elevhälsan eller tandvården genom extra samtal tillsammans med vårdnadshavare, hälsovägledning och insatser efter behov för att motivera till hälsosamma matvanor (8).

Familjer till barn 2 - 12 år med behov av ytterligare råd och stöd bör erbjudas hänvisas/remitteras till annan vårdgivare för insatser i form av **familjestödsprogram**, till annan vårdgivare eller för samordnade insatser med andra aktörer.

Läs mer under kapitel Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav - Familjestödsprogram

Unga 13 - 17 år

Unga, 13 - 17 år, som bedöms ha ohälsosamma matvanor vid hälsosamtal inom elevhälsan eller inom tandvården, bör initialt erbjudas stöd och hälsovägledning inom elevhälsan eller tandvården genom extra samtal insatser efter behov för att motivera till hälsosamma matvanor (8). Vid samtal med unga kan vårdnadshavare eller andra viktiga personer i den unges omgivning involveras.

Unga 13 - 17 år, med behov av ytterligare råd och stöd kan erbjudas mer omfattande insatser i form av familjestödsprogram och/eller samordnade insatser med andra aktörer.

Läs mer i kapitel Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav under rubriken Familjestödsprogram.

Uppföljning

Läs mer i kapitel Matvanor under rubriken Uppföljning.

Kompetens

Utöver den kompetens som gäller för samtal med vuxna behöver personal som möte barn och unga med ohälsosamma matvanor ha kompetens att samtala med barn, unga och deras vårdnadshavare.

Lär mer under kapitel Allmänt om åtgärdsnivå och kompetenskrav samt kapitel Matvanor under rubriken Kompetens.

Dokumentation

Dokumentation sker i för verksamheten rekommenderad mall för matvanor. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras.

KVÅ koder:

- Familjestödsprogram

Diagnoskod ICD-10:

- Z72.4 Ohälsosamma matvanor (Olämplig diet och olämpliga matvanor)

Läs mer i kapitel Matvanor under rubriken Dokumentation.

Verktyg och stöd för personal

- Rikshandboken, metoder, riktlinjer hälsosamtal om levnadsvanor https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/halsosamtal-om-levnadsvanor/.
- Livsmedelsverket, Barn och ungdomar 2-17 år https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/barn-2-17-ar?AspxAutoDetectCookieSupport=1.
- Måltider i förskolan, Livsmedelverket https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-vard-skola-och-omsorg/forskola.
- Måltider i skolan, Livsmedelverket https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-vard-skola-och-omsorg/skola.
- Elevhälsoportalen https://elevhalsoportalen.se.

Verktyg och stöd för patient

- Mat och dryck för barn 1177 https://www.1177.se/barn--gravid/att-ta-hand-om-barn/mat-och-dyck-for-barn/
- Barn och ungdomar, livsmedelsverket https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar
- Rikshandboken - bildstöd - Grunda sunda vanor www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/halsosamtal-om-levnadsvanor/grunda-sunda-vanor---pedagogiskt-bildmaterial/
- BAMSE www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/Beslutstod-overvikt-och-fetma/barn-och-unga/material-och-lankar/bamse---ett-stod-for-samtal-om-barnets-halsa/

- Saga sagor https://generationpep.se/sv/hur-vi-arbetar/samarbetsinitiativ/saga-sagor-fiffiga-kroppen-och-finurliga-knoppen/
- Svensk sjuksköterskeförenings material om levnadsvanor inom elevhälsan https://www.swenurse.se/kampanjer-och-projekt/levnadsvanor
- Familjecentralens matkassen https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/levnadsvanor/matkassen/

Referenser

1. SFS 2018:1197. Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. [Online] https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197.
2. Gray, L, o.a. Family lifestyle dynamics and childhood obesity: evidence from the millenium cohort study. BMJ Public health. den 16 April 2018, Vol. 18, 1, s. 500.
3. Prop. 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. 2018.
4. SOU 2017:47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. u.o. : Statens offentliga utredningar, 2017.
5. WHO. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity Report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity. u.o. : WHO, 2016.
6. Sawyer, S M, o.a. Adolescence: a foundation for future health. 379(9826). Lancet. 2012, Vol. 379(9826), ss. 1630-40.
7. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Falun : Edita Bobergs, 2014.
8. Socialstyrelsen; Skolverket;. Vägledning för elevhälsan. u.o. : Socialstyrelsen, 2017.
9. SFS 2020:605. Skollag (2010:800). u.o. : Utbildningsdepartementet, 2020.
10. Skolverket. Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet REVIDERAD 2019. 2019.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - stöd för styrning ledning. u.o. : Socialstyrelsen, 2018. 2018-06-24.
12. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning. u.o. : Socialstyrelsen, 2019.
13. Doll, R, o.a. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004; 328(7455):1519. 21 januari 2021 22:26. BMJ. 2014, Vol. 328, 7455, s. 1519.
14. Lydon, D M, o.a. Adolescent brain maturation and smoking: what we know and where we're headed. Neurosci Biobehav Rev. 2014, Vol. 45, ss. 323-42.
15. Services., U.S. Department of Health and Human. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
16. Pantzar, M och Hellberg, J. Samtal om tobak och avvänjning för unga. u.o. : Psykologer mot tobak i samarbete med sjuksköterskor mot tobak, 2017.
17. Institute för Health Metrics and Evaluation. GBD Compere. [Online] 2019. [Citat: den 21 01 2021.] https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.

18. Folkhälsomyndigheten. Alkoholens skadeverkningar. [Online] 2020. [Citat: den 21 01 2021.] https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/.
19. Skala, K och Walter, H. Adolescence and Alcohol: a review of the literature. -11. Neuropsychiatry. 2013, Vol. 27, 4, ss. 202-211.
20. Kriellaars, D. Physical Literacy Enriched Environmental Design - PLEED. u.o. : University of Manitoba, Canada, 2020.
21. FYSS. Rekommendationer om fysisk aktivitet - För barn och ungdomar. u.o. : Yrkes föreningar fysisk aktivitet, 2016.
22. Hoare, E, o.a. The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2016, Vol. 108.
23. WHO. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. u.o. : World Health Organization, 2019.
24. —. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. u.o. : World health Organization, 2020.
25. Impact of the Supporting Physical Activity in the Childcare Environment (SPACE) intervention on preschoolers' physical activity levels and sedentary time: a single-blind cluster randomized controlled trial. Tucker, P, o.a. 2017, Behav Nutr Phys Act, Vol. 14, ss. 120-130.
26. Rikshandboken Barnhälsovård. Barnhälsovårdens nationella program. [Online] 2018. https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/.
27. Nord 2014:002. Nordic Nutrition Recommendations 2012: integrating nutrition and physical activity. Copenhagen : Nordic Council of Minsters;, 2014. Vol. 5th edition.
28. WHO. Global Strategy on Diet, Physiscal Activity and Health. 2018.
29. Popkin, B M, Adair, L S och Ng, S W. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. Nutr Rev. 2012, Vol. 70, 1, ss. 3-21.
30. Moreno, L A, o.a. Nutrition and lifestyle in european adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. Adv Nutr. 2014, Vol. 5, 5, ss. 615S-623S.
31. Seow, W K. Early Childhood Caries. Pediatr Clin North Am. 2018, Vol. 65, 5, ss. 941-954.
32. Chang, C-J, o.a. Evidence in obese children: contribution of hypolipidemia, obesity-inflammatio, and insulin sensitivity. PLoS One. 2015, Vol. 10, 5, s. e0125935.
33. Kjellberg, E, o.a. Longitudinal birth cohort study found that a significant proportion of children had abnormal metabolic profiles and insulin resistance at 6 years of age. Acta Paediatr. 2019, Vol. 108, 3, ss. 486-492.
34. Laitinen, T P. Ideal cardiovascular health in childhood and cardiometabolic outcomes in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. Circulatio. 2012, Vol. 125, ss. 1971-1978.
35. Ventura, A K och Worobey, J. Early influences on the development of food preferences. Curr Biol. 2013, Vol. 23, 9, ss. R401-408.
36. Craigie, A M, o.a. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. Maturitas. 2011, Vol. 70, 3, ss. 266-284.
37. Sleddens, E F, o.a. Determinants of dietary behavior among youth: an umbrella review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2015, Vol. 12, 7.

38. Livsmedelverket. Barn och ungdomar 2-17 år. [Online] 2020. [Citat: den 20 01 2021.] https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/barn-2-17-ar#Mer_frukt_och_gr%C3%B6nt.
39. FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för barn och ungdomar (utkast februari 2021)
40. The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic review | International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity | Full Text (biomedcentral.com)
41. WHO 2018, Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.

Dokumentation

All identifiering, bedömning, erbjudande av stöd, samt eventuella åtgärder och uppföljning avseende patientens levnadsvanor ska dokumenteras i patientens journal. Ett strukturerat sätt att dokumentera arbetet med levnadsvanor underlättar i det patientnära mötet, teamarbetet mellan olika professioner och enheter samt i kvalitetsuppföljning.

För strukturerad dokumentation bör specifika sökord och journalmallar för respektive levnadsvana användas, anpassade till respektive journalsystem. En gemensam dokumentation av levnadsvanor i journalens patientöversikt är att föredra.

Blankett för skriftlig ordination av fysisk aktivitet, FaR, finns vanligtvis kopplat till patientjournalen och i vissa regioner är den placerad i läkemedelsmodulen. Fördel med blankett i läkemedelsmodulen är att den direkt visar koppling till läkemedelsordinering och är lättillgänglig för läkarkåren.

För att möjliggöra uppföljning av genomförd åtgärd bör dokumentation ske standardiserat med specifika KVÅ-koder för definierade åtgärder. Följande koder skall användas i journalföring av åtgärderna, se tabell nedan.

KVÅ-koder	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal	Utfärdande/Uppföljning av FaR	Hälsosamtal
Tobaksbruk	DV111	DV112	DV113		
Riskbruk alkohol	DV121	DV122	DV123		
Otillräcklig fysisk aktivitet	DV131	DV132	DV133	DV200/AW005	
Ohälsosamma matvanor	DV141	DV142	DV143		
Hälsosamtal*					DV030

Åtgärdskoder för dokumentation av levnadsvanor.

*KVÅ-kod Hälsosamtal används vid till exempel riktade hälsosamtal, där utvalda befolkningsgrupper bjuds in till ett hälsosamtal med fokus på alla levnadsvanor riktat mot exempelvis hjärtkärlsjukdom. Koden kan också användas vid ett kvalificerat rådgivande samtal om enstaka levnadsvana, där tid specifikt avsatts för kartläggning, rådgivning och stöd avseende denna levnadsvana.

Inom tandvården motsvarar rådgivande samtal:
Kod 314, beteendemedicinsk behandling och kvalificerat rådgivande samtal, 60 minuter eller mer.
Kravet är att det ska finnas en individuell behandlingsplan för beteendepåverkan samt en dokumenterad motivering till varför beteendemedicinsk behandling ska utföras.

Vid behov registreras diagnoskoder (ICD-10-SE):

- Z72.0 Tobaksbruk.
- F17.1 Skadligt tobaksbruk.
- F17.2 Tobaksberoende.
- Z72.1 Alkoholbruk.
- F10.1 Skadligt bruk av alkohol.
- F10.2 Alkoholberoende.
- Z72.3 Otillräcklig fysisk aktivitet (Brist på fysisk träning).
- Z72.4 Ohälsosamma matvanor (Olämplig diet och olämpliga matvanor).

- Z72.9 Ohälsosamma levnadsvanor (problem som har samband med livsstil, ospecificerat).
- Z13.6 Riktad hälsokontroll avseende hjärt – kärlsjukdomar.

Kompletterande diagnos- och KVÅ-koder kan förekomma regionalt, exempelvis webbaserad intervention.

Socialstyrelsen har tagit fram en informationsspecifikation som anger hur man kan dokumentera processen att stödja en patient att ändra en levnadsvana: Informationsspecifikation för levnadsvanor Tobakskonsumtion, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor.

Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer

En nyligen genomförd inventering av dokumentation av levnadsvanor bland de nationella kvalitetsregistren har gjorts där 71 av 106 Nationella Kvalitetsregister besvarade enkäten. Av dessa rapporterade 29 register att man dokumenterade rökvanor, 11 alkoholvanor, 12 matvanor och 28 fysisk aktivitet. Olika skalor var ofta förekommande. För fysisk aktivitet dokumenterades främst fysiska begränsningar.

En nationell arbetsgrupp (NAG) med nationellt programområde (NPO) Levnadsvanor som uppdragsgivare har fått i uppdrag att utforma ett nationellt förslag på hur information om levnadsvanor kan fångas, dokumenteras och följas upp på ett enhetligt sätt. Enhetlig dokumentation av patienters levnadsvanor samt föreslagna eller vidtagna åtgärder ger vägledning om hur väl befintliga levnadsvaneinsatser fungerar, ger stöd för prioritering av olika typer av insatser och möjliggör utvärdering av insatser. En enhetlig dokumentation underlättar utformning av ändamålsenliga rutiner och effektiviserar dokumentationens möjligheter att i det kliniska arbetet monitorera levnadsvanors förändringar för såväl enskilda patienter som för patientgrupper. Detta för att göra nivåer av levnadsvanor tillgängliga för arbete med sekundärprevention, riskprediktion och individuellt doserad behandling.

En stor majoritet patienter vill lämna information om sina levnadsvanor i samband med besök i hälso- och sjukvården för att få rätt vård och behandling. Genom en enhetlig dokumentation avseende levnadsvanor ges vården ökade möjligheter att motsvara patienters förväntningar. Genom att dokumentera patienters levnadsvanor på ett enhetligt sätt, underlättas påtagligt forskningens möjlighet att belysa levnadsvanornas roll. Genom att återföra därmed förvärvad kunskap till klinisk praktik skapas förutsättningar för nya vårdinsatser som ger patienter stöd till mer hälsosamma levnadsvanor.

Arbetet tar avstamp i de screeningfrågor som NPO levnadsvanor delvis omformulerat utifrån de indikatorfrågor kring tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor som finns beskrivna i de Nationella riktlinjerna för levnadsvanor.

Indikatorfrågorna ska vara så utformade så att de

- ger valida svar
- är enkla att använda i vårdarbetet
- har stor informatisk användbarhet.

Nationell arbetsgrupp för nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling

Nationella arbetsgruppens sammansättning

Den nationella arbetsgruppen består av representanter från sjukvårdsregionerna samt patientföreträdare och har tillsatts av Nationellt programområde för Levnadsvanor.

Nationella arbetsgruppens ordförande och medlemmar

Kristine Bergström, processledare, sjuksköterska, Norra sjukvårdsregionförbundet.

Malin Skogström, allmänläkare, Södra sjukvårdsregionen.

Kjell Olsson, dietist, Södra sjukvårdsregionen.

Hans Lingfors, allmänläkare, Sydöstra sjukvårdsregionen.

Helen Sundberg , fysioterapeut, Västra Götalandsregionen.

Sara Haile, sjuksköterska, Stockholm Gotlands sjukvårdsregion.

Karin Kauppi, dietist, Uppsala Örebro sjukvårdsregion.

Sven Andreasson, professor, Stockholm Gotlands sjukvårdsregion.

Roger Olsson, specialist ortopedi, Norra sjukvårdsregionen.

Cecilia Edström, hälsoutvecklare och fysioterapeut, Norra sjukvårdsregionen.

Christin Anderhov Eriksson, M.Sc. folkhälsovetenskap, dietist, Sydöstra sjukvårdsregionen.

Jäv och andra bindningar

Medlemmarna i den nationella vårdprogramgruppen har inga pågående uppdrag som skulle kunna innebära jäv. Kopior av hela gruppens jävsdeklarationer, inklusive föreläsaruppdrag, går att få från respektive uppdragsgivande organisation, till exempel regionen en medverkande person arbetar i.

Vårdprogrammets förankring

Vårdprogrammet har utarbetats på uppdrag av Nationellt programområde för levnadsvanor, vilken utsett Lars Jerdén till vårdprogramgruppens ordförande.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd levnadsvanor

Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor- prevention och behandling.

NAG vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Nationell arbetsgrupp (NAG) för nationellt vårdprogram vis ohälsosamma levnadsvanor- prevention och behandling
[Datum för publicering]
Nationellt programområde för Levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare för NPO levnadsvanor
Kontaktuppgifter: kristine.bergstrom@norrarf.se 070-2482756

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling.

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Kristine Bergström, processledare NPO levnadsvanor

2021-04-01

Östersund

Nationell arbetsgrupp (NAG) för nationellt vårdprogram vis ohälsosamma levnadsvanor- prevention och behandling
[Datum för publicering]
Nationellt programområde för Levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare för NPO levnadsvanor
Kontaktuppgifter: kristine.bergstrom@norrarf.se 070-2482756

Innehållsförteckning

Versionshantering 2

Sammanfattning 4

1. Om konsekvensbeskrivningen 4

2. Konsekvenser 4

2.1 Omfattning 4

2.2 Nytta eller risker för individen 5

2.3 Etiska aspekter 6

2.4 Verksamhet och organisation 6

2.5 Kostnader 7

2.6 Kompetensförsörjning 10

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 10

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 11

2.9 Uppföljning 11

Nationell arbetsgrupp (NAG) för nationellt vårdprogram vis ohälsosamma levnadsvanor- prevention och behandling
[Datum för publicering]
Nationellt programområde för Levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare för NPO levnadsvanor
Kontaktuppgifter: kristine.bergstrom@norrarf.se 070-2482756

Sammanfattning

Tidigare betraktades stöd till levnadsvaneförändringar i huvudsak som prevention. Idag finns dock omfattande evidens för att åtgärder, som påverkar/motverkar ohälsosamma levnadsvanor hos individ med specifik sjukdom, också utgör en viktig del i själva behandlingen. På samma sätt som är fallet för exempelvis farmakologisk eller kirurgisk behandling måste också insatser för att ge stöd till levnadsvaneförändringar bygga på evidens. De Nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor ger vägledning om vilka metoder som är evidensbaserade, medan vårdprogrammet redovisar hur metoderna genomförs.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Lars Weinehall, ordförande NPO levnadsvanor, Lars Jerdén, ordförande NAG vårdprogram för levnadsvanor och Kristine Bergström, processledare för NPO levnadsvanor och NAG vårdprogram för levnadsvanor ansvarar för innehåll och har för NPO levnadsvanors räkning utarbetat konsekvensbeskrivningen. Konsekvensbeskrivningen har därefter godkänts av NPO levnadsvanor.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Nationellt programområde för levnadsvanor, fokuserar i sitt arbete på de fyra levnadsvanor som Socialstyrelsen prioriterar inom ramen för Nationella levnadsvanor för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor:

Förekomst av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen vad gäller tobaksbruk, matvanor, fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol är betydande. En enhetlig nationell dokumentation finns dock inte i hälso- och sjukvårdens journalsystem. Prevalensen av de aktuella fyra levnadsvanorna redovisas därför bl.a. utifrån Folkhälsomyndighetens senaste nationella befolkningsundersökning 2020, Hälsa på lika villkor (HLV).

Enligt HLV (för åldersgruppen 16-84 år) rapporterar 12% av kvinnorna och 20% av männen en alkoholkonsumtion som överensstämmer med kriteriet riskbruk, medan 7% av både kvinnor och män uppger sig vara dagligrökare. Beträffande fysisk aktivitet anger i HLV 65% av kvinnorna och 66 % av männen en veckoaktivitet på minst 150 minuter, medan 38 % (lika för kvinnor och män) anger en veckoaktivitet på 300 minuter. 19% av kvinnorna och 25 % av männen anger stillasittande under minst 10 timmar/dygn. Socialstyrelsen beräknar, utifrån de nordiska näringsrekommendationerna och kostindex, att omkring 20 % av befolkningen har betydande ohälsosamma matvanor. Skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper är genomgående betydande för de 4 levnadsvanorna:

Exempelvis är 16 % med förgymnasial utbildning dagligrökare jämfört är 4 % bland gruppen eftergymnasial utbildning.

Vårdprogrammet inkluderar också förslag om nationellt likvärdig rådgivning och riktlinjer kring rök- och alkoholfri operation, mot bakgrund av att enhetliga nationella evidensbaserade riktlinjer inför operation gällande levnadsvanorna rökning och alkohol saknas. Visserligen finns regionala riktlinjer, men de skiljer sig åt i de olika regionerna, vilket i sin tur innebär risk för ojämlik vård i anslutning till operativa ingrepp.

För nio av de tio vanligaste sjukdomstillstånd som leder till för tidlig död bedöms hälsorelaterade levnadsvanor ha betydelse. Den som inte röker, äter hälsosamt, är fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har dessa ohälsosamma levnadsvanor.

2.2 Nytta eller risker för individen

Levnadsvanorna har en mycket stor påverkan på sjukdomsbördan. Hälso- och sjukvården har effektiva metoder för att stödja individer att förbättra sina ohälsosamma levnadsvanor. Vårdprogrammets syfte är att fler individer ska nås av dessa metoder, och de därmed ska bidra till stor nytta för många. Kunskapsstödet bedöms inte innebära risker för individen.

De åtgärder som föreslås har sin grund i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som i sin tur är baserade på ett systematiskt framtaget evidensbaserat kunskapsunderlag. I vårdprogrammet har kompletterande kunskapsunderlag angående riktade hälsosamtal tagits fram på motsvarande systematiska sätt. Det slutgiltiga kunskapsunderlaget kommer att bifogas det färdiga vårdprogrammet. I avsnittet "Inför operation" beskrivs åtgärder avseende fysisk aktivitet respektive nutrition. Dessa grundar sig på litteratursökningar där referenserna redovisas i avsnittet. Åtgärderna är försiktigt formulerade, och vi ser inga risker kopplade till detta.

Vårdprogrammet betonar vikten av personcentrering vid samtal om levnadsvanor, se framförallt avsnittet "Personcentrerat förhållningssätt". Personcentrering innebär delaktighet för individen. Bland annat tas begreppet hälsolitteracitet (individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation) upp. Vårdprogrammet betonar vikten av att åtgärder som riktar sig till utsatta grupper utformas tillsammans med målgruppen. Ytterligare ett exempel på arbetssätt ägnade att öka delaktigheten är möjligheten för patienten att lämna skriftliga uppgifter innan besöket inom vården. Sammanfattningsvis menar vi att vårdprogrammet ger förutsättning för viktiga förbättringar av individernas delaktighet.

2.3 Etiska aspekter

Intresset är stort i befolkningen att prata om levnadsvanor med hälso- och sjukvårdens personal. I en rapport från Socialstyrelsen från 2016 uppgav 97 procent av befolkningen sig vara beredda att dela med sig information om sina levnadsvanor till läkare eller annan vårdpersonal. För att kunna erbjuda hjälp till personer i behov av stöd att förändra ohälsosamma levnadsvanor behöver vårdpersonalen ställa frågor om dessa.

Ett etiskt dilemma som kan uppstå vid samtal om levnadsvanor är risken för att patienten upplever samtalet som integritetskränkande. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är lyhörd för patientens inställning till ett sådant samtal och respekterar att enstaka patienter kan ha en negativ inställning till samtal om levnadsvanor. Samtidigt är det viktigt att vårdpersonal inte – medvetet eller omedvetet – undviker ämnet levnadsvanor på grund av att enstaka patienter är negativa till sådana samtal. De flesta patienter tycker att det är positivt att föra en dialog om levnadsvanor vid besök i vården. Det är angeläget att alla får samma möjligheter till ett sådant samtal.

Ett annat är hur långt hälso- och sjukvården kan driva frågan om beteendeförändringar hos en enskild patient i de situationer där patientens levnadsvanor kan påverka utfallet av en planerad åtgärd. Kan och bör absoluta krav på rökstopp ställas i de fall operation planeras av patienter som röker. Här är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att ge adekvat information till patienten om riskerna med rökning inför en operation samt att rökstopp inför kirurgi kraftigt minskar komplikationerna efter operationen samt att erbjuda och försöka motivera patienten till den rekommenderade behandlingen, det vill säga kvalificerat rådgivande samtal.

Ifall en patient ändå fortsätter att röka är det behandlande läkares ansvar att göra en ny bedömning av för- och nackdelar med det kirurgiska ingreppet för den aktuella patienten. Ett liknande resonemang kan föras i andra situationer där patientens levnadsvanor kan påverka utfallet av en planerad åtgärd.

2.4 Verksamhet och organisation

Regioner och kommuner ansvarar för att det finns strukturella förutsättningar att uppmärksamma, bedöma och dokumentera ohälsosamma levnadsvanor inom all hälso- och sjukvård. Att ta upp frågan och att samtala om levnadsvanor är en självklar del i vårdkontakter vid levnadsvanerelaterade hälsoproblem.

Regionen bör, i samverkan med kommunerna, utarbeta en regional tillämpning av Nationellt vårdprogram levnadsvanor som tydliggör den roll och det ansvar vårdgivare/ förvaltningar/ verksamheter har. Särskild vikt bör läggas vid levnadsvaneinsatser för jämlik vård. Vilken åtgärdsnivå som respektive verksamhet ansvarar för kan specificeras i avtal. Regioner och

kommuner bör säkerställa att all hälso- och sjukvårdspersonal har kompetens för att uppmärksamma och ge vägledning vid ohälsosamma levnadsvanor. Därför behövs på regional nivå en struktur för kompetenshöjning samt kunskapsstöd som är tillgängliga för det kliniska arbetet.

Verksamheten bör skapa lokala rutiner för patientflöden, arbetssätt och dokumentation som stödjer samverkan mellan professioner och vårdnivåer. Rutinerna bör omfatta när, av vem och hur levnadsvanor ska uppmärksammas, kunskap om var personer med ohälsosamma levnadsvanor kan erbjudas stöd lokalt eller vart patienter kan remitteras om stöd inte kan erbjudas i den egna verksamheten. Även dokumentation av levnadsvanor och verktyg för att utvärdera och systematiskt förbättring bör ingå i rutinerna.

2.5 Kostnader

Företaget Ernst och Young presenterade 2016 en hälsoekonomisk analys hur samhällets ekonomiska insatser fördelas mellan olika områden. Av de offentliga utgifterna på cirka 1 400 miljarder fördelades 55% till insatser av social och ekonomisk karaktär, 27% till klinisk vård, 17% till fysiska miljöinsatser medan 1% gick till insatser för att påverka hälsobeteenden.

Baserat på Öppna jämförelser folkhälsa 2014 analyserades därefter hälsoutfallet för dessa 4 huvudområden och fann att socioekonomiska insatser förklarade 49% av hälsoutfallet, medan hälsobeteende/levnadsvanor förklarade 30 %, fysisk miljö 20 % medan klinisk vård förklarade 8 % av hälsoutfallet.

Att genomföra nödvändiga åtgärder avseende de fyra levnadsvanor som vårdprogrammet fokuserar, ställer krav på betydande insatser betydande och därmed behov av resursförstärkningar för hälso- och sjukvårdens del. Samtidigt har framgångsrika insatser för att motverka ohälsosamma levnadsvanor en betydande hälsomässig och ekonomisk potential.

De samhällsekonomiska kostnaderna relaterade till enbart rökning uppskattades 2017 till 31 miljarder kronor, varav 10 miljarder belastar hälso- och sjukvården (Cancerfonden). De samlade samhällsekonomiska kostnaderna för alkoholkonsumtionen konsekvenser beräknades 2017 till cirka 103 miljarder kronor, varav vårdens och behandlingens andel var cirka 15 miljarder (Rambol). Hälso- och sjukvårdskostnader relaterade till otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är också omfattande men svårare att beräkna.

Beträffande vårdprogrammet är en utgångspunkt för de ekonomiska beräkningarna för att genomföra åtgärderna, att omfattningen av hälso- och sjukvårdens insats är likartad, även om innehållet i ett rådgivande samtal anpassas till tillståndet, levnadsvanan och individens förutsättningar.

Beräkningarna baseras på Nationella Riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2018. De summerar antal ytterligare personer/år bedöms vara aktuella för åtgärd, samt totalkostnaderna/år på nationell nivå. Alla rådgivande samtal motsvarande en sjukvårdande behandling av annan vårdgivare än läkare (drygt 600 kronor enligt Södra sjukvårdsregionens prislista 2017). Kvalificerat rådgivande samtal är mer omfattande (fördubblad tid) och har i genomsnitt fem samtalstillfällen/person (totalt ca 6 000 kronor/person). Beräkningarna utgår vidare från att 80 procent av samtliga personer med den ohälsosamma levnadsvanan kommer att ta del av någon av riktlinjernas åtgärder under den kommande femårs-perioden.

Förbättrade levnadsvanor i befolkningen till följd av utökad prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, förväntas innebära minskade kostnader på lång sikt i takt med att även risken för framtida sjuklighet minskar. Hälsoekonomiska överväganden redovisas i avsnittet Hälsoekonomi.

Vuxna med särskild risk

Daglig rökning: Kvalificerat rådgivande samtal för 36 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 226 miljoner kronor/år.

Riskbruk alkohol: Rådgivande samtal för 100 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 65 miljoner kronor/år.

Ohälsosamma matvanor: Kvalificerat rådgivande samtal för 123 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 770 miljoner kronor/år.

Otillräcklig fysisk aktivitet: Rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare för 42 000–100 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av 26–62 miljoner kronor/år.

Vuxna som ska genomgå en operation

Rökning: Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel eller vareniklin för 29 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 181 miljoner kronor/år.

Riskbruk av alkohol: Rådgivande samtal för 56 000 personer/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 35 miljoner kronor/år.

Unga under 18 år

Tobaksbruk: Kvalificerat rådgivande samtal för 13 000 ungdomar/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 79 miljoner kronor/år.

Bruk av alkohol: Rådgivande samtal för 43 000 ungdomar/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 27 miljoner kronor/år.

Otillräcklig fysisk aktivitet: Rådgivande samtal för 100 000 ungdomar/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 63 miljoner kronor/år

Barn 2–5 år och 6–12 år

Ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet: Familjestödsprogram för 27 000–31 000 familjer/år med en ökad kostnad på 189–216 miljoner kronor/år.

Gravida

Rökning, snusning eller bruk av alkohol: Rådgivande samtal med omkring 6 500 gravida/år, med en ökad kostnad på omkring 3 miljoner kronor/år.

Ohälsosamma matvanor och otillräckligt fysisk aktivitet: Kvalificerat rådgivande samtal med 9 000 gravida/år, med en ökad kostnad för hälso- och sjukvården av omkring 57 miljoner kronor/år.

Hälsoekonomi

Åtgärder som syftar till att få personer att sluta röka är generellt sett kostnadseffektiva, trots att det ofta är en liten andel som slutar röka permanent. Anledningen är att åtgärderna ofta är förknippade med låga kostnader, samtidigt som nyttan av att en person slutar röka är mycket stor. De flesta studier gäller åtgärder riktade mot rökande vuxna utan sjukdom. För personer med en samtidig sjukdom blir vinsten av att sluta röka i de allra flesta fall större, medan kostnaden ligger på samma nivå. Det bedöms därför sannolikt att effektiva åtgärder riktade mot olika högriskgrupper är ännu mer kostnadseffektiva än åtgärder riktade mot vuxna generellt.

För riskbruk av alkohol finns få studier av kostnadseffektivitet. En svensk studie visade att läkares råd till riskkonsumenter var en kostnadseffektiv insats (Lindholm 1998). För personer med en samtidig sjukdom blir vinsten av att minska alkoholkonsumtionen i de allra flesta fall större, medan kostnaden för åtgärden ligger på samma nivå.

Vad gäller fysisk aktivitet finns relativt många hälsoekonomiska utvärderingar. En svensk grupp har nyligen publicerat en översikt där 16 universella insatser granskats, varav 14 var kostnadseffektiva. Av sex studier som utvärderade insatser riktade till fysiskt inaktiva målgrupper var fem kostnadseffektiva.

I samma översikt rapporteras tretton utvärderingar inom området matvanor. Av de 48 universella insatser som analyserades 44 var kostnadseffektiva.

En svensk hälsoekonomisk analys av en prospektiv kohortstudie, baserad på mer än 1 miljon personår, där tobaksbruk, fysisk inaktivitet, samt ohälsosamma alkohol- och matvanor samtidigt adresserades, ger stöd för att riktade hälsosamtal - i den form som Socialstyrelsen sedan 2011 rekommenderar i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder - är mycket kostnadseffektiva. Studien beräknade att kostnaden per vunnet QALY ur ett samhällsperspektiv var

650 SEK kronor. Beloppet kan jämföras med de riktvärden som Socialstyrelsen 2016 anger som låg kostnad (under 100 000 SEK/DALY), hög kostnad (över 500 000 SEK/DALY) och mycket hög kostnad (1 miljon SEK/DALY).

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv var kostnaderna för det studerade programmet lägre än vinsterna. Nettobesparing av programmet under tiden 1990-2006 beräknades uppgå till 41 miljoner svenska kronor.

Sammanfattningsvis har hälso- och sjukvården tillgång till kostnadseffektiva insatser riktade mot de fyra levnadsvanorna.

2.6 Kompetensförsörjning

Vårdprogrammet beskriver kompetenskraven för de olika åtgärderna relativt utförligt. Utmaningarna ligger framför allt på två plan. För det första bör all hälso- och sjukvårdspersonal med självständig vårdkontakt kunna identifiera om någon eller några av de fyra levnadsvanorna är ohälsosamma. I så fall bör de kunna ge enkla standardiserade råd, samt veta vart individen kan vända sig för att få ytterligare stöd. Detta gäller alltså även all vårdpersonal på sjukhus, inom psykiatrin, tandvården, och den kommunala hälso- och sjukvården. Konsekvensen blir ett omfattande utbildningsbehov. Vi avser att inventera tillgängliga nätutbildningar, och vid behov uppdatera dessa.

För det andra betonas behovet av tillräcklig kompetens för åtgärden "kvalificerat rådgivande samtal". Avseende tobak bör vårdpersonalen vara diplomerad tobaksavvänjare, och ha tillgång till regelbunden fortbildning. Avseende matvanor är kompetenskraven omfattande, och det råder idag en stor brist på anställda inom hälso- och sjukvården med tillräcklig kompetens. Utbildningsinsatserna sedan 2011 har varit mycket ojämnt fördelade mellan regionerna, och sammantaget otillräckliga. Här krävs alltså omfattande utbildningsinsatser och att verksamheterna anställer betydligt fler personer med den erforderliga kompetensen. Utöver regionernas egna utbildningar föreslår vi att diskussioner förs med högskolor/universitet om utbildningar för att komplettera mer basal kompetens inom området.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Nationellt vårdprogram för levnadsvanor avses även att fungera som vägledning för övriga NPO och vårdförlopp vid utformning av sina insatser att integrera levnadsvanor i vårdprocesser. Genom att kunskap om hur levnadsvanor bäst implementeras styr arbetssätt, ökar förutsättningarna att uppnå optimalt resultat i varje patientmöte.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Nationellt vårdprogram levnadsvanor har förutsättningar att ge bidra i arbetet med strategier, målbilder eller handlingsplaner kring förebyggande eller hälsofrämjande insatser av stor betydelse för arbetet i God och nära vård.

2.9 Uppföljning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa (2017:30). Då hälso- och sjukvården idag inte har en enhetlig dokumentation av patienternas levnadsvanor , har vården inte ändamålsenliga verktyg för att uppföljning av hur ohälsosamma levnadsvanor förändras, trots att en stor majoritet patienter vill lämna information om sina levnadsvanor i samband med besök i hälso- och sjukvården för att få rätt vård och behandling.

NPO levnadsvanor har därför, tillsammans med Socialstyrelsen och SKR tillsatt en NAG för enhetlig dokumentation av levnadsvanor. Syftet är att utarbeta ett nationellt förslag på hur information om levnadsvanor kan fångas, dokumenteras och följas upp på ett enhetligt sätt. Uppdraget omfattar hela kedjan från screeningundersökningar och patientjournaler till uppföljning i kvalitetsregister.

Enhetlig dokumentation av patienters levnadsvanor samt föreslagna eller vidtagna åtgärder ger förutsättningar för vägledning om hur väl befintliga levnadsvaneinsatser fungerar, ger stöd för prioritering av insatser och möjliggör utvärdering. En enhetlig dokumentation underlättar dessutom utformning av ändamålsenliga rutiner och effektiviserar dokumentationens möjligheter att i det kliniska arbetet monitorera levnadsvanors förändringar för såväl enskilda patienter som för patientgrupper.

Det kommande förslaget måste utformas så att det både tillgodoser de behov som uppstår i samband med levnadsvaneprevention, journaldokumentation samt registrering till och uppföljning i t.ex. kvalitetsregister. Dokumentationen ska ge valida svar, vara enkel att använda i vårdarbetet och ge stor informatisk användbarhet.

I framtiden blir det förhoppningsvis en automatisk överföring från journal till register. Därmed kommer dokumentationen direkt kunna överföras till exempelvis kvalitetsregister och PrimärvårdsKvalitet.