

Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling

Nationellt programområde för levnadsvanor

Versionshantering

Version	Godkänt datum	Beskrivning av förändring
Version 1	2021-12-07	
Version 2	2022-02-18	
Version 3	2024-05-16	

Sammanfattning

Vårdprogrammet utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018. Liksom i de nationella riktlinjerna avgränsas levnadsvanorna till alkohol- och tobaksbruk, matvanor och fysisk aktivitet. 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 de kan hänvisa individen för att få ytterligare stöd. Konsekvensen blir ett omfattande utbildningsbehov. Behovet av tillräcklig kompetens för åtgärden "kvalificerat rådgivande samtal" betonas. Avseende tobaksbruk 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 patienterna 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. Det ger också vägledning inför operation vid alkoholbruk under riskbruksgränserna, liksom när ett alkoholberoende utvecklats.

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 i ett särskilt avsnitt i vårdprogrammet. Avsnittet kommer under 2022 att kompletteras med en systematisk kunskapsgenomgång där vetenskapliga studier baserade på den svenska modellen för Riktade hälsosamtal granskas och redovisas av en oberoende expertgrupp. Genomgången avses ge ytterligare vägledning i det framtida 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 vårdnadshavare 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.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Fyra levnadsvanor – kortversion	6
Tobak – kortversion.....	7
Mat – kortversion.....	9
Alkohol – kortversion	11
Fysisk aktivitet – kortversion.....	13
Inför operation – kortversion	15
Fysisk aktivitet och matvanor, barn 2–5 år – kortversion	17
Fysisk aktivitet och matvanor, barn 6–17 år – kortversion	19
Alkohol och tobak, barn och unga under 18 år – kortversion.....	21
Fokus levnadsvanor äldre – kortversion	22
1. Inledning	23
2. Bakgrund	25
3. Miljö och klimat och Agenda 2030	28
4. Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor.....	29
5. Vården och primär prevention av ohälsosamma levnadsvanor.....	31
6. Åtgärdsnivåer och kompetenskrav	31
7. Personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt	34
8. Tobak.....	36
9. Matvanor	46
10. Alkohol	56
11. Fysisk aktivitet.....	66
12. Flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt.....	78
13. Levnadsvanor inför operation.....	81
14. Uppsökande arbetssätt – riktade hälsosamtal	92
15. Barn och unga	98
16. Matvanor, barn och unga under 18 år.....	101
17. Fysisk aktivitet, barn och unga under 18 år	105
18. Tobak, barn och unga under 18 år.....	110
19. Alkohol, barn och unga under 18 år	113
20. Dokumentation	116

21. Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer	117
22. Referenser.....	119
23. Nationell arbetsgrupp	130
24. Vårdprogrammets förankring	131

Observera: frågorna som anges i kortversionerna och i vårdprogrammet för tobak, matvanor och fysisk aktivitet kommer revideras vintern 2024/2025 enligt dokumentet [Vägledning för enhetlig dokumentation av en persons levnadsvanor](#).

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Fyra levnadsvanor — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Tobak — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Mat — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Alkohol — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Fysisk aktivitet — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Inför operation — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Fysisk aktivitet och matvanor, barn 2—5 år — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Fysisk aktivitet och matvanor, barn 6—17 år — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Alkohol och tobak, barn och unga under 18 år — kortversion

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård
Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling
Nationellt programområde (NPO) för levnadsvanor
Kontaktperson: Kristine Bergström, processledare, kristine.bergstrom@norrarf.se

Fokus levnadsvanor äldre — kortversion

1. Inledning

Det råder enighet om att ohälsosamma levnadsvanor är en betydande 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 nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. Dessa reviderades 2018, med titeln Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Hälso- och sjukvården har både ett hälsofrämjande och ett sjukdomsförebyggande uppdrag. Medan det hälsofrämjande uppdraget innebär åtgärder för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande så innebär det förebyggande uppdraget åtgärder för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.

Trots enighet, riktlinjer och evidensbaserade metoder 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. 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 huvudkapitlen, med över 250 deltagare. Synpunkterna var ett viktigt underlag för remissversionen av vårdprogrammet, som resulterade i en stor mängd remissvar. Arbetsgruppen tackar för det stora engagemanget kring frågan om levnadsvanor. 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.

1.1. 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.

1.2. Standardiserade vårdförlopp

Samma nationella arbetsgrupp som ansvarat för detta vårdprogram har även uppdraget att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Arbetet startade våren 2021 och förväntas vara klart i slutet av 2022.

1.3. 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 §). Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Patientdatalagen (2008:355) omfattar Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvård och tandvård. I tandvårdsförordningen (1998:1338) finns bestämmelser om tandvård som ska omfattas av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.

Barnkonventionen, som är lag sedan 2020, säkerställer barns rättigheter inom vården och innehåller mänskliga rättigheter för barn.

1.4. 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 vårdprogrammet är baserade på Socialstyrelsens nationella riktlinjer [1]. Samma prioritet (1 – 10) som ges i de nationella riktlinjerna anges för de olika åtgärderna i rekommendationsrutorna. De kunskapsunderlag som ligger till grund för de nationella riktlinjerna har granskats av Socialstyrelsen i enlighet med Grade-metodiken.

För kapitlet ”Uppsökande verksamhet - riktade hälsosamtal” pågår en systematisk kunskapsöversikt av den svenska modellen för riktade hälsosamtal inom ramen för arbetet med vårdprogrammet.

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

Metoden AGREE II som förordas i det generiska ramverket för att bedöma kvalitét av befintliga riktlinjer har använts för att kvalitetssäkra vårdprogrammet. Tre ledamöter i den nationella arbetsgruppen har genomfört granskningen, som visar att vårdprogrammet har hög tillförlitlighet med en poäng enligt Agree på 6,21 av 7 möjliga.

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 har varit på öppen nationell remiss i enlighet med generiskt ramverk under perioden 2021-04-15 till 2021-06-15. Alla synpunkter som inhämtats under remissperioden har hanterats 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.

1.5. 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. Förhoppningsvis kan det nationella vårdprogrammet användas i befintlig form för vägledning i regionerna. Det kan dock finnas behov av lokala tillägg eller anpassningar till respektive regions resurser genom ett regionalt vårdprogram, inte minst för tydlighet i frågan kring vem som gör vad.

Målgrupper

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

Patienter är en sekundär målgrupp i den meningen att patienten i vårdmötet bör få information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling i vårdprogrammet.

2. Bakgrund

2.1. 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 [2,3]. Det finns även god evidens för att hälsosamma levnadsvanor kan förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. 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 [4]. De fyra levnadsvanorna utgör bland de största bidragande orsakerna till den samlade sjukdomsöranden i Sverige [5].

2.2. Patienterna vill samtala om levnadsvanor

Flera undersökningar visar att befolkningen är positiv till att diskutera levnadsvanor med vårdpersonal. I SKR:s ”Hälso- och sjukvårdsbarometern” 2019 var 84 procent positiva till detta [6], och i en undersökning 2016 svarade 97 procent ”ja” på en fråga om de ville dela med sig information om sina levnadsvanor med vården [7]. 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 höga förväntningarna som finns för att få samtala om levnadsvanor. Samtidigt behöver den grupp som i nuläget inte vill diskutera sina levnadsvanor respekteras.

2.3. Ojämliga levnadsvanor leder till ojämlik hälsa

Det har länge konstaterats att hälsa och sjukdom inte är jämnt fördelade mellan olika grupper i Sverige. Det råder skillnader utifrån bland annat utbildningsnivå, sociala och ekonomiska

förhållanden, etnicitet, genusperspektiv och funktionsnivå, både fysisk och psykisk [8]. Dessa skillnader kan delvis förklaras av olika levnadsvanor i olika grupper, många exempel på detta finns i vårdprogrammet. För att minska den ojämlika hälsan behöver vårdens insatser nå de grupper där förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är störst.

2.4. 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 [1].

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:

- Andra riskfaktorer som till exempel flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt eller en skada.
- 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, blodfettssrubbnings, övervikt eller fetma.

2.5. Vårdprogrammet jämfört med de nationella riktlinjerna

Detta vårdprogram utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer från 2018. 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.

2.6. 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, sköra äldre eller personer med långvarig psykisk sjukdom.

Under de olika kapitlen i vårdprogrammet finns exempel på hur detta kan ske i vårdens vardag. Ett gott samarbete behövs mellan primärvården och sjukhusvården och verksamheter som tandvården, elevhälsan, ungdomsmottagningarna och kommunernas hälso- och sjukvård. Dessa verksamheter når grupper som inte besöker den traditionella hälso- och sjukvården. Genom samverkan kan andelen som erbjuds evidensbaserade levnadsvaneåtgärder i dessa prioriterade grupper öka.

Figur 1 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 proportionell universalism).



Figur 1. Från kunskapsstödet Riva hinder, Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen

2.7. 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. Skillnaden i risken för att få en allvarlig sjukdom mellan de som har en ohälsosam levnadsvana och de som har en hälsosam levnadsvana ökar i regel ju äldre man blir. Ur denna aspekt borde alltså i stället 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 i stället att en övergång till hälsosammare levnadsvanor oftast har en snabb positiv effekt [10,11]. En annan föreställning kan vara 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 individen är intresserad av att samtala om levnadsvanor. De olika kapitlen i vårdprogrammet tar upp vad som gäller specifikt för de äldre inom det området, med referenser till vetenskapliga studier.

2.8. 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 medier, i kommunal och regional samhällsplanering, och i arbetet med lagar och förordningar.

3. 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 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 [12].

Framställning, användning och nedskräpning av tobak påverkar flera av de globala målen i en negativ riktning. WHO bedömer att all tobaksproduktion behöver avskaffas för att nå hållbarhetsmålen [13,14]. 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 och mindre kött och mejeriprodukter minskar belastningen på miljö och klimat, samtidigt som det minskar risken för ett stort antal sjukdomar [15,16]. Likaså är minskat sockerintag en viktig åtgärd. När socker produceras används resurserna till produkter som är ogynnsamma för människors hälsa, resurser som annars skulle kunna användas för produktion av livsmedel som gynnar hälsan.

Alkohol är inte bara förknippat med fara för den egna fysiska, psykiska och sociala hälsan utan även kopplat till jämställdhet, genom att det ökar mäns våld mot kvinnor, och kopplat till jämlikhet genom en ökning av kriminalitet, våld och sjukhusinläggningar. Liknande samband finns för våld mot barn eller att barn får uppleva våld mellan andra i familjen. Framställningen av alkohol medverkar, på samma sätt som socker, att resurser används på fel sätt [17].

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 [18]. Detta gäller även övriga levnadsvanor.



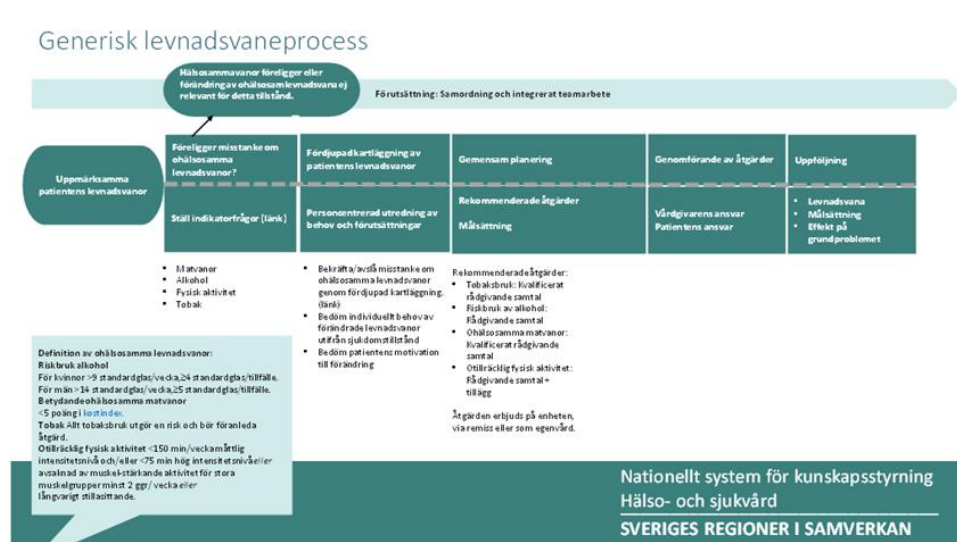
Figur 2. Globala målen, hämtad från www.globalamalen.se

4. Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor

Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor utgår från tre steg, uppmärksamma, åtgärda och följ upp. Inled med frågor om levnadsvanor. Bedöm om patienten har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor. Återkoppla bedömning och vid ohälsosamma levnadsvanor erbjud stöd till förändring i samband med besöket, vid återbesök eller genom hänvisning. Ge stöd till förändring utifrån rekommenderad åtgärd. Följ upp för att upprätthålla motivation hos patienten och utvärdera om åtgärden haft effekt.



Figur 3. Struktur för arbete med ohälsosamma levnadsvanor.



4.1. Hur och när kan ohälsosamma 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, vårdavdelning och i hemsjukvården 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 patientmöten 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 i 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 bjuda in utvalda åldersgrupper i befolkningen till ett hälsosamtal, som i huvudsak är inriktat mot att förebygga hjärt-kärlsjukdom, 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 [1,19].

5. Vården och 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 här är de som möter alla barn och ungdomar och deras vårdnadshavare: barnhälsovården, tandvården, elevhälsovården och ungdomsmottagningar. 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 primärprevention 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 vid de miljontals patientbesök som sker årligen, där ju patienten ofta berättar om sina levnadsvanor.

6. Åtgärdsnivåer och kompetenskrav

Personer med ohälsosamma levnadsvanor har enligt patientlagen rätt att få information om sitt hälsotillstånd och de metoder som finns för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor, sjukdom eller skada [20]. Personer där en eller flera ohälsosamma levnadsvanor har identifierats bör därmed erbjudas råd och stöd att förändra sina vanor [1].

All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt behöver ha kompetens att uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor. Det innebär att kunna ta upp frågan på ett respektfullt sätt och kunna bedöma om patientens levnadsvana är ohälsosam. Personalen behöver även ha kunskap om lokala rutiner för hänvisning till rätt kompetens, och om rutiner för dokumentation av levnadsvanor.

6.1. Enkla råd

Enkla råd avser en metod för att ge information och korta standardiserade, evidensbaserade råd om levnadsvanor. Enkla råd kan erbjudas för att fortsätta dialogen med patienten när en ohälsosam levnadsvana konstaterats, för att väcka intresse och motivera till rekommenderade åtgärder. 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. Råd ges med respekt för patientens självbestämmande.

Kompetenskrav enkla råd

All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt behöver ha kompetens att ge enkla råd. Den kompetensen innefattar att ha grundläggande kunskap om respektive levnadsvana för att kunna ge korta, standardiserade råd om hälsosamma levnadsvanor.

Kunskap om evidensbaserad patientinformation om levnadsvanor kan hittas på 1177 Vårdguiden.

6.2. Rådgivande samtal

Ett rådgivande samtal tar längre tid än enkla råd och utgår från den enskilde patientens situation [20]. 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 personalen 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.

Kompetenskrav vid rådgivande samtal

Utöver det som gäller vid enkla råd:

- Ämneskunskap om respektive levnadsvana och dess påverkan på hälsa, diagnos och tillstånd.
- Kunna tillämpa personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt och motiverande strategier.
- Kunna använda verktyg för att bedöma patientens motivation och beredskap till förändring.

6.3. Kvalificerat rådgivande samtal

Ett kvalificerat rådgivande samtal är en mer omfattande insats än det rådgivande samtalet vad gäller både tid och form och förutsätter att personalen har god kunskap om levnadsvanan och utbildning i metoden som används för samtalet [20]. Under samtalet görs en fördjupad kartläggning av levnadsvanan och patientens förkunskaper i dialog med patienten. 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 [1]. Samtalet kan ges individuellt eller i grupp.

Rådgivning på denna nivå har fokus på en levnadsvana och sker vanligen vid ett särskilt avsatt tillfälle. Under samtalet görs en plan för förändring av levnadsvanan och strategier för problemlösning och

återfallsprevention appliceras. Kvalificerat rådgivande samtal kräver uppföljning vid ett eller flera tillfällen. Uppföljningen kan omfatta fysiskt återbesök, telefonsamtal eller digital kontakt.

Kompetenskrav vid kvalificerat rådgivande samtal

Utöver det som gäller vid rådgivande samtal:

- Högskole-/universitetsutbildning med relevans för levnadsvanan eller specifik kompetens.
- Kompetens att kunna tillämpa teoribaserade och strukturerade åtgärder som motiverande strategier och beteendetekniker.
- Fördjupad ämneskunskap om den levnadsvana som berörs och dess påverkan på hälsa, diagnos och tillstånd.
- Regelbundet delta i fortbildning och följa kunskapsutvecklingen 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.

6.4. Webbaserad intervention

En webbaserad intervention för att stödja en beteendeförändring relaterad till levnadsvanor innebär en personcentrerad åtgärd via internet där interaktionen skräddarsys utifrån varje individs behov. Åtgärden kan innehålla lärandemoduler om levnadsvanor, 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. Webbaserade interventioner kan ske via smartphones, surfplattor, bärbara datorer och andra enheter.

För barn och unga kan interventionen även inkludera familjefokuserade komponenter där familjen ses som en helhet och involveras i förändringsarbetet.

6.5. Familjestödsprogram

Familjestödsprogram i vårdprogrammet riktar sig till barn med ohälsosamma levnadsvanor och deras familjer och har fokus på behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

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 vårdnadshavare till att vara en positiv förebild för sina barn. I mötet med barnet och vårdnadshavaren är det viktigt att lyssna på barnet och inkludera barnet i samtalet, 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 omfattar ett fördjupat stöd vid flera tillfällen under en längre tid. Uppföljningen kan omfatta fysiskt återbesök, telefonsamtal eller digital kontakt.

Kompetenskrav vid familjestödsprogram

- Kunna anpassa sitt bemötande och sitt sätt att ge information till barn, unga och deras vårdnadshavare.
- Kunna tillämpa teoribaserade och strukturerade åtgärder som motiverande strategier och beteendetekniker.
- Kunskap om verktyg för att bedöma barnets och familjens motivation, beredskap till förändring och deras förutsättningar att ta till sig information och göra beteendeförändringar.
- Fördjupad ämneskunskap om den/de levnadsvanor som berörs.
- Kunskap om var evidensbaserad information om levnadsvanor för barn under 18 år går att finna.
- Regelbundet delta i fortbildning och vara uppdaterad avseende evidens inom den specifika levnadsvanan.
- Regelbundet och i tillräcklig omfattning arbeta med familjestödsprogram.

6.6. Aktivitetsbaserade metoder

Aktivitetsbaserade metoder kan vara ett komplement till rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor där åtgärden kan stödja patienten eller familjen att, genom egen aktivitet och rutiner i vardagen, genomföra förändringar av sina levnadsvanor. Aktivitetsbaserade metoder innebär en hög grad av personcentrering och individanpassning genom att personens uppfattning om sitt tillvägagångssätt är utgångspunkten och stödet anpassas till individens diagnos, kunskapsnivå, förutsättningar och önskemål.

Åtgärden kan ske individuellt eller i grupp och kräver uppföljning vid ett eller flera tillfällen. Uppföljningen kan omfatta fysiskt återbesök, telefonsamtal eller digital kontakt.

Kompetenskrav vid aktivitetsbaserade metoder

- Kunna tillämpa teoribaserade och strukturerade aktivitetsbaserade metoder som stöd för förändring både på individ och familjenivå.
- Ämneskunskap om respektive levnadsvana och dess påverkan på hälsa, diagnos och tillstånd.
- Regelbundet delta i fortbildning och vara uppdaterad avseende evidens inom den specifika levnadsvanan.
- Regelbundet och i tillräcklig omfattning arbeta med aktivitetsbaserade metoder.

7. 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 [21]. Det innebär 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 [20].

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 [22]. 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 bedrivs 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 [23]. 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 [24]. I vissa möten kan även kontakten underlättas av till exempel bildstöd eller tolk.

7.1. Motiverande strategier

Motiverande strategier innebär fokus på individens skäl, förmåga och beredskap att förändra sina levnadsvanor [25,26]. 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 [27].

7.2. Teoribaserade metoder

Det finns flera teoribaserade metoder att utgå ifrån i samtalet, däribland motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT) [26].

MI definieras som en evidensbaserad och samarbetsinriktad samtalsstil som syftar till att stärka personens egen motivation och åtagande till förändring [25]. MI grundar sig i tron på att individen har resurser och förmåga att göra hälsosamma val. I samtalet ges individen möjlighet att reflektera över det som är viktigt och får hjälp att utforska tankar, känslor och motivation till förändring. 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 inläring och nya beteenden provas för att få nya erfarenheter. Hemuppgifter är centralt. Det handlar i stora delar om att förändra tankemönster [26].

Det finns ett starkt forskningsstöd till att dessa metoder fungerar.

Verktyg och stöd för personal

- [Rådgivande metoder kring levnadsvanor, Region Stockholm](#)
- [Motiverande samtal om sexuell hälsa - Introduktion till MI, Folkhälsomyndigheten](#)
- [MINT- Motivational Interviewing Network of Trainers](#)
- [Ta kontroll över din hälsa, Hälsolitteracitet](#)
- [De kroniska sjukdomarnas utmaning, Personcentrerad vård – En effektivare hälso- och sjukvård med människan i centrum, Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård](#)

8. Tobak

8.1. Bakgrund

Rökning är sammantaget den enskilt största riskfaktorn för sjukdomar i lungor, hjärta och kärl. 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. Forskning visar att nikotin förändrar hjärnans struktur och utveckling, vilket kan vara särskilt negativt för unga personer [28]. Nikotinet är 5–10 gånger mer potent beroendeframkallande än kokain eller morfin.

Andelen svenskar som år 2020 uppgav att de rökte varje dag var 7 procent av både män och kvinnor, vilket är en minskning med drygt hälften sen 2004. Skillnader i tobaksrökning mellan olika grupper kvarstår och där den allra högsta andelen dagligrökare ses hos de som är sjukskrivna. Även faktorer som arbetslöshet och sämre socioekonomi är associerat till högre andel rökare. Under de senaste åren har den dagliga snusanvändningen ökat något för män, men framförallt för unga kvinnor. År 2021 uppgav 5 procent kvinnor och 19 procent män att de snusar dagligen [29].

8.1.1. 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 sår läkningen. Efter tre till tolv månader är risken för hjärtinfarkt halverad. Risken för flera cancerformer är halverad efter fem till tio års rökstopp [30]. Ett rökstopp kan också ha positiva effekter på den psykiska hälsan genom förbättring avseende depression, ångest och stress [31].

Fler fördelar är

- förbättrad kondition
- bättre sömn sömnen på sikt
- starkare skelett
- minskad risk för komplikationer i samband med operation,
- att effekten av sjukvårdande behandling, exempelvis läkemedel vid kronisk sjukdom, kan förbättras [31]
- förbättrad munhälsa och minskad risk för parodontit [32].

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

8.1.2. Hälsorisker med tobaksbruk

Varannan rökare dör i förtid och i genomsnitt förkortar rökningen livet med tio år. Även personer som utsätts för miljötobaksrök, även kallad passiv rökning, drabbas av hälsorisker, då 75% av röken från en cigarett sprids till omgivningen.

Snus ökar risken för diabetes typ 2, vissa typer av cancer och kan ge skador på slemhinnor i munnen. För de som snusar ökar risken för allvarlig händelse vid hjärtinfarkt och stroke [33]. Vid vattenpiprökning skapas stora mängder rök vilket ger höga nivåer av skadliga partiklar i luften. En session på en timme motsvarar röken från cirka 100 cigaretter enligt WHO. Analyser av röken visar att den innehåller minst lika mycket kolmonoxid, tjära, tungmetaller och cancerframkallande ämnen som cigarett rök. Dessa ämnen orsakar samma sjukdomar som rökning av konventionella cigaretter.

Elektroniska cigaretter (e-cigaretter) innehåller oftast nikotin. Nivån av cancerframkallande ämnen är lägre, dock ses 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 [34].

För nya tobaks- och nikotinprodukter, som heat-not-burn eller vitt snus, finns det hälsorisker. Det är däremot svårt att gradera riskerna då innehållet varierar från produkt till produkt och det ännu inte finns kännedom om långtidseffekter. Dessa produkter rekommenderas därför inte vid tobaksavvänjning.

8.1.3. 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 måste ses som

ett globalt problem. Kunskap kring detta kan motivera nya grupper att inte börja röka och rökare motiveras att sluta.

I dag finns stora skillnader när det gäller rökvanor i samhället utifrån faktorer som till exempel utbildning, ursprungsland och psykisk ohälsa [1]. Detta bidrar till ojämlik hälsa och ökad risk att ojämlikhet i hälsa förs vidare till nästa generation. Agenda 2030, Barnkonventionen och Tobacco Endgame 2025 kan tydligt kopplas till tobaksfrågan.

8.2. Definitioner tobak

Begrepp	Definition
Tobaksbruk	Konsumtion av röktoak (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.
Snusning	Allt tobaksbruk där produkten placeras i munhålan
Rökare/snusare	Person som röker/snusar eller som slutat röka/snusa för mindre än 6 månader sen.
Före detta rökare/snusare	Person som slutat röka/snusa för mer än 6 månader sen.
Miljötoaksrök/passiv rökning	Innebär att man exponeras för andras tobaksrök
Tredjehandsrök	Rester av tobaksrök som sätter sig på textilier, möbler, hår och hud och andra material
Nikotinbruk	Konsumtion av nikotinprodukter i någon form
Nikotinberoende	Innebär minst tre av följande kriterier: 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	Finns i olika utföranden och drivs av batteri. Den kan användas med eller utan nikotin. Den bildar rökliknande ånga genom upphettning av rökvätska. Rökvätskan innehåller inte tobak, däremot ämnen som är cancerogena och luftvägsirriterande.
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.

Tabell 1. Definitioner av tobakstermer.

8.3. 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 från bruk av snus. I det allmänna rådet ingår även vattenpipa och e-cigarett.

8.4. Uppmärksamma

Tobaksbruk är relevant att uppmärksamma i de allra flesta vård - och omsorgskontakter och inom alla vårdnivåer, eftersom nästan alla sjukdomstillstånd kan orsakas eller påverkas av tobaksanvändning.

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 och elevhälsan har viktiga roller att fylla då att alla barn och unga regelbundet kallas till rutinbesök. Dessutom besöker stora delar av den vuxna befolkningen tandvården genom hela livet.

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 Tabell 4 för Rådgivande samtal om tobak i fem steg. Läs mer om samtal och motivation i kapitel 7 Personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt.

8.4.1. Frågeformulär

Tobaksbruk och behov av rådgivning kan identifieras med de screeningfrågor som anges nedan och som tagits fram av Socialstyrelsen. Alternativa frågor utifrån antal cigaretter per dag eller snusdosor per vecka, med eller utan fasta svarsalternativ, finns i Socialstyrelsens indikatorbilaga 2011. Andra frågeformulär som används vid rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal för att utforska patientens nikotinberoende och behov av läkemedel, se kapitel 8.5 Åtgärder.

Använd frågorna för att få en första uppfattning om personens tobaksvanor. Dokumentera.	
Rökvanor	Snusvanor
<input type="checkbox"/> Jag har aldrig varit rökare	<input type="checkbox"/> Jag har aldrig varit snusare
<input type="checkbox"/> Jag slutade röka för mer än 6 månader sedan	<input type="checkbox"/> Jag slutade snusa för mer än 6 månader sedan
<input type="checkbox"/> Jag slutade röka för mindre än 6 månader sedan	<input type="checkbox"/> Jag slutade snusa för mindre än 6 månader sedan
<input type="checkbox"/> Jag röker men inte dagligen	<input type="checkbox"/> Jag snusar men inte dagligen
Jag röker dagligen:	Jag snusar dagligen:
<input type="checkbox"/> 1–9 cigaretter per dag	<input type="checkbox"/> 1–3 dosor per vecka
<input type="checkbox"/> 10–19 cigaretter per dag	<input type="checkbox"/> 4–6 dosor per vecka
<input type="checkbox"/> 20 eller fler cigaretter per dag	<input type="checkbox"/> 7 eller fler dosor per vecka
<i>Alternativt</i>	<i>Alternativt</i>
Jag röker dagligen _____ cigaretter per dag	Jag snusar dagligen _____ dosor per vecka

Tabell 2. Källa: Utdrag ur Indikatorbilagan för Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011, Socialstyrelsen.

8.4.2. Objektiva mått

Resultatet av en spirometriundersökning kan användas i arbetet med rökavvänjning och motivera till rökstopp. Dessutom kan resultatet även användas till att upptäcka KOL.

Spirometriresultat utifrån Fletchers kurva eller att diskutera lungåldern (i stället för normalvärde anger man vid vilken ålder patientens aktuella värde är förväntat) kan vara motivationshöjande [8].

Att mäta CO-värdet i utandningsluft är enkelt och ofarligt. CO-mätning bör inte ses som ett sätt att kontrollera patienten utan kan tjäna som diskussionsunderlag och efter rökstopp ge patienten värdefull bioåterkoppling.

8.5. Åtgärder

Rekommendation om åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018.

Målgrupp	Rekommendation, prioritet inom parentes
Vuxna med särskild risk som röker dagligen	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalificerat rådgivande samtal (3) • Webbaserad intervention (3) • Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinmedel (4)
Gravida som använder tobak (även sporadiskt)	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal med eller utan tillägg av läkemedel för snusavvänjning (vareniklin) (5) • Munhåleundersökning och rådgivande samtal (5)

Målgrupp	Rekommendation, prioritet inom parentes
Vuxna som snusar dagligen	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal med eller utan tillägg av läkemedel för snusavvänjning (vareniklin) (6)• Munhåleundersökning och rådgivande samtal (6)

Tabell 3. Rekommendationer vid tobaksbruk. Åtgärder som hälso- och sjukvården bör göra har prioritet 1–3. Åtgärder som hälso- och sjukvården kan göra har prioritet 4–7 [1].

Tobaksavvänjning anses vara en av de mest kostnadseffektiva behandlingsmetoderna över huvud taget och har därför hög prioritet inom hälso- och sjukvården.

När tobaksbruk uppmärksammas 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 stöd av diplomerad tobaksavvänjare ökar chansen betydligt att de lyckas sluta röka.

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. En studie visar att läkarna, genom att ta upp frågan om rökning, kan öka antalet lyckade rökstopp från 2–3 procent till 5–6 procent, uppmätt efter 1 år [35]. Alla medarbetare med patientkontakt kan hänvisa eller remittera patienter för vidare stöd.

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. Det är också viktigt att uppmärksamma uppnådd tobaksfrihet i patientmötet, för att vidmakthålla förändringen.

8.5.1. Enkla råd

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

- Informera kort i samtal utifrån generella, standardiserade råd och komplettera gärna med skriftlig information, exempelvis patientbroschyr eller digital information från 1177 Vårdguiden.
- Hänvisa till kvalificerat rådgivande samtal, i andra hand rådgivande samtal, där tillägg av nikotinläkemedel och/eller läkemedel för rökavvänjning eventuellt kan ske.

8.5.2. 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 eller som endast önskar en kortare intervention. 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.

Steg	Dialog	Exempel på åtgärder
1. Fråga om tobaksvanor	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ol style="list-style-type: none"> a) Sätt ett rökstoppdatum lite framåt i tiden b) Förändra dina tobaksvanor c) Planera inför ditt rökstopp, till exempel regelbundna måltider d) Använd nikotinläkemedel e) Håll ut - abstinensen minskar efter 3 till 4 veckor f) Ta stöd och hjälp 	Hänvisning till Tobaksavvänjare eller Sluta röka linjen
5. Följ upp	<ul style="list-style-type: none"> • Berätta, hur har det gått för dig? 	Uppmuntra och bekräfta tobaksstopp. Erbjud utökad stöd vid behov.

Tabell 4. Rådgivande samtal om tobak i fem steg.

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

Vid rökning är kvalificerat rådgivande samtal hos diplomerad tobaksavvänjare den åtgärd som är högst prioriterad, förutom hos gravida där rådgivande samtal vanligtvis är tillräcklig åtgärdsnivå. Kvalificerat rådgivande samtal kan tillämpas individuellt eller i grupp.

Fas	Syfte
Förberedelsefas (besök 1–2)	Kartlägga beroende, utforska motivation, förstärka skäl till tobaksstopp, påbörja beteendeförändring. Genomgång av strategier för att hantera sug och abstinens.

Aktiv stoppfas (besök 3–4)	Ska helst ske i anslutning till stoppdagen och syftar till att stötta, bekräfta framsteg, hantera svårigheter samt klargöra hur patienten kan gå vidare. Framsteg och positiva effekter lyfts.
Vidmakthållandefas (besök 5–7)	Kontakt är önskvärd fram tills tobaksfriheten är stabil. Besök anpassas efter behov. Högrisksituationer kartläggs samt strategier för att hålla motivationen levande.
Uppföljning	Efter 1, 3, 6 och 12 månader

Tabell 5. Kvalificerat rådgivande samtal om tobak.

För kompetenskrav, se kapitel 6.3 Kvalificerat rådgivande samtal.

8.5.4. 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.

8.5.5. Läkemedel för att lindra abstinenssymtom

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

Nikotinläkemedel

Nikotinläkemedel är förstahandspreparat och är receptfria. Nikotinhjälpmedel kan vid rätt dosering och användningsteknik minska abstinenssymtom. Nikotinplåster (långtidsverkande) kan med fördel kombineras med andra snabbverkande beredningsformer. Effekten av tuggummi, spray och tabletter kommer inom några minuter och kan därför användas vid behov. Tidigare tobakskonsumtion styr doseringen. Som stöd för dosering av nikotinläkemedel kan HSI (Heaviness of smoking index) och Fagerströms beroendeskala användas, se kapitel 8.10 Verktyg och stöd för personal

Receptbelagda läkemedel

Vareniklin har två effekter: dels blockerar det acetylkolin- och nikotinreceptorerna så att fortsatt tobaksrökning inte ger någon stark positiv upplevelse, dels frisätts en mindre mängd dopamin, vilket minskar röksuget. Vareniklin är det enda läkemedlet som verkar direkt på receptorn och har få biverkningar, där illamående är den vanligaste och som oftast går över eller lindras genom att äta en stund före medicinen tas. I de fall där nikotinläkemedel eller vareniklin inte fungerar kan även bupropion övervägas. 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. För förskrivning av Vareniklin och Bupropion, se FASS. Båda preparaten bör förskrivas i kombination med stöd. I kapitel 8.10 Verktyg och stöd för personal finns mer information om läkemedel.

Att beakta vid tobaksavvänjning:

- Tobaksrök innehåller ämnen som ökar nedbrytningen (metaboliseringen) av läkemedel framför allt via enzymet CYP1A2 i levern. Detta medför att ett rökstopp kan påverka effekten av andra läkemedel till exempel genom ökad koncentration av neuroleptika och påverka PK-

INR värdet vid Waran-behandling. Även läkemedel vid exempelvis diabetes och hypertoni kan kräva justering.

- 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.

8.6. Målgrupper med särskilda behov

8.6.1. 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. Även tredjehandsrök kan påverka hälsan hos barn som vistas i dessa miljöer. Att uppmärksamma tobaksbruk inom mödrahälsovård och barnhälsovård är därför en viktig del i att främja en hälsosam uppväxtmiljö.

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. 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. Läs mer i kapitel 18 Tobak, barn och unga under 18 år.

8.6.2. Gravida och ammande

För gravida och ammande inkluderas även sporadisk rökning. Utöver de risker som är förknippade med rökning generellt så ökar rökning under graviditeten risken för moderkaksavlossning, intrauterin fosterdöd, försämrad fostertillväxt och för tidig förlossning [36]. Snusning under graviditet ökar risken för extremt tidig födsel, läpp-käk-gomspalt, andningsuppehåll under nyföddhetsperioden [37] och påverkar blodtryck, hjärtfrekvens och kärstelhet när barnet är 5 – 6 år [38]. 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. Nikotinläkemedel bör ordinerars efter särskilt övervägande under graviditet och kontinuerlig tillförsel av nikotin, som vid användning av plåster, bör undvikas. Även passiv rökning medför ökad risk för ohälsa hos fostret.

Barn som ammas får i sig nikotin från bröstmjölken om modern använder tobak, vilket gör att hälso- och sjukvården bör ge ett fortsatt stöd till kvinnor som slutat använda tobak under graviditeten.

8.6.3. Vuxna 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 ökar risken att drabbas av kraftigare biverkningar och komplikationer under cytostatika- och strålbehandling [39].
- Internationella studier har visat att bland personer med psykisk sjukdom som bipolärt syndrom, schizofreni eller kronisk depression kan andelen rökare vara så hög som 70

procent. Överdödligheten kopplas till hjärt-kärlsjukdomar, inte till psykiatrisk diagnos. Stöd för rökavvänjning är därför prioriterat i denna grupp [40].

8.6.4. Äldre

Det är aldrig för sent att sluta röka. Riskminskning för allvarlig sjukdom är tydlig även bland personer över 60 år när de slutar röka. Risken för hjärt-kärlsjukdom minskar tydligt redan under de första fem åren efter rökstoppet och riskminskningen fortsätter sedan år för år.

Även människor i de högsta åldersgrupperna uppnår således avsevärda hälsovinster genom att sluta röka [11].

8.6.5. 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 13.1 Rökning inför operation.

8.7. Uppföljning

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

8.8. Kompetens

Utöver vad som anges i kapitlet Allmänt om åtgärdsnivåer och kompetenskrav gäller för tobaksbruk:

Enkla råd: Kunskap om de allmänna råden om tobaks- och nikotinbruk.

Rådgivande samtal: Som läkare ha kunskap om och kunna erbjuda läkemedelsstöd för tobaksavvänjning.

Kvalificerat rådgivande samtal: Vara diplomerad tobaksavvänjare eller ha motsvarande kompetens. Utbildning till diplomerad tobaksavvänjare omfattar minst tre dagar och uppföljande obligatoriska handledningstillfällen. Utbildningen kvalitetssäkras av Yrkesföreningar mot Tobak.

8.9. Dokumentation

Dokumentation sker i regionens rekommenderade 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 kapitel 20 Dokumentation.

Diagnoskod ICD-10-SE:

- Z72.0 Tobaksbruk
- Z72.0B Snusning
- F17.2 Tobaksberoende

KVÅ kod:

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

8.10. Verktyg och stöd för personal

- [Stöd för samtal om tobak, Socialstyrelsen](#)
- [Sluta röka-linjen - för vårdgivare](#)
- [Material för rådgivning och avvänjning, Psykologer mot tobak](#)
- [Fagerströms beroendeskala - Rökning, Region Östergötland \(pdf\)](#)
- [Fagerströms beroendeskala – Snusning, Region Östergötland \(pdf\)](#)
- [Heaviness of smoking, Vårdgivare Skåne \(pdf\)](#)
- [Tobaksprevention, Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård](#)
- [Tobakshjälpen – Digitala behandlingsprogram, Tobaksfakta](#)
- [Om rökning, snus, hälsa, tobaksprevention och tobakspolitik, Tobaksfakta](#)
- [Tobakens miljöpåverkan, Tobaksfakta](#)
- Stödja patienter att sluta röka och snusa, Barbro Holm Ivarsson, Agneta Hjalmarsson, Margareta Pantzar. Studentlitteratur AB, Lund 2020

8.11. Verktyg och stöd för patient

- [Information om tobak och stöd för den som vill sluta röka eller snusa, 1177 Vårdguiden](#)
- [Samtalsstöd via telefon och chatt på svenska, Sluta-Röka-Linjen](#)
- [Samtalsstöd via telefon och chatt på andra språk, Sluta-Röka-Linjen](#)
- [Tobaksprevention och tobaksavvänjning, Psykologer mot tobak](#)

9. Matvanor

9.1. Bakgrund

Livsmedelsverkets senaste matvaneundersökning för vuxna (Riksmaten 2010–2011) 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 [41]. 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 2020 [29].

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 [9].

9.1.1. Hälsovinster vid hälsosamma matvanor

Maten har stor betydelse för människans fysiska och psykiska hälsa, välmående och prestationsförmåga, på både kort och lång sikt [42]. 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 kroppens alla organ och funktioner, till exempel ses positiv påverkan på [43]

- metabola markörer, som till exempel blodtryck, blodfetter och blodsocker
- viktbalans
- mag- och tarmfunktion inklusive tarmflora
- immunförsvar och inflammationsprocesser, inklusive infektionsrisk, sårhäkning och systemisk inflammation
- vitamin- och mineralstatus
- organfunktion, inklusive lever, galla, njurar, bukspottkörtel och sköldkörtel
- skelett och muskulatur inklusive funktion, risk för frakturer och fallrisk
- munhälsa
- psykisk hälsa, inklusive inlärningsförmåga, sömn och välmående
- normal fysisk och psykisk utveckling, från fosterstadiet till vuxen ålder.

9.1.2. 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, cancer och typ 2-diabetes och karies [44–46]. Beräkningar visar att 14 procent av alla dödsfall i Sverige skulle kunna förhindras eller senareläggas genom hälsosamma matvanor [42]. Ohälsosamma matvanor kan även ge upphov till undernäring, där brist på energi, protein eller andra näringsämnen orsakar mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp [47].

9.1.3. Miljömässigt, ekonomiskt och socialt hållbara matvanor

Maten vi äter och hur den produceras har även en stor påverkan på miljö och klimat [15]. 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 [48]. 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 [49]. 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.

9.2. 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 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. Socialstyrelsen har definierat betydande ohälsosamma matvanor som låga poäng på kostindex (0–4 av 12 möjliga).

Kostbehandling avser behandling med hjälp av kost för att förebygga, bota eller lindra nutritionsrelaterade tillstånd. Nutritionsbehandling avser behandling som syftar till att tillgodose en patients behov av näringsämnen.

9.3. Allmänna råd om hälsosamma matvanor

Den allmänna rekommendationen för att motverka kostrelaterade sjukdomar är Livsmedelsverkets kostråd.

Livsmedelsverket har konkretiserat Nordiska näringsrekommendationer 2012 (NNR) till Svenska kostråd till friska personer från två års ålder [50,51]. Kostråden ligger till grund för råd om hälsosamma matvanor och bör anpassas till aktuell anamnes samt individens preferenser, förutsättningar och mål. För barn under 2 år och äldre personer finns specifika kostråd [52,53].

Hälsosamma matvanor 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 (se Figur 4).

Även energibalans och intagsfrekvens är av betydelse. För mycket och för lite energi kan leda till allvarliga hälsoproblem. Intagsfrekvens har bland annat stor påverkan på uppkomst av karies. Generellt behövs ett uppehåll på 3 timmar mellan intag för att minska risken för karies.

Hitta ditt sätt

Att äta **grönare, lagom mycket och röra på dig**



MER

grova grönsaker
baljväxter
frukt och bär
fisk och skaldjur
nötter och frön
rörelse i vardagen



BYT TILL

-  fullkorn
-  Nyckelhålmärkta matfetter och oljor
-  magra mejeriprodukter



MINDRE

rött kött och chark
salt
socker
alkohol

Figur 4. [Livsmedelsverkets kostråd](#)

9.4. Uppmärksamma

Matvanor är relevanta att uppmärksamma vid ett stort antal diagnoser och tillstånd och behöver lyftas på alla vårdnivåer. Matvanor bör uppmärksammas till exempel under graviditet, vid psykisk ohälsa, nyupptäckt diabetes, årskontroller för olika kroniska sjukdomar, blodtryckskontroller, i samband med sjukhusvistelse, vid besök inom tandvården samt vid 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 personalen 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.

9.4.1. Frågeformulär

Socialstyrelsens kostindex är ett screeninginstrument som kan användas för att identifiera personer som har risk för ohälsosamma matvanor. Kostindex består av en sammanslagning av fyra frågor: hur ofta personen äter grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur samt kaffebröd, choklad, godis, chips, läsk och saft, se Tabell 6. Kostindex ger en uppfattning av kostens näringsmässiga kvalitet och bygger på kunskap som sammanställts inom ramen för NNR där de livsmedel som ingår korrelerar med intag av andra hälsosamma och/eller ohälsosamma livsmedel. Kostindex kan användas från 2 års ålder.

Frågorna besvaras av patienten inför eller i samband med besöket.

Fråga	Svarsalternativ och poäng
Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)	a) Två gånger per dag eller oftare (3 p) b) En gång per dag (2 p) c) Några gånger i veckan (1 p) d) En gång i veckan eller mer sällan (0 p)
Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta etc.)?	a) Två gånger per dag eller oftare (3 p) b) En gång per dag (2 p) c) Några gånger i veckan (1 p) d) En gång i veckan eller mer sällan (0 p)

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur (som huvudrätt, i sallad eller som pålägg)?	a) Tre gånger per vecka eller oftare (3 p) b) Två gånger per vecka (2 p) c) En gång i veckan (1 p) d) Några gånger i månaden eller mer sällan (0 p)
Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?	a) Två gånger per dag eller oftare (0 p) b) En gång per dag (1 p) c) Några gånger i veckan (2 p) d) En gång i veckan eller mer sällan (3 p)

Tabell 6. Korrigerat kostindex, Socialstyrelsen (2011)

Utöver dessa fyra frågor ingår även följande fråga om frukost.

Hur ofta äter du frukost?

- a) Dagligen
- b) Nästan varje dag
- c) Några gånger per vecka
- d) En gång per vecka

9.4.2. Bedömning

9–12 poäng på kostindex indikerar hälsosamma matvanor och 0 - 4 poäng betydande ohälsosamma matvanor [54]. 5–8 poäng indikerar att personen inte uppnår rekommendationen för hälsosamma matvanor och en individuell bedömning bör genomföras. 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.

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.

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?
- Är det okej att jag berättar lite?
- Vad upplever du är bra och mindre bra med dina matvanor?

9.4.3. Riskbedömning undernäring

För vissa patientgrupper, till exempel äldre och svårt sjuka, är det viktigt att en riskbedömning av undernäring utförs för att komplettera kostindex [47]. Bedömning av risk för undernäring baseras på en sammanvägning av nedanstående indikatorer.

Risk	Bedömning
Ofrivillig vikt förlust	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.

Tabell 7. Riskbedömning av undernäring.

Vid utfall på en eller flera av frågorna har patienten risk för undernäring och en vidare utredning behöver göras. För omhändertagande vid undernäring, se Socialstyrelsens kunskapsstöd Att förebygga och behandla undernäring [47].

Observera att risk för undernäring inte alltid är påvisbar utifrån låg kroppsvikt, utan kan även förekomma vid övervikt och fetma.

9.4.4. Objektiva mått

Som ett komplement kan biologiska markörer till exempel faste-glukos, kolesterol, riskbedömning för undernäring samt kroppsmått som längd, vikt, BMI, ISO BMI (barn och unga) 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 [55].

9.5. Åtgärder

Rekommendation om åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018 [1].

Målgrupp	Rekommendation med prioritet inom parentes
Vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalificerat rådgivande samtal (1) • Rådgivande samtal (6)
Vuxna som har ohälsosamma matvanor	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalificerat rådgivande samtal (2) • Rådgivande samtal (7)
Gravida som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalificerat rådgivande samtal (2)
Barn 2–12 år som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva	<ul style="list-style-type: none"> • Familjestödsprogram (5)

Unga under 18 år som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysisk aktiva	<ul style="list-style-type: none">• Familjestödsprogram (7)
--	---

Tabell 8. Åtgärder vid ohälsosamma matvanor.

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

9.5.1. Enkla råd

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

- Informera kort om att matvanorna kan ha betydelse för patientens hälsotillstånd och eventuell diagnos.
- 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.
- Undersök patientens motivation och erbjud kvalificerat rådgivande samtal, i andra hand rådgivande samtal.

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav.

9.5.2. Rådgivande samtal

Rådgivande samtal kan vara aktuellt i samband med samtal om flera levnadsvanor, till exempel vid hälsosamtal, som en del av behandling vid exempelvis diabetes, högt blodtryck, cancersjukdom eller i samband med graviditet.

- Utforska patientens matvanor och vad patienten känner till om matvanornas betydelse för aktuellt hälsotillstånd.
- Rådgivande samtal kan kompletteras med pedagogiska verktyg som till exempel tallriksmodellen, nyckelhålmärkning eller matpyramiden.
- Erbjud individanpassad information i dialog.
- Kan kompletteras med uppföljning vid ett eller flera tillfällen.

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav.

9.5.3. Kvalificerat rådgivande samtal

Vid ohälsosamma matvanor rekommenderar Socialstyrelsen kvalificerat rådgivande samtal.

Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor utgår från individens egen berättelse och beskrivning av behoven.

- Anpassa råd och stöd vid ohälsosamma matvanor till patientens förutsättningar, diagnos, tillstånd och förmåga.
- Vid kvalificerat rådgivande samtal kan verktyg såsom kostanamnes eller matdagbok användas för att ge en utförligare bild av patientens matvanor.
- Kan kompletteras med aktivitetsbaserade metoder och insatser, till exempel kartläggning av levnadsvanor under aktivitet, butiksvandring, veckoplanering eller matlagning i grupp. För

personer med fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning är teamsamverkan särskilt betydelsefullt.

- För patienter som har en sjukdomsdiagnos blir åtgärden en kombination av kvalificerat rådgivande samtal och kost- och nutritionsbehandling.

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav.

9.6. Målgrupper med särskilda behov

9.6.1. Barn och unga

Hälsosamma matvanor är grundläggande för barns utveckling och tillväxt och kan i alla åldrar bidra till mer ork och bättre mående [56]. Ett större intag av grönsaker, frukt, fisk, fullkorn och ett lägre intag av energirika och näringsfattiga livsmedel, så som söta drycker, godis och chips främjar barns hälsa och minskar risken att utveckla näringsbrist, karies, undervikt, övervikt eller fetma [57].

Läs mer i kapitel 16 Matvanor, Matvanor, barn och unga under 18 år

9.6.2. 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 näringsstäthet [58,59]. Ohälsosamma matvanor under graviditet kan därmed leda till både otillräckligt näringsintag och risk för kraftig viktuppgång [60].

Kostråd till gravida utgår från Livsmedelsverkets kostråd, men med vissa anpassningar utifrån särskilda behov. Läs mer i Kostråd till gravida på Livsmedelsverkets webbplats.

9.6.3. Vuxna 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 kost- och nutritionsbehandling är att tillgodose patientens närings- och energibehov. Kost- och nutritionsbehandlingen behöver även anpassas till övrig behandling och var i sjukdomsprocessen patienten befinner sig. Individuella kostråd vid sjukdomsanpassad kost- och nutritionsbehandling kan därför skilja sig från Livsmedelsverkets generella kostråd.

9.6.4. 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 [53]. Med stigande ålder kan förmågan att känna törst försämrats 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 därför är det extra viktigt med hälsosam och näringsstätt mat samt att säkerställa proteinintaget för att bibehålla muskelmassa, stärka immunförsvaret och förbättra sårhäkning [53]. Proteinbehovet kan tillgodoses genom att både huvudmålen och mellanmålen innehåller något proteinrikt livsmedel. I samband med ofrivillig vikttnedgång är det viktigt att öka energi- och näringsintaget. När hälsan sviktar kan även

tandstatus snabbt raseras vilket också kan öka risken för undernäring [61]. Både läkemedel och sjukdom kan påverka energi- och näringsbehov och förmåga att äta. Ibland behövs särskilt anpassade kostråd och kosttillskott för att intaget ska bli tillräckligt. Kontakta dietist för individanpassad nutritionsbehandling.

9.6.5. Inför operation

Bra matvanor och god nutritionsstatus har stor betydelse i samband med operation. Såväl undernäring som fetma medför en ökad risk för komplikationer och dödlighet. Läs mer under kapitel 13 Levnadsvanor inför operation - Matvanor och nutritionsstatus inför operation.

9.7. Uppföljning

Uppföljningen ingår som en naturlig del av både rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Uppföljning sker individuellt och kopplas till aktuellt hälsotillstånd. Det krävs ofta uppföljning under längre tid för att etablera hälsosammare matvanor genom nya rutiner och beteendeförändring.

För att utvärdera insatt åtgärd på individnivå kan verktyg som kostindex och 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.

9.8. Kompetens

Utöver vad som anges i kapitlet Åtgärdsnivåer och kompetenskrav gäller följande kompetenskrav för matvanor:

Enkla råd: Kunskap om hälsosamma matvanor utifrån Livsmedelsverkets kostråd.

Rådgivande samtal: Utöver ovan, kunskap om pedagogiska modeller som till exempel tallriksmodellen och nyckelhålmärkning.

Kvalificerat rådgivande samtal: Utöver ovan: Legitimerad dietist, alternativt annan legitimerad personal med 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 sjukdom som behöver specifik nutritionsbehandling bör ges av legitimerad dietist då detta utöver ovanstående förutsätter att personalen har kunskap om sjukdomslära och kost- och nutritionsbehandling vid sjukdom samt hur råd om hälsosamma matvanor anpassas utifrån aktuell sjukdom och behandling.

9.9. Dokumentation

Dokumentation av matvanor, kostindex, samt riskbedömning av undernäring dokumenteras enligt lokala rutiner i samband med besök då personens matvanor uppmärksammas och/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.

Diagnoskod ICD-10-SE:

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

KVÅ-koder:

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

9.10. Verktyg och stöd för personal

- [Ohälsosamma matvanor – Kunskapsguiden, Socialstyrelsen](#)
- [Stöd för samtal om matvanor ”Enkla råd för bra matvanor”, Socialstyrelsen](#)
- [Webbutbildning ”Samtal och råd om bra matvanor”, Socialstyrelsen](#)
- [Prata mat, rädda liv, Livsmedelsverket](#)
- [Hälsosamma matvanor, patientmaterial, Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård](#)

9.11. Verktyg och stöd för patienter

- [Äta för att må bra, 1177 Vårdguiden](#)
- [Mat och dryck för barn, 1177 Vårdguiden](#)
- [Vykort - Hitta ditt sätt, Livsmedelsverket](#)
- [Kostråden - Hitta ditt sätt, Livsmedelsverket](#)
- [Nyckelhålet, Livsmedelsverket](#)
- [Matvanekollen - Quiz, Livsmedelsverket](#)
- [Råd om bra mat för gravida, Livsmedelsverket](#)
- [Råd om bra mat för äldre, Livsmedelsverket](#)
- [Råd om bra mat för barn och ungdomar, Livsmedelsverket](#)
- [Matkassen - snabblagade recept som är bra för hälsa, miljö och plånbok, Västra Götalandsregionen](#)

10. Alkohol

10.1. Bakgrund

10.1.1. 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 piggare ut då huden som ofta påverkas negativt av alkohol, ofta förbättras av ett minskat intag. 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 [62–64].

Alkoholbruk bidrar till sjukdomsburden i Sverige, mätt i funktionsjusterade levnadsår, där cancersjukdomar är det tillstånd som väger tyngst [5]. Alkoholens bidrag till sjukdomsburden är lika stort som förhöjt LDL-kolesterol.

Var sjätte vuxen uppgav 2018 att de över huvud taget inte dricker alkohol [29].

Andelen personer i befolkningen med riskbruk av alkohol har minskat något sedan 2004. Totalt hade fler än var sjätte vuxen 2018 ett riskbruk av alkohol [29].

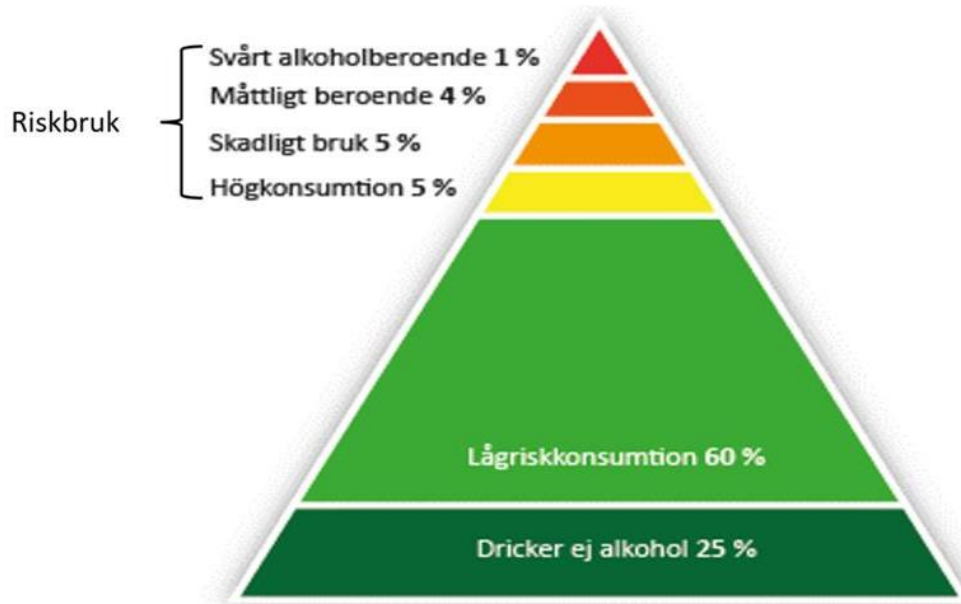
När det gäller utbildningsnivå är andelen med riskkonsumtion högst i gruppen med gymnasial utbildningsnivå och lägst i gruppen med förgymnasial utbildning [29].

10.1.2. 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 [63]. Bland de tillstånd som kan vara relaterade till alkoholkonsumtion kan nämnas leversjukdomar, där långvarig hög alkoholkonsumtion ofta leder till fettlever, med ökad risk för allvarlig leversjukdom, högt blodtryck, ångest och depression, cancer i olika organ, mag- och tarmproblem, övervikt, osteoporos, nedsatt immunförsvar, försämrad sårhäkning, nedsatt fertilitet, nervskador och sömnstörningar. Det nedsatta immunförsvaret innebär bland annat ökad risk för insjuknande i svår infektion.

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 uppmärksamats [65].



Figur 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 [63], Folkhälsomyndigheten, samt Andréasson m.fl. [70]

Måttlig alkoholkonsumtion har av vissa uppfattats som skyddande för hjärt-kärlsjukdomar och för diabetes typ 2. Senare års forskning har dock klargjort att den sammantagna effekten av måttligt drickande är negativ för hälsan i stort [62]. 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 beroendutveckling.

Bra att veta är att:

- Flertalet alkoholproblem är delvis eller helt reversibla [68].
- De flesta med ett alkoholberoende har ett lindrigt – 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 enkla råd är det personerna med den högsta alkoholkonsumtionen (som ofta utvecklat ett alkoholberoende) som drar ner sin konsumtion mest och gör de största hälsovinster [1].

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 [67]. Tandvården kan i ett tidigt skede se skador, främst erosiva skador, på tänderna vid riskbruk.

10.2. Definitioner

10.2.1. Riskbruk

All alkoholkonsumtion innebär en hälsorisk. Ur hälsosynpunkt gäller ”ju mindre desto 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 är 10 eller fler standardglas per vecka oavsett kön. Intensivkonsumtion, eller berusningsdrickande, är alltid en risk och föreligger vid en konsumtion av 4 standardglas eller fler per tillfälle, en gång per månad eller oftare, oavsett kön [66]. Med ett standardglas menas alkoholdryck med 12 gram alkohol. I Figur 6 illustreras standardglas för olika alkoholdrycker. Med riskbruk avses all konsumtion som överstiger dessa gränser; därför ingår också personer som har ett skadligt bruk eller som utvecklat ett alkoholberoende. 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. För äldre personer som väljer att dricka alkohol föreslås att konsumtion av åtta glas eller mer per vecka bedöms som riskbruk, liksom tre standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle en gång i månaden eller oftare.



Figur 6. Standardglas för beräkning av alkoholintag.

10.2.2. Skadligt bruk

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

10.2.3. Alkoholberoende

För beroende enligt ICD-10 finns följande kriterier:

- Stark längtan efter drogen.
- Svårighet att kontrollera intaget.
- Fortsatt användning trots skadliga effekter.
- 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 måttligt (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 värdeladdade och oprecisa begrepp som i möjligaste mån bör undvikas.

10.3. Uppmärksamma

All hälso- och sjukvårdspersonal ska i mötet med patienten kunna uppmärksamma riskfyllda alkoholvanor när det 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.

10.3.1. Utforska individens alkoholvanor

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?
- Har du själv märkt att dina symtom blir bättre eller sämre av alkohol?
- Har du funderat på att förändra dina alkoholvanor?
- Känner du till att du kan få stöd?

10.3.2. Standardiserade frågor för att uppmärksamma alkoholvanor

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. Vid en poängsumma för AUDIT-C på 4 eller mer (oavsett kön) bedöms riskbruk föreligga, eller då poängsumman för ett fullständigt AUDIT blir 6 eller mer, oavsett kön. Därtill bedöms riskbruk föreligga vid intensivkonsumtion (≥ 4 standardglas per tillfälle, en gång per månad eller oftare). Detta ses då patienten får 2 poäng eller mer på frågorna 2 eller 3 i AUDIT. Om patienten besvarar frågorna digitalt kan man vid höga AUDIT-C poäng med automatik låta patienten besvara hela AUDIT formuläret. Alternativt kan Socialstyrelsens indikatorfrågor (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor), det vill säga antal standardglas per vecka och frekvens intensivkonsumtion, användas.

Utgå från frågorna och använd standardglas för beräkning av alkoholintag samt för att få en första uppfattning om personens alkoholvanor. Dokumentera.

Hur ofta dricker du alkohol?

- Jag har aldrig druckit alkohol
- Jag har tidigare druckit alkohol, men slutat
- Jag dricker alkohol mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad men inte så ofta som varje vecka

Hur många standardglas dricker du en vanlig månad?
_____ standardglas

- Varje vecka

Hur många standardglas dricker du en vanlig vecka?
_____ standardglas

Hur ofta dricker du 4 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång/månad
- Minst en gång i månaden

Hur många gånger dricker du 4 standardglas eller mer vid samma tillfälle?
_____ gånger i månaden

Riskbruk kan även uppmärksammas med hjälp av AUDIT eller AUDIT-C.



Folköl 50 cl Starköl 33 cl Vin 12 cl Starkvin 8 cl Sprit 4 cl

Med standardglas (stgl) menas alkoholdryck med 12 gram alkohol.

Bedöm personens alkoholvanor – riskbruk för vuxna

Veckokonsumtion: 10 standardglas eller mer per vecka, *eller*

Intensivkonsumtion: 4 standardglas eller mer vid samma tillfälle, en gång i månaden eller oftare.

Även konsumtion under riskbruksgränserna kan i vissa sammanhang medföra ökad risk, exempelvis vid graviditet, inför operation eller vid hög ålder.

10.3.3. 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. Även blodkroppsvolym, MCV, kan användas som biomarkör. Biomarkörer kan användas i kombination med de standardiserade frågorna.

10.3.4. 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.

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 [1]. Det är således konsumtionens omfattning som är avgörande för om rådgivning ska ges, inte om diagnoserna skadligt bruk eller alkoholberoende föreligger eller inte. I vissa fall leder dock dessa tillstånd till att patienten inte lyckas reducera sin konsumtion. I dessa fall är det värdefullt om man i primärvården också kan ge behandling för skadligt bruk eller alkoholberoende.

10.4. Åtgärder

Rekommendation om åtgärd vid riskbruk av alkohol

Målgrupp	Rekommendationer med prioritet inom parentes
Vuxna med särskild risk och med riskbruk	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal (3)• Kvalificerat rådgivande samtal (6)
Allmän rekommendation vuxna med riskbruk av alkohol	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal (4)• Kvalificerat rådgivande samtal (7)
Unga under 18 år med alkoholbruk	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal (5)
Gravida med alkoholbruk	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal (2)• Kvalificerat rådgivande samtal (5)

Tabell 9. Åtgärd vid riskbruk av alkohol. Åtgärder som hälso- och sjukvården bör göra har prioritet 1–3. Åtgärder som hälso- och sjukvården kan göra har prioritet 4–7 [68].

10.4.1. 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. 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.

10.4.2. 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 motivation och beredskap till förändring.
- Upprätta en personlig plan tillsammans med patienten.

I likhet med rådgivningen för tobaksbruk kan det rådgivande samtalet för riskbruk av alkohol bygga på fem steg.

STEG	DIALOG	EXEMPEL PÅ ÅTGÄRD
1. Fråga om alkoholvanor	<i>Hur tänker du kring din konsumtion? Har du försökt sluta eller minska din konsumtion någon gång? Känner du till gränserna för riskbruk och vad riskbruk innebär?</i>	Reflektion över alkohol och hälsa, med anpassning till aktuell besöksorsak.
2. Ge information i dialog	<i>Vad känner du till om hur alkohol kan påverka din sjukdom/tillstånd/hälsa?</i>	Erbjud information och koppla den till patientens aktuella hälsoläge. Använd gärna utgångspunkten vilka positiva effekter en minskad konsumtion kan innebära.
3. Undersök motivationen	<i>Hur tänker du när du fått denna information? Hur tänker du kring att göra en förändring?</i>	Försök få en uppfattning om motivation till förändring.
4. Råd för minskad konsumtion	<i>a) Bestäm ett mål för konsumtionen per vecka och per tillfälle. b) Registrera konsumtionen: skriv ner hur många glas det blir per dag under tre månader. c) Undvik att dricka alkohol varje dag, minst två dagar per vecka bör vara alkoholfria. d) Drick långsamt, minst en timme per glas.</i>	Pröva halveringsexperimentet: rekommendera halverad konsumtion utan att gå in på aktuell mängd som konsumeras.
5. Följ upp	<i>Berätta, hur har det gått för dig?</i>	Uppmuntra och bekräfta reducerad konsumtion. Erbjud utökad stöd vid behov.

Tabell 10. Rådgivande samtal om alkohol.

10.4.3. Kvalificerat rådgivande samtal

Ett kvalificerat rådgivande samtal rekommenderas när ett rådgivande samtal om alkohol inte lett till önskad minskning av konsumtionen. Ungefär en tredjedel av riskbrukarna har ett skadligt bruk, och ytterligare en tredjedel har utvecklat beroende, varav de flesta (cirka 75 procent) har ett lindrigt till måttligt beroende [70].

Patienter med skadligt bruk av alkohol eller ett måttligt alkoholberoende, som inte kompliceras av psykiatrisk samsjuklighet eller sociala hjälpbehov, kan med fördel behandlas i primärvården [71]. För psykologisk behandling rekommenderar Socialstyrelsen motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) och tolvstegsbehandling som förstahandsval inom specialiserad beroendevård.

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
- behandling med tre kvalificerade rådgivande samtal plus eventuell läkemedelsbehandling

Insatserna anpassas efter behov, där man börjar med enkla råd och 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 [72], och att läkarna var positiva till att använda metoden [73]. Studier saknas ännu från sjukhusmottagningar som exempelvis gastromottagningar, neurologimottagningar och 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 inte specialister på tidspressade mottagningar möjlighet att genomföra dessa program. Men de kan 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.

10.4.4. 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, kan förskrivs till patienter riskbruk, skadligt bruk och beroende, men 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.

10.4.5. 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](#).

10.5. Målgrupper med särskilda behov

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

- barn och unga under 18 år
- gravida och ammande
- äldre
- personer med psykisk ohälsa.

10.5.1. 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. Unga hjärnor skadas därför mer av alkohol än vuxnas.

10.5.2. Gravida och ammande

Det finns ingen säker alkoholkonsumtion under graviditeten, utan även måttliga mängder kan orsaka fosterskador. Gravida bör därför avstå helt från alkohol [63,75]. Alkoholkonsumtion är aldrig positivt för amningen utan kan i stället minska produktionen av bröstmjolk [75]. Även om mängden alkohol som överförs till barnet via bröstmjolk är mycket liten kan negativa effekter inte uteslutas. Säkrast är att undvika alkohol under amningsperioden.

10.5.3. Äldre

Äldre personer, som är den största åldersgruppen i hälso- och sjukvården, är generellt känsligare för alkoholens ruseffekter och skadliga hälsoeffekter [74]. 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 att konsumtion av åtta glas eller mer per vecka bedöms som riskbruk, liksom tre standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle en gång i månaden eller oftare [74].

10.5.4. 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.

10.6. 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 patientens egna 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
- att individen 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 via chatt eller videosamtal.

10.7. Kompetens

Utöver vad som anges i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav gäller för alkohol:

10.7.1. Enkla råd

Kunskap om definitionen av riskbruk, och om halveringsexperimentet.

10.7.2. Rådgivande samtal

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

10.7.3. Kvalificerat rådgivande samtal

Utbildning: MET-utbildning (utöver grundutbildning behövs även fortlöpande handledning och fortbildning). Utbildning i 15-metoden, se [webbplatsen för Alkohol och hälsa, Riddargatan 1](#).

10.8. 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.

Vid behov registreras diagnoskoder ICD-10-SE:

- Z72.1 Problem i samband med livsstil: Alkoholbruk
- F10.1 Skadligt bruk av alkohol
- F10.2 Alkoholberoende

KVÅ-kod riskbruk alkohol:

- DV121 Enkla råd
- DV122 Rådgivande samtal
- DV123 Kvalificerat rådgivande samtal

Kompletterande diagnos- och KVÅ-koder kan förekomma regionalt.

10.9. Verktyg och stöd för personal

- [Mottagningen för Alkohol och hälsa, Riddargatan 1, Region Stockholm](#) Utbildning och stödmaterial till personal.

- [Alkoholhjälp.se](https://www.alkoholhjalpen.se) Handledning för personal via telefon (020-84 44 48).
- [Frågor och svar om rökfri och alkoholfri operation – personalinformation, Vårdgivarguiden Region Stockholm](#)
- [STEP-UP Alkohol och hälsa med 15-metoden steg 1-2-3, Region Stockholm](#) Digital utbildning i 15-metoden i Lärtorget, öppen för alla.
- [Stöd för samtal om alkohol - Socialstyrelsen](#)
- Utbildning i studiematerial: Wåhlin, Alkohol en fråga för vården. Halvdagsutbildning om alkohol och Motiverande samtal (se aktuell information på regionernas hemsidor).

10.10. Verktyg och stöd för patienter

- [Alkohol - 1177](#) Information om hur alkohol påverkar kroppen och stöd till att förändra alkoholvanor.
- [Alkoholhjälp.se](https://www.alkoholhjalpen.se) Kostnadsfritt och anonymt stöd med fakta, självhjälsprogram, diskussionsforum och rådgivning via webb och telefon (020-84 44 48). Samtalet är ett kvalificerat rådgivande samtal.
- [Mottagningen för alkohol och hälsa, Riddargatan 1, Region Stockholm](#) Öppen för hela Sverige. Behandlingsverksamhet inriktad på dem som har alkoholproblem, och som beroendevården hittills har haft svårt att nå.

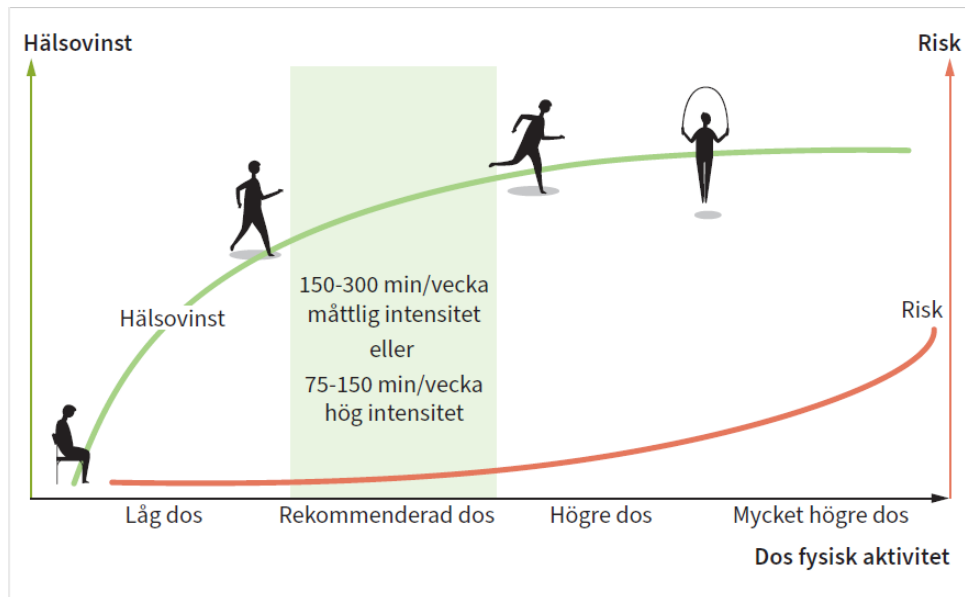
11. Fysisk aktivitet

11.1. Bakgrund

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. Men det finns en stor skillnad i befolkningen beroende på födelseland, utbildningsnivå och socioekonomi. 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. Andelen som sitter minst 10 timmar per dygn minskar successivt med åldern hos både män och kvinnor [29].

11.1.1. Hälsovinster med att öka den fysiska aktiviteten

Regelbunden fysisk aktivitet har bevisad effekt att kunna förebygga och behandla många sjukdomstillstånd. Högre dos fysisk aktivitet ger generellt större hälsoeffekt. Hälsovinsten är störst för de som rör sig lite och som går från låg till måttlig dos av fysisk aktivitet. Risken för muskuloskeletala skador eller kardiovaskulära komplikationer ökar vid högre/mycket högre dos, se Figur 7.



Figur 7. Figuren beskriver dos-respons-sambandet mellan fysisk aktivitet, hälsa och risker för muskuloskeletala skador eller kardiovaskulära komplikationer [76].

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 [76–79].

Några effekter av regelbunden fysisk aktivitet är att den

- förbättrar sömn, hälsorelaterad livskvalitet, är stressförebyggande samt minskar oro och nedstämdhet
- förbättrar kognitiv funktion, framför allt för individer 50 år och äldre, och förbättrar skolprestation hos barn och unga
- förbättrar kondition och muskelstyrka som bland annat ökar förmågan att klara av arbete och vardagsaktiviteter
- minskar risk för förhöjt blodtryck, stroke, hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt/fetma, demens, depression, åtta former av cancer och förtida död
- minskar risk för havandeskapsförgiftning, överdriven viktuppgång, förebygger och behandlar graviditetsdiabetes under graviditet samt underlättar viktnedgång, minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och diabetes senare i livet
- minskar risk för fall och fallrelaterade skador hos äldre över 65 år.

11.1.2. Hälsorisker med låg dos fysisk aktivitet eller stillasittande

Låg dos fysisk aktivitet eller stillasittande kan öka risken för hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt/fetma, tre former av cancer och för tidig död.

Stillasittande är en riskfaktor framför allt för de som sitter stilla många timmar och samtidigt är otillräckligt fysiskt aktiva och rör sig lite. Särskilt att beakta är möjlighet till regelbundna rörelsepåsar för personer med fysisk och/eller intellektuell funktionsnedsättning som rapporterar mindre fysisk aktivitet och mer långvarigt stillasittande än befolkningen i stort.

Mer om biologiska effekter av fysisk aktivitet och stillasittande finns att läsa i FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling). Delar av FYSS finns tillgänglig på webbplatsen [Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling](#).

11.1.3. Miljömässigt, ekonomiskt och socialt hållbara fysiska aktivitetsvanor

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

11.2. Definitioner fysisk aktivitet

Begrepp	Definition
Fysisk aktivitet	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.
Dos av fysisk aktivitet	Beror på val av aktivitet, intensitet (hur ansträngande), duration (hur länge) och frekvens (hur ofta).
Pulshöjande fysisk aktivitet (alternativt aerob fysisk aktivitet eller konditionsträning)	Måttlig intensitet ger en märkbar ökning av puls och andning och hög intensitet ger en markant ökning av puls och andning. Se Figur 8.
Muskelstärkande fysisk aktivitet (alternativt styrketräning)	Avser att bibehålla eller öka styrka, muskulär uthållighet, explosivitet eller muskelmassa.
Multikomponent fysisk aktivitet	Pass som kombinerar olika typer av träning, vanligen balans- och styrketräning, pulshöjande samt funktionell träning.
Stillasittande	Sittande eller liggande aktiviteter i vaket tillstånd som inte nämnvärt ökar energiförbrukningen utöver den i vila.
Vardagsaktivitet	Exempelvis hushållsarbete, ta trappa i stället för hiss, leka med barnen, aktiv transport till och från bussen.
Vardagsmotion	Pulshöjande fysisk aktivitet på måttlig intensitet som vanligtvis inte kräver ombyte till träningskläder.
Fysisk träning	Fysisk aktivitet som är planerad, strukturerad och återkommande och har som syfte att bibehålla eller förbättra en viss fysisk funktion. Innebär ofta pulshöjande- och/eller muskelstärkande fysisk aktivitet, ombytt till träningskläder.
Otillräcklig fysisk aktivitet	Mindre än rekommenderad dos pulshöjande fysisk aktivitet. För vuxna <150 min/vecka på måttlig intensitetsnivå och/eller <75 min/vecka på hög intensitetsnivå. För unga <60 min/dag på måttlig till hög intensitetsnivå.
Aktivitetsminuter	Den sammanlagda summan av antalet minuter vardagsmotion och antalet minuter fysisk träning, där tiden för fysisk träning räknas dubbelt.

Tabell 11. Definitioner av aktivitetstermer.

Din upplevda ansträngning	Intensitetsnivå
6 Ingen ansträngning alls	
7	
8 Extremt lätt	
9 Mycket lätt	
10	Låg
11 Lätt	
12	Måttlig
13 Något ansträngande	
14	
15 Ansträngande	Hög
16	
17 Mycket ansträngande	
18	
19 Extremt ansträngande	
20 Maximal ansträngning	

Borg-RPE-skalan®
©G. Borg, 1970, 1998

Figur 8. Ansträngningsskala enligt Borg-RPE i relation till intensitetsnivå [76].

11.3. Rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande

Lite fysisk aktivitet är bättre än ingen och att skapa möjligheter i vardagen för rörelse kan göra stor skillnad för hälsan. Gradvis ökning av tid och/eller intensitet minskar riskerna för skada vid fysisk aktivitet [77]. Personer med funktionsnedsättning eller personer med sjukdomar eller skador kan behöva individanpassade rekommendationer, vid ordination av högintensiv aktivitet till riskgrupper skall alltid en riskbedömning göras [79,80]. För diagnosspecifika rekommendationer om fysisk aktivitet, se FYSS 2021 [76].

De rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande som presenteras nedan gäller för alla befolknings- och åldersgrupper i Sverige, oavsett kön, kulturell bakgrund, socioekonomisk status eller funktionsnedsättning [79].

11.3.1. Rekommendationer för barn

Läs mer i kapitel 17 Fysisk aktivitet, barn och unga under 18 år

11.3.2. Rekommendationer för vuxna 18 - 65 år

- **Regelbunden fysisk aktivitet**
Alla vuxna bör vara fysiskt aktiva under veckan, både vardagar och helger.
- **Minskat stillasittande**
Vuxna bör begränsa den tid som de tillbringar med att sitta stilla. Långa perioder av stillasittande bör brytas av och ersättas med någon form av fysisk aktivitet.
- **Pulshöjande fysisk aktivitet i minst 150 – 300 minuter per vecka**
Vuxna bör varje vecka vara fysiskt aktiva på måttlig intensitet i minst 150–300 minuter eller minst 75–150 minuter av fysisk aktivitet på hög intensitet, eller en likvärdig kombination av måttlig och hög intensitet. Fysisk aktivitet på måttlig intensitet ger en ökad puls och andning, medan hög intensitet ger en markant ökning av puls och andning.
- **Mer fysisk aktivitet**
 - Ytterligare hälsoeffekter kan uppnås med ökad mängd fysisk aktivitet. Per vecka gäller det mer än 300 minuter på måttlig intensitet, eller mer än 150 minuter av fysisk aktivitet på hög intensitet, eller en likvärdig kombination av måttlig- och högintensiv aktivitet i veckan.
 - Ökad mängd fysisk aktivitet på måttlig och hög intensitet minskar även de negativa hälsoeffekterna av långvarigt stillasittande.
- **Muskelstärkande fysisk aktivitet minst två dagar i veckan**
Vuxna bör också ägna sig åt muskelstärkande aktiviteter på måttlig eller hög intensitet under minst två dagar i veckan. Aktiviteterna bör involvera kroppens alla större muskelgrupper.

11.3.3. Rekommendationer under och efter graviditet

- **Pulshöjande fysisk aktivitet minst 150 minuter per vecka**
Under graviditet och tiden efter förlossning rekommenderas minst 150 minuter av fysisk aktivitet på måttlig intensitet per vecka. Aktiviteten bör dock i viss mån anpassas. Exempelvis bör kvinnor som inte varit fysiskt aktiva före graviditeten gradvis öka sin fysiska aktivitet tills de når rekommendationen på minst 150 minuter per vecka. Kvinnor som tränade regelbundet före graviditeten kan däremot i regel fortsätta med det så länge de inte har några komplikationer.
- **Minskat stillasittande**
Gravid bör begränsa den tid som de tillbringar med att sitta stilla. Långa perioder av stillasittande bör brytas av och ersättas med någon form av fysisk aktivitet.
- **Muskelstärkande fysisk aktivitet**
Därtill rekommenderas muskelstärkande fysisk aktivitet minst två dagar i veckan. Under graviditet och tiden efter förlossning bör kvinnor även dagligen träna bäckenbottenmuskulaturen för att minska risken för urinläckage.

Med den typ och mängd fysisk aktivitet som rekommenderas till gravida är riskerna mycket små och vägs upp av hälsovinsterna. Rekommendationerna gäller för kvinnor utan komplikationer under

graviditeten. Val av aktivitet måste dock göras så att risk för fall, slag mot magen och fosterskada minimeras [77]. Tävlingsidrott under graviditet kräver noggrann gemensam bedömning av ansvarig förlossningsläkare och ansvarig idrottsläkare [76].

Efter förlossning rekommenderas en gradvis ökning av tid och eller intensitet samt att avvakta med fysisk aktivitet på hög intensitet till efterkontrollen [77].

11.3.4. Rekommendationer för äldre

- Rekommendationerna om fysisk aktivitet är i grunden densamma som för vuxna, se Rekommendationer för vuxna 18 - 65 år.

Dessutom:

- Balansträning minst två till tre dagar i veckan
För att bevara fysisk funktion och förebygga fall bör äldre vuxna komplettera vardagliga rörelser med fysisk aktivitet som kombinerar balans, styrka och rörlighet (multikomponent träning) två eller flera dagar i veckan [77,79].

Äldre personer utgör en heterogen grupp och den fysiska aktiviteten måste anpassas till den enskildes funktionsnivå och behov. Särskilda rekommendationer om fysisk aktivitet för vissa äldre exempelvis sköra och/eller multisjuka äldre, se FYSS 2021 [76].

11.4. Uppmärksamma

Fysisk aktivitetsnivå kan uppmärksammas vid exempelvis rutinbesök på mödra- eller barnhälsovården, årskontroller, hälsosamtal eller vid vårdbesök. Identifiering av otillräcklig fysisk aktivitet kan ske med hjälp av frågor eller objektiva mått. För personer med särskilda behov kan stöd i form av bilder eller annat användas i samtalet. Samtala med patienten om hens fysiska aktivitetsvanor. Exempel på frågor:

- Vad känner du till om hur fysisk aktivitet påverkar din hälsa?
- Är det okej att vi pratar en stund om din fysiska aktivitet? (Be om lov)
- Vad tänker du om ditt stillasittande?
- Hur tänker du om sambandet mellan din fysiska aktivitet och dina besvär/ditt sjukdomstillstånd?

Läs mer om samtal och motiverande strategier i kapitel 7 Personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt.

11.4.1. Frågeformulär och skattningsskalor

För att uppmärksamma otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna finns det validerade frågor framtagna av Socialstyrelsen och frågor om stillasittande finns framtagna av GIH. Frågor med kategorisvar, se Tabell 12[76]. Andra frågeformulär eller skalor för skattning av exempelvis motivation eller smärta, kan också vara till stöd för bedömning, exempelvis [VAS \(Visuell analog skala\)](#). För att besvara frågor kan [bildstöd](#) eller förklaring av begreppen erbjudas vid behov. Läs mer i kapitlet Flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt.

Fråga	Svarsalternativ A	Svarsalternativ A
Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?	<input type="checkbox"/> 0 minuter/ingen tid <input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter <input type="checkbox"/> 30–60 minuter (0,5–1 timme) <input type="checkbox"/> 60–90 minuter (1–1,5 timmar) <input type="checkbox"/> 90–120 minuter (1,5–2 timmar) <input type="checkbox"/> Mer än 120 minuter (2 timmar)	Måndag _____ minuter Tisdag _____ minuter Onsdag _____ minuter Torsdag _____ minuter Fredag _____ minuter Lördag _____ minuter Söndag _____ minuter Totalt _____ minuter x 2 = _____
Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion , till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid.	<input type="checkbox"/> 0 minuter/Ingen tid <input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter <input type="checkbox"/> 30–60 minuter (0,5–1 timme) <input type="checkbox"/> 60–90 minuter (1–1,5 timmar) <input type="checkbox"/> 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar) <input type="checkbox"/> 150–300 minuter (2,5–5 timmar) <input type="checkbox"/> Mer än 300 minuter (5 timmar)	Måndag _____ minuter Tisdag _____ minuter Onsdag _____ minuter Torsdag _____ minuter Fredag _____ minuter Lördag _____ minuter Söndag _____ minuter Totalt _____ minuter = _____
Aktivitetsminuter/vecka	_____ =	_____ =
Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?	<input type="checkbox"/> Så gott som hela dagen <input type="checkbox"/> 13–15 timmar <input type="checkbox"/> 10–12 timmar <input type="checkbox"/> 7–9 timmar <input type="checkbox"/> 4–6 timmar <input type="checkbox"/> 1–3 timmar <input type="checkbox"/> Aldrig	

Tabell 12. Frågor för att bedöma och utvärdera fysisk aktivitet och stillasittande [76]. Tillägget om “minst 10 minuter åt gången” är borttaget i fråga om vardagsmotion för samstämmighet med nationella rekommendationer om fysisk aktivitet (ny valideringsstudie pågår).

Bedömning av frågor om fysisk aktivitet: Räkna samman antalet minuter fysisk träning och vardagsmotion till aktivitetsminuter och låt tiden för fysisk träning räknas dubbelt då den ger större hälsoeffekter. Eftersom frågan innehåller kategorisvar ska medelvärdet av respektive intervall räknas.

Otillräcklig fysisk aktivitet definieras för vuxna som <150 aktivitetsminuter/vecka.

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 starka 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 [76].

Stillasittande ersätter framför allt den lågintensiva vardagliga aktiviteten, därför kan åtgärd för att öka vardaglig aktivitet motverka ett stillasittande beteende. För personer som sitter mycket kan fysisk aktivitet med måttlig intensitet till hög intensitet > 30 min/dag minska hälsoriskerna [76,81]. Frågan kan vara ett stöd i kliniken för att uppmärksamma stillasittande och ger ofta en uppfattning om en persons totala aktivitetsnivå.

11.4.2. Objektiva mått

Olika metoder kan vara till hjälp för att uppmärksamma otillräcklig fysisk aktivitet, risk för fall eller bedöma effekten av fysisk aktivitet.

- Fysisk aktivitet kan mätas med olika typer av aktivitetsmätare som stegräknare eller accelerometer.
- Fysisk kapacitet (kondition och styrka) kan bedömas med submaximala konditionstest som Åstrands 6-minuters ergometercykeltest, Ekblom-Bak cykeltest eller 6-minuters gångtest. Styrketest anpassas utifrån syfte och diagnos och finns beskrivet i FYSS. Test av handgreppsstyrka, maximal isometrisk greppstyrka, mätt med dynamometer kan avspegla generell muskelstyrka. Fysisk funktion (samspel mellan olika kvaliteter) kan mätas med funktionella test som uppresningstest eller 6-minuters gångtest. Vid nedsatt balans eller hos äldre kan balanstest som Bergs balanstest eller fallriskbedömning vara relevant. Fysiologiska markörer som puls, blodtryck eller blodsockervärden, midjemått eller utvärdering av mängd analgetika kan användas vid bedömning.

11.4.3. Bedömning

Svaren på frågor om fysisk aktivitet och stillasittande, samt i förekommande fall objektiva värden eller funktionstester, används som utgångsläge i samtalet om fysisk aktivitet med patienten. Om patienten svarat på frågor om fysisk aktivitet och stillasittande innan besöket är det viktigt att självskattningen följs upp och diskuteras för att få en så korrekt bedömning av aktivitetsminuter som möjligt.

Väg in patientens hälso- och sjukdomstillstånd och patientsamtalet i den sammantagna bedömningen. Vid vissa sjukdomstillstånd är de allmänna råden inte förenliga med de sjukdomsanpassade råden. Hänvisning/remittering till personal med kunskap om fysisk aktivitet vid det specifika sjukdomstillståndet kan då vara aktuellt.

Återkoppla bedömning och erbjud stöd till förändring:

- 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, enligt rekommendation om åtgärd.

11.5. Åtgärder

Rekommendation om åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018.

Målgrupp	Rekommendation med prioritet inom parentes
Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal med eller utan tillägg av FaR och/eller aktivitetsmätare (2) *• Webbaserad intervention (3)• Kvalificerat rådgivande samtal (5)
Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal med eller utan tillägg av FaR och/eller aktivitetsmätare (3) *• Kvalificerat rådgivande samtal (6)
Gravida som är otillräckligt fysiskt aktiva och har ohälsosamma matvanor	<ul style="list-style-type: none">• Kvalificerat rådgivande samtal (2)
Unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal (3)
Barn och unga 2–12 år som är otillräckligt fysiskt aktiva och har ohälsosamma matvanor	<ul style="list-style-type: none">• Familjestödsprogram (5)
Unga under 18 år som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva	<ul style="list-style-type: none">• Familjestödsprogram (7)

* modifierad version av Socialstyrelsens formulering i Nationella riktlinjer.

Tabell 13. Prevention och behandling vid otillräckligt fysisk aktivitet. Åtgärder som hälso- och sjukvården bör göra har prioritet 1–3. Åtgärder som hälso- och sjukvården kan göra har prioritet 4–7 [1].

11.5.1. Enkla råd

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

- Informera kort i samtal utifrån generella, standardiserade råd och komplettera gärna med skriftlig information, exempelvis patientbroschyr eller digital information från 1177 Vårdguiden.
- Hänvisa till rådgivande samtal med eller utan tillägg av FaR och vid behov till fördjupad bedömning och rådgivning.

11.5.2. Rådgivande samtal med eller utan tillägg

- Utforska patientens fysiska aktivitet utifrån träning, vardagsmotion, vardagsaktivitet och stillasittande och vad patienten känner till om fysisk aktivitet kopplat till hans hälsotillstånd.
- Erbjud information och samtal utifrån patientens kunskap om fördelar med fysisk aktivitet och minskat stillasittande samt motivation till förändring. Rådet ska kopplas till det medicinska tillståndet. För individuell rådgivning kan [e-FYSS](#) användas som bedömningsstöd.
- Undersök motivation till förändring.

- Ge råd och komplettera med Fysisk aktivitet på Recept eller aktivitetsmätare när det är aktuellt.
 - Remiss till fysioterapeut kan vara aktuellt för att få specifikt stöd med ordinationen, exempelvis vid hänsynstagande till ett flertal diagnoser samt fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.
- Följ upp. Uppmuntra och bekräfta de fysiska aktivitetsvanorna. Erbjud utökat stöd vid behov.

Läs mer i kapitel 7 Personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt.

Bilden nedan kan användas i samtal med patient, för att se möjligheter och för att planera ökad fysisk aktivitet utifrån olika situationer. På många orter finns även träningsgrupper arrangerade av friskvårds-, patient- eller pensionärsföreningar riktade till olika målgrupper.



Figur 9. Exempel på fysisk aktivitet i olika situationer. Bild modifierad från materialet Stark inför ryggkirurgi - stark för livet, Fysioterapeuterna [82].

11.5.2.1. Fysisk aktivitet på Recept (FaR)

Metoden Fysisk aktivitet på Recept (FaR) är ett sätt för hälso- och sjukvården att kunna stödja patienter till ökad fysisk aktivitet. Det är en evidensbaserad medicinsk behandling som består av fem delar där personcentrerat rådgivande samtal, skriftlig ordination på fysisk aktivitet och uppföljning utgör kärnan i behandlingen. De två övriga delarna, [FYSS](#) och samverkan med föreningar och andra aktivitetsarrangörer, används som metodstöd.

FaR kan användas i behandlande och i förebyggande syfte, som komplement till eller ersättning för läkemedel eller annan behandling. Dosering av fysisk aktivitet görs utifrån hälsotillstånd, diagnos, funktionsnivå och individuella förutsättningar. Ordinationen sker i dialog med patienten och utifrån evidens och med stöd av [FYSS](#).

Den fysiska aktiviteten kan utföras som egenaktivitet, hos en aktivitetsarrangör eller förening. Sammanställda listor med lokala aktiviteter kan vara ett verktyg för att hitta lämpliga aktiviteter. Eventuella träningsavgifter står patienten oftast själv för [76]. För att förstärka beteendeförändringen och utvärdera effekt följs ordinationen upp av vårdgivare enligt överenskommelse med patienten.

11.5.2.2. Aktivitetsmätare

Aktivitetsmätare eller stegräknare kan användas för att mäta hur mycket en person rör sig under en dag, vecka eller annan period. Det finns olika aktivitetsmätare på marknaden,

exempelvis applikationer i mobiltelefon, aktivitetsklockor, specifika stegräknare och accelerometer. 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 [83].

11.5.3. Kvalificerat rådgivande samtal

Vid graviditet är kvalificerat rådgivande samtal den åtgärd som är högst prioriterad vid samtidigt ohälsosamma matvanor. Samtalet kan ske exempelvis inom mödravård, primärvård, rehabiliterings- eller FaR-mottagning.

11.5.4. Webbaserad intervention

Webbaserad intervention för att stödja en beteendeförändring relaterad till fysisk aktivitet innebär en personcentrerad åtgärd via internet där interaktionen skraddarsys 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 [1,84]. Regionalt finns olika behandlingsplattformar, exempelvis Fysisk aktivitet i Stöd och Behandlingsplattformen (SoB) via 1177 vårdguiden.

11.6. Målgrupper med särskilda behov

11.6.1. Barn och unga

Hälsovinster med fysisk aktivitet och arbetssätt för att uppmärksamma och stödja goda vanor för fysisk aktivitet hos barn och unga beskrivs i kapitel 17 Fysisk aktivitet, barn och unga under 18 år.

11.6.2. Gravida

Alla gravida bör vara regelbundet fysiskt aktiva och begränsa stillasittandet för att minska risker och uppnå hälsovinster under och efter graviditet. Aktiviteten kan behöva anpassas, se kapitel Rekommendationer under och efter graviditet. Mödrahälsovården har en viktig roll i att stödja gravida till regelbunden fysisk aktivitet.

11.6.3. Vuxna med särskild risk

För vuxna med särskild risk är stöd vid otillräcklig fysisk aktivitet en viktig del i behandlingen och påverkar sjukdomsutveckling, effekt av behandling och framtida prognos. Att uppmärksamma otillräcklig fysisk aktivitet och erbjuda stöd är därför en viktig komponent vid patientbesök.

Exempel:

- 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 [79].
- Personer med psykisk sjukdom kan behöva särskilda insatser i form av handledd träning för att motivera till fysisk aktivitet då deras sjukdom ofta påverkar den egna drivkraften eller försvårar deltagande av sociala skäl [79].
- Remiss till fysioterapeut kan vara aktuellt för individuell riskbedömning samt för att utforma individanpassad fysisk träning, exempelvis med hänsyn till ett flertal diagnoser eller funktionsnedsättning.

11.6.4. 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 [76].

Äldre har samma procentuella ökning av kondition och styrka vid träning som yngre men 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 ofrivillig ensamhet hos äldre [76].

11.6.5. 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. Läs mer i kapitel 13 Levnadsvanor inför operation.

11.7. Uppföljning

Uppföljning bör erbjudas utifrån patientens behov av stöd och för att utvärdera följsamheten och effekten av åtgärderna. Vid uppföljningen 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.

Om FaR ordinerats ska följsamheten till ordinationen efterfrågas och vid behov förnyas och justeras receptet.

11.8. Kompetens

Utöver vad som anges i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav gäller för fysisk aktivitet och stillasittande:

Enkla råd

Kunskap om rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande.

Rådgivande samtal

Kunskap om motiverande samtal för ökad fysisk aktivitet och eller minskat stillasittande samt kunna hänvisa/remittera till fördjupad bedömning och eller utökat stöd, vanligtvis fysioterapeut.

Förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept (FaR) kan utföras av legitimerad sjukvårdspersonal med kunskap om metoden.

Kvalificerat rådgivande samtal till gravida

Kunskap om fysisk aktivitet vid graviditet.

11.9. Dokumentation

Dokumentation sker i rekommenderad mall för fysisk aktivitet i organisationens journalssystem. 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. Mer information i kapitel 20 Dokumentation.

Diagnoskod ICD-10-SE:

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

KVÅ kod:

- 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)

11.10. Verktyg och stöd för personal

- [Beställ handboken FYSS 2021 här, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet \(YFA\)](#)
- [Webbversion av FYSS \(delar av boken\), Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet \(YFA\)](#)
- [eFYSS - Digitalt kunskapsstöd baserat på FYSS, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet \(YFA\)](#)
- [Fysisk aktivitet, Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvårdvård](#)
- [Utbildningsmaterial FaR, Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvårdvård](#)
- [Motivationsbedömning vid otillräcklig fysisk aktivitet, Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#)
- Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden? Ekblom Ö, Engström LM, Hellénus ML, Kalling L, Lidin M, Nyberg G, et al. [Studentlitteratur AB](#); 2021

För regional information till personal om arbetet med stöd till att förändra patienters fysiska aktivitetsvanor, se respektive regions hemsida.

11.11. Verktyg och stöd för patient

- [Träning och fysisk hälsa, 1177 Vårdguiden](#)
- [Patientbroschyrer om fysisk aktivitet och levnadsvanor, Fysioterapeuterna.](#) Vid olika sjukdomstillstånd, inför operation, till unga vuxna, psykisk ohälsa etc.

12. Flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt

12.1. Bakgrund

Varje enskild ohälsosam levnadsvana bidrar till sämre hälsa, ökad risk för sjukdom och förtida död. För den som har flera ohälsosamma levnadsvanor ökar risken ytterligare. Den som har flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt ingår enligt Socialstyrelsen i gruppen vuxna med särskild risk, som ska ges särskild uppmärksamhet [1].

12.1.1. Epidemiologi

I Sverige har 54 procent av befolkningen mellan 16–84 år minst en ohälsosam levnadsvana enligt Hälsa på lika villkor 2020 [29]. Nästan var femte svensk (18 procent) har två ohälsosamma levnadsvanor eller fler. Överlag är det en något högre andel män (22 procent) än kvinnor (13 procent) som har minst två ohälsosamma levnadsvanor.

12.1.2. Vinster med flera hälsosamma levnadsvanor

Den som har flera hälsosamma levnadsvanor har lägre risk att dö i förtid oavsett orsak. I en amerikansk studie var risken för förtida död minskad med 21 procent, 39 procent, 51 procent respektive 81 procent för den som hade en, två, tre eller fyra hälsosamma faktorer avseende matvanor, fysisk aktivitet, rökning och vikt [85].

I två svenska studier var risken för förtida död minskad med upp till 84 procent för dem som hade minst fyra hälsosamma levnadsvanor [86,87].

I världens största fall-kontroll-studie avseende hjärtinfarkter var risken att insjukna i hjärtinfarkt cirka 80 procent lägre för dem som inte rökte, var måttligt fysiskt aktiva samt åt frukt och grönsaker varje dag.[88].

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 [4].

Även den som redan drabbats av hjärtinfarkt kan se stora vinster med att ändra flera levnadsvanor till det bättre och effekterna kommer snabbt. De som inte röker, börjar äta hälsosamt och blir fysiskt aktiva har 74 procent lägre risk för återinsjuknande redan det första halvåret [89].

12.2. Uppmärksamma och identifiera flera levnadsvanor

Med hjälp av ett frågeformulär eller ”Samtalsunderlag om levnadsvanor” går det att få en samlad bild av alla fyra levnadsvanor, som omnämns i det här vårdprogrammet. Där går det också att få en uppfattning om någon eller några levnadsvanor sticker ut samt om patienten kan behöva hjälp och stöd att förändra flera av sina levnadsvanor. I samtalsunderlaget kan patienten också själv ta ställning till vilken eller vilka levnadsvanor hen eventuellt helst vill förändra och hur motiverad hen är att påbörja en förändring.

12.3. Erbjud råd och stöd

Med utgångspunkt från patientens svar på frågorna och hens inställning och motivation att göra förändringar går det ganska snabbt att bilda sig en uppfattning om det finns förutsättningar att gå vidare för att starta en förändringresa eller om det behövs motiverande åtgärder innan det är dags för handling. Det saknas studier där det undersökts om det är bra att förändra flera levnadsvanor samtidigt eller om det är bättre att försöka förändra en levnadsvana i sänder. I praktiken är nog det senare alternativet vanligast och att då koncentrera sina stödinsatser på den levnadsvana som patienten själv önskar börja med. Men att förbättra en levnadsvana kan ibland underlätta förbättring av en annan levnadsvana. Ökad fysisk aktivitet eller hälsosammare matvanor kan till exempel göra det lättare att klara av nikotin- eller alkoholabstinens, för den som försöker sluta röka eller minska sin alkoholkonsumtion. När det gäller åtgärder och lämplig rådgivningsnivå se under respektive levnadsvana.

12.4. Uppföljning

Uppföljning ingår som en naturlig del av både rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Uppföljning sker individuellt. När flera levnadsvanor är aktuella behövs ju uppföljning vid flera

tillfällen under en längre tid än om det bara handlar om en levnadsvana. Uppföljning kan ske genom besök, telefonsamtal, brev eller digitalt.

12.5. Verktyg och stöd för personal

De pedagogiska hjälpmedel som används vid riktade hälsosamtal ger en samlad bild av alla fyra levnadsvanorna, vilket gör det lättare att förstå de olika levnadsvanornas betydelse och hur dessa hänger ihop med psykosociala faktorer och olika biologiska riskmarkörer, som också finns med på Hälsokurvan eller Stjärnprofilen, läs mer under avsnittet Uppsökande arbetssätt – riktade hälsosamtal.

- [Samtalsunderlag om levnadsvanor, Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#)
Ett verktyg, som kan vara till hjälp för att identifiera flera ohälsosamma levnadsvanor och dessutom få en uppfattning om patientens motivation till eventuell förändring
- [Liv och hälsa, 1177 Vårdguiden](#)
- [Hälsosamma levnadsvanor, Vårdgivarguiden](#)
Här kan vårdgivare läsa mer om alla fyra levnadsvanor, hitta aktuella utbildningar och ladda ner material.
- [Material att beställa om hälsosamma levnadsvanor, Vårdgivarguiden](#)
Broschyrställ med enkel patientinformation 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.
- [Broschyr om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer, Swenurse](#)
Syftet med denna broschyr är att ge ett kunskapsunderlag till alla i teamet runt personer som diagnostiserats med cancer.
- [Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård](#)
- [Samtal om hälsa, Vårdgivare Skåne](#)
Ett verktyg i det dagliga patientarbetet vid enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal om levnadsvanor.
- [Levnadsvanor, svensk sjuksköterskeförening](#)
- [Bildstöd i vården, 1177 Vårdguiden, Västra Götalandsregionen](#)
Här kan du själv skapa bildstöd, beställa material och få tips om hur du kan använda bildstöd i vårdrmötet.
- [Kunskapsunderlag Barnmorskans samtal om levnadsvanor, Barnmorskeförbundet](#)
- [Guldorn](#). Folder (professionsversion) för att uppmärksamma viktiga fakta och råd om levnadsvanor till patienter med psykisk ohälsa, oavsett var kontakten sker. Framtagen av Svenska Läkarsällskapet.

12.6. Verktyg och stöd för patient

- [Goda levnadsvanor gör skillnad \(hfsnatverket.se\)](#)
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.
- [Webbvägen till en sundare folkhälsa, Sundkurs](#)
En faktabas där patienten själv kan hitta inspiration och kunskap till beteendeförändring och vårdpersonal kan hämta fakta och material till sin rådgivning.
- [Liv och hälsa, 1177 Vårdguiden](#)

- [Livsstil och hälsa under graviditet, 1177 Vårdguiden](#)
- [Guldorn för alla](#). Folder (patientversion) som syftar till att ge hjälp och stöd för hälsosamma levnadsvanor vid samtidig psykisk ohälsa. Framtagen av Svenska Läkarsällskapet.

13. 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 att redan tidsbegränsade interventioner i samband med kirurgi kan ge god effekt.

Patienter bör tillfrågas om sina levnadsvanor inför operation, informeras om komplikationsrisker och vilka 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 [90].

13.1. Rökning inför operation

13.1.1. Bakgrund

Rökare har mer än 50 procent ökad risk att drabbas av komplikationer i samband med operation [91]. Rökstopp syftar till att optimera patientens förutsättningar och därmed öka patientsäkerheten i samband med operation [92]. Det gäller både stora och små operationer, den faktiska risken är större vid stora operationer. Största riskökningen gäller sårkomplikationer (fördubblad risk) och lungkomplikationer [91]. Rökfrihet 4–8 veckor före och efter operation har visats eliminera, eller starkt minska risken. Enbart reducerad rökning har ingen påvisad effekt [93].

Nuvarande data talar för att längre tid än 4 veckor är fördelaktigt, särskilt bör detta gälla patienter med andra komplicerande sjukdomar samt vid högriskkirurgi. WHO rekommenderar rökfrihet 4 veckor före och efter operation, men konstaterar samtidigt att enligt reviewartikel är rökstopp längre tid än 4 veckor inom intervallet 4 till 8 veckor förenligt med förbättrade resultat [94].

Inför elektiva operationer ger rökstopp successivt reducerad /normaliserad organpåverkan [95]. 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 [91]

- Sårkomplikationer
- Lungkomplikationer
- Generella infektioner
- Intensivvård

Förbättrad funktion vid rökstopp [94]

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

13.1.2. Definitioner

Med rökning inför operation avses både sporadisk och daglig rökning.

13.1.3. Uppmärksamma

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

Samtalet ska ske på ett personcentrerat förhållningssätt, så att det blir relevant för patienten. All personal ska kunna ge enkla råd och vid behov hänvisa vidare för utökat stöd. Stöd till förändring av rökvanor bör erbjudas i vårdkedjans alla delar. Om patienten inte kan eller vill sluta röka bör en värdering ske om nyttan med operationen överväger risker (operationsindikation föreligger) och beslut ske i dialog mellan patient och ansvarig kirurg.

Remitterande enhet

- Fråga patienter som ska remitteras för ställningstagande till operation om rökvanor.
- Dokumentera rökvanor i patientjournal, se kapitel Tobak.
- Initiera stöd och behandling om dagligrökning eller sporadisk rökning föreligger samt registrera KVÅ-koder.
- Uppmana patienten att besvara den digitala hälsodeklarationen (eHD) via 1177 Vårdguiden eller motsvarande inför sitt besök i specialistvården.
- I remissen till specialistvården bör patientens rökvanor framgå samt vilken behandling som erbjudits och påbörjats.

Opererande enhet

- Fråga patienter som ska opereras om rökvanor och eventuellt påbörjad stöd och behandling.
- Uppmana patienten att besvara den digitala hälsodeklarationen (eHD) via 1177 eller motsvarande, om detta inte redan är gjort.
- Initiera stöd och behandling om dagligrökning eller sporadisk rökning föreligger (om detta inte har skett tidigare). Remiss skickas till tobaksavvänjare i primärvården, Sluta-Röka-Linjen alternativt till egen enhet om så finns.

- Dokumentera rökvanor i patientjournal, se kapitel 8 Tobak och registrera KVÅ-koder.

Vid akuta operationer ansvarar specialistvården för att informera patienten om riskerna med rökning vid kirurgi, rökstopp rekommenderas starkt och stöd erbjuds under ineliggande eftervård. Önskar patienten fortsatt stöd till rökstopp går remiss till primärvård eller egen enhet för fortsatt stöd och behandling postoperativt.

13.1.4. Åtgärder

Målgrupp	Rekommendation
Personer som ska genomgå en elektiv operation och som röker (även sporadiskt)	<ul style="list-style-type: none">• 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)	<ul style="list-style-type: none">• Omedelbart rökstopp med erbjudande om tillägg av nikotinläkemedel Efter operation: <ul style="list-style-type: none">• 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)

Tabell 14. Rekommendationer kring samtal om rökstopp i samband med kirurgi.

Elektiva operationer

Rökstopp från minst 4 till helst 8 veckor före operation till minst 4 till helst 8 veckor efter operation normaliserar eller minskar kraftigt komplikationsriskerna. Patienter som använder nikotinersättningsmedel (NRT) och som ska opereras där mikrocirkulationen har särskild betydelse bör rekommenderas att undvika preparatet från 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.

13.1.5. Uppföljning

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

13.1.6. Personalens kompetens

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

Se för övrigt kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och kapitel 8 Tobak.

13.1.7. Dokumentation

Rökvanor, initierad, planerad, erbjuden eller avslutad stöd och behandling ska dokumenteras i patientjournal och KVÅ-koder ska registreras. Registrera KVÅ-koder enligt beskrivning i kapitel 8 Tobak.

13.1.8. Verktyg och stöd för personal

- [Samtal om hälsa\(pdf\)](#)
- [Svenska Läkaresällskapet](#)
- [Goda levnadsvanor gör skillnad - Utbildningsportal, Region Skåne](#)

13.1.9. Verktyg och stöd för patient

- [Nationell och regional patientinformation om tobak, 1177 Vårdguiden](#)

13.2. Alkohol inför operation

13.2.1. 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 procent [96,97]. Den ökade komplikationsrisken gäller alla patienter och vid alla typer av operationer [98,99]. Några studier har visat att intensivt stöd inför planerade operationer, med nykterhet som mål, till patienter med högkonsumtion reducerar riskerna [98]. Det saknas studier som ger beslutsunderlag avseende tiden för alkoholuppehåll 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, sårhäkning och stresssystemen [100–102]. Det har dock inte gjorts kliniska studier som visat att detta resulterar i fler komplikationer vid operation.

Komplikationerna vid hög alkoholkonsumtion [96]

- Lungkomplikationer
- Generella infektioner
- Sårkomplikationer
- Ökat intensivvårdsbehov
- Förlängd sjukhusvård
- Ökad postoperativ dödlighet

Förbättrad funktion vid alkoholuppehåll [95,99]

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

13.2.2. Definitioner

För definitioner, se kapitel 10.

13.2.3. Uppmärksamma

Hälso- och sjukvårdspersonal bör i mötet med patient som ska opereras (metodiskt/strukturerat) uppmärksamma alkoholvanor (se avsnitt 10.3), särskilt riskbruk av alkohol. Inför operation ska patienter tillfrågas om alkoholvanor, informeras om de ökade komplikationsriskerna som föreligger vid alkoholbruk och de vinster som kan uppnås vid ett alkoholuppehåll. Patienten ska kunna göra ett välinformerat val angående förändringar av sina alkoholvanor.

Samtalet ska ske enligt personcentrerat förhållningssätt, så att det blir relevant för patienten. Ge enkla råd och hänvisa vidare för utökat stöd vid behov. Stöd till förändring av alkoholvanor bör erbjudas i vårdkedjans alla delar när det är kliniskt relevant.

Remitterande enhet

- Fråga patienter som ska remitteras för ställningstagande till operation om alkoholbruk.
- Dokumentera alkoholbruk i patientjournal, se kapitel 10.
- Initiera stöd och behandling om behov föreligger samt registrera KVÅ-koder.
- Uppmana patienten att besvara den digitala hälsodeklarationen (eHD) via 1177 Vårdguiden eller motsvarande inför sitt besök i specialistvården.
- I remissen till specialistvården bör patientens alkoholbruk framgå samt om behandling erbjudits och påbörjats.

Opererande enhet

- Fråga patienter som ska opereras om alkoholbruk och om stöd och behandling eventuellt påbörjats.
- Uppmana patienten att besvara den digitala hälsodeklarationen (eHD) via 1177 eller motsvarande, om detta inte redan är gjort.
- Initiera stöd och behandling om behov finns och om detta inte har skett tidigare. Vid behov skickas remiss till alkoholbehandlare i primärvården alternativt till specialistenhet för beroendebehandling.
- Dokumentera alkoholbruk i patientjournal, se kapitel 10, och registrera KVÅ-koder.

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

13.2.4. Åtgärder

Målgrupp	Rekommendation, prioritet inom parentes
Vuxna med riskbruk och som ska opereras	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal (3)• Kvalificerat rådgivande samtal (6)
Vuxna med riskbruk som utvecklat beroende av alkohol och som ska opereras	<ul style="list-style-type: none">• Kvalificerat rådgivande samtal med eventuellt tillägg av alkoholläkemedel (denna målgrupp ingår ej i nationella riktlinjer, prioritet anges ej)
Vuxna med alkoholbruk under riskbruksgränserna och som ska opereras	<ul style="list-style-type: none">• Rekommendation om alkoholuppehåll fyra veckor före operation och en tid efter operation (denna målgrupp ingår ej i nationella riktlinjer, prioritet anges ej)

Tabell 15. Rekommendationer kring samtal om alkoholuppehåll i samband med kirurgi.

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 sårhäkning 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 sårhäkning 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 sårhäkning och gott allmäntillstånd uppnåtts [96,97].

13.2.5. Uppföljning

För uppföljning, se kapitel 10.

13.2.6. Kompetens

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

Se för övrigt kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och kapitel 10.

13.2.7. Dokumentation

Alkoholbruk samt initierad, planerad, erbjuden eller avslutad stöd och behandling ska dokumenteras i patientjournal och KVÅ-koder registreras. Registrera KVÅ-koder enligt beskrivning i kapitel 10.

13.2.8. Verktyg och stöd för personal

- [Frågor och svar om rökfri och alkoholfri operation – personalinformation, Vårdgivarguiden Region Stockholm](#)
- [Levnadsvanor inför operation - Svenska Läkaresällskapet \(sls.se\)](#)
- [Hälsodeklaration inför operation, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård](#)

13.2.9. Verktyg och stöd för patienter

- [Levnadsvanor i samband med operation, 1177 Vårdguiden](#)
- [Rökfri operation, Vårdgivarguiden Region Stockholm](#) (patientbroschyr pdf)
- Alkohol och operation (patientmaterial), [Levnadsvanor inför operation - Svenska Läkaresällskapet \(sls.se\)](#)

13.3. Fysisk aktivitet inför operation

13.3.1. Bakgrund

Låg fysisk prestationsförmåga ökar risken för postoperativa komplikationer, längre vårdtid och längre tid för återhämtning, vilket visats vid thoraxkirurgi och bukkirurgi [103–105]. Studier visar att kondition kan vara mer avgörande än ålder [103]. 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 [103]. 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 [104]. 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 [106]. 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 [107–110].

Inför större bukkirurgi har enstaka studier visat mycket lovande resultat av högentensiv, fysioterapeutledd träning under cirka sex veckor preoperativt [111] medan andra studier inte visar någon mätbar effekt vid måttlig intensitet [112]. Eftersom tiden till operation för cancersjukdom i nuvarande standardiserade vårdförlopp är begränsad till några veckor, har intervention under denna korta tid nyligen undersökts inför operation av bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer [113,114]. Dessa visade ingen effekt på risken för komplikationer eller återhämtning på kort sikt. 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 [115].

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 (hur länge) och frekvens (hur ofta) för att ha effekt.

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) [116–117]. 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 till exempel 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 kliniks specifika rekommendationer.

13.3.2. Definitioner

Med fysisk prestationsförmåga avses syreupptagningsförmåga/kondition och anaerobic threshold (mjölksyratröskel). För övriga definitioner, se kapitel 11 Fysisk aktivitet.

13.3.3. 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 för fysisk aktivitet, se kapitel Fysisk aktivitet - 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 SFAls (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård) digitala hälsodeklaration inför operation vilken graderar prestationsförmågan utifrån MET (metabol ekvivalent):

Fråga	Svarsalternativ
Vilket av följande påståenden passar bäst in på dig?	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Jag klarar mer krävande fysisk träning, som till exempel normal jogging (7 min/km), bära flyttkartonger, eller motsvarande.<input type="checkbox"/> Jag klarar lättare fysisk träning, som till exempel lugn jogging (9 minuter per km), simning, gräsklippning med handgräsklippare, skotta snö, eller motsvarande.<input type="checkbox"/> Jag klarar tyngre hushållsarbete som att svabba golv, dammsuga, gå uppför en trappa (15 trappsteg) utan att stanna, eller motsvarande.<input type="checkbox"/> Jag kan utföra lättare hushållsarbete som att diska, damma, gå en kortare sträcka på planmark i långsam takt, eller motsvarande.<input type="checkbox"/> Jag blir andfådd av minsta ansträngning.

Tabell 16. Frågor för att bedöma och utvärdera fysisk aktivitetsnivå

Inga gränsvärden anges utan hänsyn bör tas till operation och situation, särskilt angeläget för patient som ska genomgå ett större operation eller har ett sämre allmäntillstånd.

13.3.4. Åtgärder

Erbjud stöd till optimering av fysisk prestationsförmåga när det är kliniskt relevant, i alla delar av vårdkedjan.

Remitterande enhet

- 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 bör ett rådgivande samtal erbjudas, med/utan tillägg av FaR (Fysisk aktivitet på Recept).
- I remissen till specialistvården bör patientens fysiska aktivitetsnivå eller prestationsförmåga framgå samt vilken behandling som erbjudits och påbörjats.

Opererande enhet

- 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.

13.3.5. Uppföljning

För uppföljning, se kapitel 11 Fysisk aktivitet.

13.3.6. Kompetens

All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt behöver kunna uppmärksamma otillräcklig fysisk aktivitet i samband med operation, ge enkla råd och hänvisa vidare vid behov.

Se för övrigt kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och kapitel 11 Fysisk aktivitet.

13.3.7. Dokumentation

Information om patientens fysiska aktivitetsnivå och/eller fysiska prestationsförmåga, bedömning, åtgärder och uppföljning bör dokumenteras i patientjournal enligt lokala rutiner. Registrera KVÅ-koder enligt beskrivning i kapitel 11 Fysisk aktivitet.

13.3.8. Verktyg och stöd för patienter och personal

- [Levnadsvanor vid hjärtkirurgi, Fysioterapeuterna](#)
- [Stark inför bukkirurgi - stark för livet, Fysioterapeuterna](#)
- [Stark inför ryggkirurgi – stark för livet, Fysioterapeuterna](#)
- [Levnadsvanor i samband med operation, 1177 Vårdguiden](#)

13.4. Matvanor och nutritionsstatus inför operation

13.4.1. Bakgrund

Detta kapitel fokuserar i huvudsak på nutritionsstatus i stället för matvanor, vilket motiveras av att det är detta fokus som (enligt referenser) har bäst möjlighet att identifiera de patienter som vid intervention kan få minskade komplikationer, kortare vårdtid och förbättrad prognos. Detta gäller oavsett om orsaken är ohälsosamma matvanor eller sekundärt till befintlig sjukdom, såsom cancer. Matvanor och näringskvalitet utgör grunden för individens nutritionsstatus och kan därför också behöva uppmärksammas.

God nutritionsstatus har stor betydelse i samband med kirurgi. Både undernäring och fetma medför en ökad risk för komplikationer och dödlighet [119,120]. 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 [119,120]. 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 sårhäkning och optimerar rehabilitering efter kirurgi [119,120]. 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 viktnedgång 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 [119,120]. För att optimera patientens förutsättningar i samband med kirurgi är nutritionsomhändertagandet en viktig hörnsten i ERAS konceptet (Enhanced Recovery After Surgery) [116].

13.4.2. Definitioner

Nutritionsstatus utgör kroppens tillstånd avseende intag och förbrukning av näringsämnen.

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 [47].

För definitioner av ohälsosamma matvanor, se kapitel 9.2 Matvanor - Definitioner.

13.4.3. 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 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. Se kapitel 9 Matvanor.

Särskild uppmärksamhet bör ges till patienter med allvarlig risk för undernäring [119,120]. Allvarlig risk föreligger hos patienter med något av kriterierna

- ofrivillig viktnedgång 10–15 % senaste 6 månaderna
- BMI <18,5
- serumalbumin <30 g/l (utan bekräftad lever- eller njursjukdom)
- enligt bedömning med validerat screeninginstrument

13.4.4. Åtgärder

Vid undernäring eller risk för undernäring bör patienten genomgå bedömning och kostbehandling av dietist. Patienter med risk för undernäring bör erbjudas nutritionsbehandling minst 7–10 dagar före operation [119,120]. Ju allvarligare risk desto längre tid behövs för att återställa metabol balans. För patienter som tidigare genomgått kirurgi med komplikationer finns det anledning att erbjuda kostbehandling minst sex veckor före operation.

Utöver kostrådgivning kan kosttillskott, 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 [47].

Medan fetma kan medföra en ökad komplikationsrisk vid kirurgi så är evidensläget avseende viktnedgång nära inpå ett kirurgiskt ingrepp bristfälligt [121]. Om viktnedgång 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 WHO:s 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 kosttillskott och/eller enteral nutrition, 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.

13.4.5. Uppföljning

För uppföljning, se kapitel 9.7 Matvanor - Uppföljning.

13.4.6. Kompetens

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

Se för övrigt kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och kapitel 9 Matvanor.

13.4.7. 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. Registrera KVÅ-koder enligt beskrivning i kapitel 9 Matvanor.

13.4.8. Verktyg och stöd för personal

- [ERAS Society](#)
- [Stark inför kirurgi - stark för livet, Dietisternas Riksförbund](#)

14. Uppsökande arbetssätt – riktade hälsosamtal

14.1. Riktade hälsosamtal

Uppsökande arbetssätt innebär att hälso- och sjukvården aktivt vänder sig till en grupp i befolkningen till exempel med erbjudande om stöd i form av hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande insatser. Ett sätt att systematiskt och strukturerat genomföra detta är enligt Socialstyrelsen att vårdcentralen/hälsocentralen i form av uppsökande verksamhet bjuder in alla personer i utvalda åldersgrupper, exempelvis 40- eller 50-åringar, till ett hälsosamtal med fokus på levnadsvanor [1,19]. Erbjudande om förebyggande hembesök till exempelvis kommunens alla 75-åringar, är ett annat exempel på uppsökande arbetssätt.

Den svenska modellen för riktade hälsosamtal är ett sätt att systematiskt och strukturerat uppmärksamma frisk- och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom för att kunna erbjuda kunskap, stöd till förändring och uppföljning om behov och önskemål finns. Modellen kombinerar både lågriskstrategi, alla i åldersgruppen bjuds in, och högriskstrategi där riskfaktorer uppmärksammas och leder till erbjudande om uppföljning.

Samtalet är personcentrerat, det vill säga utgår från deltagarens värderingar, val och förutsättningar och kombinerar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

De faktorer som kartläggs är levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, alkoholvanor, tobaksvanor), biologiska riskfaktorer (blodtryck, blodfetter, blodsocker, vikt, bukfetma), psykosociala faktorer och ärftlighet. Syftet är, till skillnad från allmänna hälsokontroller, att i första hand förebygga hjärt-kärlsjukdom och typ 2-diabetes. I Figur 10 åskådliggörs fler skillnader mellan riktade hälsosamtal och allmänna hälsokontroller.

Hälsosamtalets åtgärder baseras i huvudsak på de evidensbaserade metoder som prioriteras i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Riktat hälsosamtal vs Allmän hälsokontroll

Riktat hälsosamtal

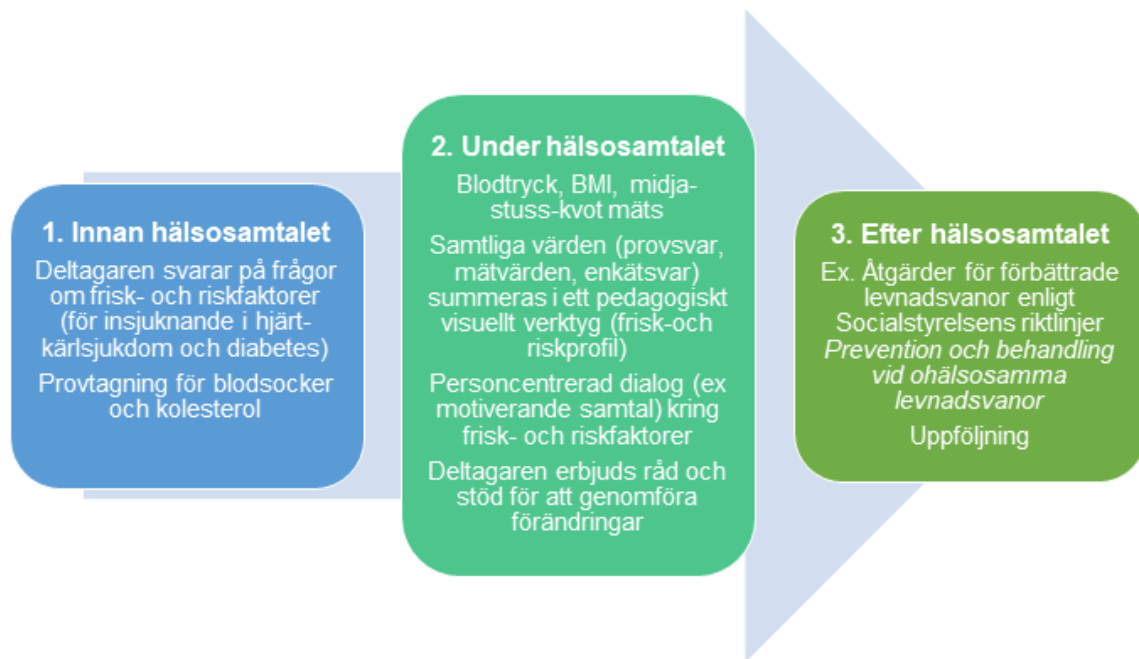
- Riktat mot hjärt-kärlsjukdom
- Fokus på levnadsvanor
- Av värde för alla som deltar
- Alla i en åldersgrupp bjuds in
- Alla erbjuds personcentrerat hälsosamtal
- Genomförs i välbekant miljö på listad vårdcentral
- Grafiskt hjälpmedel används
- Medicinsk evidens finns
- Kombinerar lågrisk- och högriskstrategi

Allmän hälsokontroll

- Inte riktat mot specifik sjukdomsgrupp
- Oftast fokus på blodprover
- Av värde för begränsat antal deltagare
- Individerna tar oftast eget initiativ och får ofta bekosta själv
- Alla erbjuds inte alltid hälsosamtal
- Genomförs oftast i obekant miljö
- Medicinsk evidens finns inte
- Kombinerar inte lågrisk- och högriskstrategi

Figur 10. Riktat hälsosamtal vs allmän hälsokontroll.

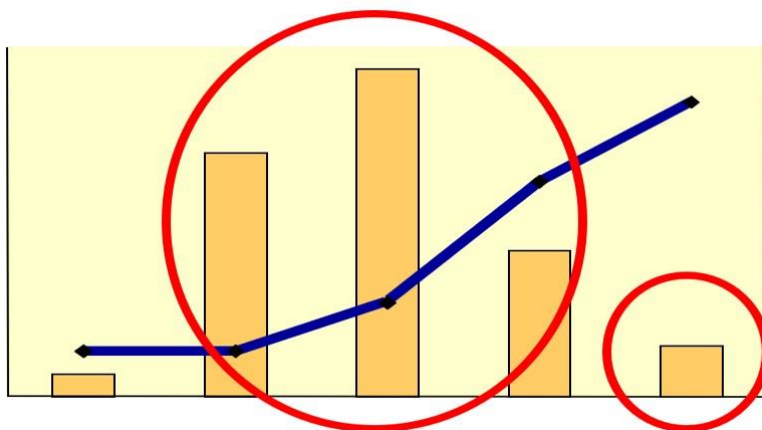
Riktade hälsosamtal till utvalda grupper i befolkningen innebär samtidigt en arbetsmodell för långsiktigt folkhälsoarbete, där svensk primärvård i sin ordinarie verksamhet samverkar med andra aktörer kring samhällsinriktade åtgärder. För närvarande erbjuds riktade hälsosamtal i 11 av landets 21 regioner. Flera ytterligare regioner har tagit beslut om att införa modellen inom de närmaste åren.



Figur 11. Det riktade hälsosamtalets process.

14.2. Den preventiva paradoxen

Enligt den preventiva paradoxen är det bättre att många med låg till måttlig risk ändrar sig lite än att några få med hög risk ändrar sig mycket [122]. 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.



Figur 12 Den preventiva paradoxen. Staplarna visar antal personer med hjärtinfarkt. Den blå linjen visar risk för hjärtinfarkt vid olika kolesterolvärden.

14.3. Hälsosfrämjande förhållningssätt

Det är av stor vikt att samtalet med deltagaren präglas av hälsofrämjande förhållningssätt, salutogenes, det vill säga 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 självförlit. Deltagaren får sin frisk- och riskprofil med sig hem för att ges möjlighet till ytterligare

ge



Testman, Agne

Blodfetter

Kolesterol 5.6
 Triglycerider 0.9
 HDL 1.2
 LDL 4.2

Blodsocker

Fasteprov 5.6
 OGTT 6.1

Blodtryck

Höger arm 129 / 83
 Vänster arm 127 / 84

Upplevd hälsa

Fysisk aktivitet

Stillasittande 7-9 timmar per dag
 Vardagsmotion 1-1,5 timme per vecka
 Fysisk träning 0-0,5 timmar per vecka

Mat

Tobak

Röker inte
 Snusar ibland

BMI och midjemått

BMI 30.4
 Midjemått 101 cm

Alkohol

3 glas/vecka

Min hälsoplan 2021-12-14

Mina tankar om min stjärnprofil:

Finns det något jag vill förändra? Ja Nej

Det här vill jag förändra:

Detta uppnår jag genom att:

Personliga rekommendationer:

Du erbjuds remiss till beteendemedicin.
 Du har en fetma. Du kan få hjälp och stöd till levnadvaneförändringar via hälsosjukvården. Om du rör dig regelbundet och har god kondition är risken för sjukdomar lägre än om du rör dig lite.
 Du har normalt blodtryck.
 Du har normalt fasteblodsocker och normal sockertolerans.
 Du har förhöjda blodfetter (kolesterol).
 Du har förhöjda blodfetter (LDL).

Figur 14. Stjärnprofilen

14.3.2. 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 syfte, 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.

14.4. Systematisk kunskapsgenomgång

NPO levnadsvanor har, parallellt med vårdprogrammet, tillsatt en oberoende expertgrupp med uppdrag att genomföra en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen avseende den svenska modellen för riktade hälsosamtal, där hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande lågrisk- och högriskstrategi kombineras för prevention och behandling i syfte att i första hand minska insjuknande och död i hjärtkärlsjukdom. Expertgruppens slutrapport kommer att redovisas under 2022 och blir därefter föremål för sedvanlig granskning.

14.5. Kompetens

Kompetenskrav för den som håller riktade hälsosamtal

- ha minst 3 års högskole-/universitetsutbildning (eller motsvarande) inom hälso- och sjukvård, företrädesvis distriktssköterska eller sjuksköterska, men även läkare, dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut
- ha av regionen godkänd utbildning i riktade hälsosamtal
- ha av regionen godkänd utbildning i motiverande samtal med kompetens att kunna tillämpa teoribaserade och strukturerade åtgärder som motiverande strategier och beteendetekniker med ett personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt
- ha kunskap om att evidensbaserad patientinformation om levnadsvanor kan hittas på 1177 Vårdguiden
- delta regelbundet i fortbildning och följer kunskapsutvecklingen för att vara uppdaterad avseende evidens inom området hjärtkärlsjukdom och typ 2 diabetes
- arbeta regelbundet och i tillräcklig omfattning med deltagare/patienter som ska genomföra förändringar med utgångspunkt från innehållet i metoden riktade hälsosamtal

14.6. Dokumentation

Förslag till diagnos- och KVÅ-kod:

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

15. Barn och unga

15.1. Bakgrund

År 2020 blev Förenta nationernas konvention om barns rättigheter, barnkonventionen, lag i Sverige [131]. I artikel 24, står att "alla barn har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa". De levnadsvanor som grundläggs under barn och ungdomsåren kommer att påverka individens framtida hälsa och hälsorelaterade beteende [132]. Insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga ohälsa bör starta tidigt och ha fokus på familjens levnadsvanor. För barn under 18 år 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 [133,134]. WHO menar att interventioner som riktas mot att främja och stärka en hälsosam miljö runt barnet och erbjuda insatser som ger vuxna runt barnet stöd och kunskap att vara positiva förebilder som vägleder barn mot hälsosamma levnadsvanor skulle kunna bidra till en god och jämlik hälsa [135].

Vårdprogrammet bygger på tre delar: att uppmärksamma, att ge råd och stöd samt att följa upp ohälsosamma levnadsvanor. Barnhälsovården, tandvården och elevhälsan är centrala aktörer i detta arbete och har ett uppdrag att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barnets eller den unges hälsa [133,134,136,137]. Ohälsosamma levnadsvanor bör även uppmärksammas och åtgärdas inom verksamheter som regelbundet möter barn under 18 år exempelvis inom primärvården, barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabilitering eller på ungdomsmottagning när det är lämpligt och relevant.

Vid samtal om levnadsvanor med barn under 18 år bör en bedömning av om, när och hur frågor om levnadsvanor bör ställas. Samtalet bör ske på ett barncentrerat sätt där barnet ges möjlighet att uttrycka sina åsikter och känna sig delaktig i beslut som rör barnet och aktiviteter som barnet deltar i [131]. Hänsyn tas till barnets åsikter, utifrån barnets ålder och mognad.

15.2. Struktur för arbetet inom barnhälsovården, elevhälsan och tandvården

Barnhälsovården, elevhälsan och tandvården arbetar utifrån universell proportionalism, vilket innebär att insatser riktas till alla barn under 18 år men med en intensitet och omfattning som är proportionell mot barnets behov både ur ett medicinskt och socialt perspektiv. Insatserna delas upp i insatser till alla samt riktade insatser [136–138]:

1. Insatser till alla omfattar samtal om levnadsvanor med alla barn i syfte att främja hälsosamma levnadsvanor och att uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor. Insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor bör påbörjas redan under barnets första år. Ohälsosamma levnadsvanor bör uppmärksammas i samband med barnhälsovårdens hälsosamtal vid 2 1/2, (3), 4 och 5 år, elevhälsans hälsobesök som genomförs vid minst fyra tillfällen mellan förskoleklass och årskurs 2 på gymnasiet, samt i samband med tandvårdens behovsanpassade besök från tidig ålder.
2. När en eller flera ohälsosamma levnadsvanor har uppmärksammats, bör barn och unga och deras vårdnadshavare och/eller andra viktiga vuxna i barnets närhet erbjudas riktade insatser, i form av hälsovägledning, samtal och ett utökat föräldrastöd motsvarande rådgivande samtal. Barnet görs delaktig utifrån ålder och behov. Vanligen erbjuds barnet och dess vårdnadshavare ett eller ett par uppföljande samtal.
3. Vid behov av ett mer omfattande stöd, bör barnet och dess vårdnadshavare erbjudas hänvisning till ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, motsvarande kvalificerat rådgivande samtal eller familjestödsprogram, läs vidare under respektive levnadsvana, barn under 18 år.

15.3. Struktur för arbetet med levnadsvanor

I samband med hälsosamtal eller i samband med mottagningsbesök, inled med att ställa frågor om levnadsvanor, använd gärna standardiserade frågeformulär. Bedöm om barnet eller ungdomen har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor. Vid ohälsosamma levnadsvanor erbjud stöd till förändring i samband med besöket eller vid uppföljande besök på enheten eller genom hänvisning.

Ge stöd till förändring utifrån rekommenderad åtgärd.

Följ upp regelbundet för att upprätthålla motivation hos barnet, ungdomen och deras vårdnadshavare och utvärdera om åtgärden haft effekt.

Läs mer i kapitel 4 Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor.

15.4. Frågeformulär

Det saknas enhetliga nationella frågor för att uppmärksamma ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet riktade till barn och unga under 18 år. I vårdprogrammet ges förslag på frågor eller frågeformulär som kan användas för att identifiera barn och unga med risk för ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet.

Avseende tobak och alkohol används med fördel öppna frågor som sedan ligger till grund för fortsatt samtal, se respektive kapitel nedan. Frågorna syftar till att fånga de barn och unga som har provat eller brukar tobak och/eller alkohol.

Läs mer i kapitel 10.3 – frågeformulär.

15.5. Familjestödsprogram

I dagsläget erbjuder många regioner och kommuner föräldraskapsstödsprogram i form av kurser riktade till vårdnadshavare om samspelet mellan vårdnadshavare och barn. Detta för att hjälpa vårdnadshavaren att ge sina barn en trygg och bra uppväxt, exempelvis ABC (alla barn i centrum) och COPE [139]. Där utöver erbjuder vissa regioner föräldrastödsprogram till barn med övervikt och fetma, exempelvis Mer och mindre [140]. Programmen syftar till att vårdnadshavare ska få möjlighet att hitta lösningar på vardagsproblem och få stöd i arbetet mot en hälsosammare livsstil.

Det saknas i dagsläget familjestödsprogram som specifikt riktar sig till barn med ohälsosamma matvanor och/eller otillräcklig fysisk aktivitet och dess vårdnadshavare. En struktur för denna åtgärd behöver utvecklas i samarbete mellan regionen och kommunerna där strategier från ovannämnda program kombineras med stöd kring förändring av levnadsvanor på ett liknade sätt som görs i exempelvis Mer och Mindre.

Familjestödsprogram vid ohälsosamma levnadsvanor ger ett fördjupat stöd till förändring och pågår under en längre tid och kan genomföras i grupp eller individuellt.

Läs mer i kapitel 6.5 Familjestödsprogram

15.6. Avgränsningar

Kapitlet riktar sig till barn och unga mellan 2 till 18 år i enlighet med Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [1].

Vårdprogrammet omfattar inte metoder för att främja hälsosamma levnadsvanor genom universella insatser utan avgränsas till metoder för att förebygga och behandla tobaksbruk, bruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. Det är dock av stor betydelse att hälsofrämjande insatser sker parallellt inom förskola, skola, särskola och på andra arenor där barn vistas för att skapa förutsättningar för alla barn, ungdomar och deras familjer att göra hälsosamma val.

Vårdprogrammet omfattar inte barn och unga med övervikt och fetma eller unga med missbruk eller beroende av alkohol och cannabis. I detta fall hänvisas till kommande Nationella riktlinjer för vård vid obesitas respektive Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende samt lokala vårdprogram [141,142].

I de fall barnets vårdnadshavare uppmärksammas med ohälsosamma levnadsvanor, återfinns rekommendationer för vuxna under respektive levnadsvana i vårdprogrammet.

16. Matvanor, barn och unga under 18 år

16.1. Bakgrund

Barn och unga äter mindre frukt och grönsaker och mer sötsaker som godis och läsk samt mer rött kött och charkprodukter än rekommendationen [143,144]. Endast 12 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna i förskoleåldern når målet fem portioner frukt och grönsaker per dag [144]. 50 procent av flickorna och ungefär 40 procent av pojkarna 11, 13 och 15 år äter grönsaker dagligen [145]. Mellan 3–4 procent av 11 åringarna och 6–8 procent av 13- och 15-åringarna uppger att de äter godis dagligen.

Barn och ungdomar vars föräldrar har kort utbildning och/eller låg inkomst äter mindre grönsaker och fisk, och dricker mer läsk än de med högutbildade föräldrar [143].

16.1.1. Hälsovinster med hälsosamma matvanor

Hälsosamma matvanor är viktigt för hjärnans utveckling, god tillväxt och kan i alla åldrar bidra till mer ork och bättre mående [146,147]. Ett högt intag av grönsaker, frukt, 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 [57]. Hälsosamma matvanor hos barn minskar även risken för karies, näringsbrist, undervikt på kort sikt och för andra kroniska sjukdomar så som typ 2-diabetes, hjärtkärlsjukdomar och vissa cancerformer på lång sikt [57,148–150].

Smakpreferenser och matvanor grundläggs redan i tidig ålder men får betydelse hela livet [151,152]. Vårdnadshavarnas matvanor och deras roll vid inköp och tillagning har stor betydelse för barnets framtida matvanor [147,153].

16.2. Definition

Ohälsosamma matvanor hos barn 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.

Socialstyrelsen har definierat betydande ohälsosamma matvanor som låga poäng på kostindex (0–4 av 12 möjliga) [1].

Läs mer i kapitel 9.3 Allmänna råd om hälsosamma matvanor.

16.3. Allmänna råd om hälsosamma matvanor

Livsmedelverkets svenska kostråd är desamma för barn över två år som för vuxna [154].

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. Det är även bra att tidigt lära barn att tycka om mat med fullkorn. Variera mellan fullkornsprodukter och mindre fiberrika alternativ och öka mängden fullkorn successivt.

Läs mer i kapitel 9.3 Allmänna råd om hälsosamma matvanor.

16.4. Uppmärksamma

Samtal för att främja hälsosamma matvanor sker redan under spädbarnstiden. Från 2 års ålder bör ett systematiskt arbete för att uppmärksamma barn med ohälsosamma matvanor ske i samband med hälsosamtal inom barnhälsovården och senare inom elevhälsan samt vid rutinbesök inom tandvården. Det kan vara extra viktigt att uppmärksamma ohälsosamma matvanor hos barn som är nedstämda, har oro eller ångest, har funktionsnedsättning, ungdomar som minskat i vikt, barn oavsett ålder som ökar snabbt eller ligger högt i ISO BMI samt hos barn med karies. Vid samtal om matvanor med barn och familjer kan bilder eller bildstöd användas.

16.4.1. Frågeformulär

För att uppmärksamma ohälsosamma matvanor kan standardiserade frågor om matvanor användas, exempelvis Socialstyrelsens kostindex [154]. Kostindex är validerat på vuxna men bedöms även kunna användas för att identifiera de barn och ungdomar som har risk för ohälsosamma matvanor, genom att ge en indikation om matens näringsmässiga kvalitet.

Läs mer i kapitel 9.4.1 Frågeformulär.

16.4.2. Bedömning

Räkna samman kostindex och gör en bedömning av om barnet eller den unge har risk för ohälsosamma matvanor. Återkoppla och diskutera resultatet på kostindex med familjen. Lyssna och bekräfta det som är hälsosamt.

Kostindex tar inte hänsyn till barnets energiintag, generella livsmedelsval eller måltidsstruktur och en fördjupad kartläggning av barnets matvanor behöver genomföras när barnet uppmärksammas med risk för ohälsosamma matvanor. En fördjupad kartläggning kan ske via en strukturerad kostanamnes där barnet, om det är möjligt, själv får svara på frågor om sina matvanor, måltidsstruktur och mängder medan medföljande vuxen hjälper till att beskriva den övriga livssituationen.

Undersök även om barnets matvanor skiljer sig åt mellan vardag och helgdag.

Vid samtal om ohälsosamma matvanor med barn, ungdomar och deras vårdnadshavare är det viktigt att visa intresse och nyfikenhet för de tankar och funderingar som familjen har kring barnets matvanor samt undvika att skuldbelägga eller tillrättvisa. Beakta även vad som kännetecknar barnet och familjen, särskilt med fokus på kognitiva funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa. Erbjud fakta och om familjen önskar, ge råd om hälsosamma matvanor.

Ställ främst öppna frågor och visa nyfikenhet för de tankar och funderingar som familjen har kring barnets matvanor och ta reda på vilka kunskaper och erfarenheter de har med sig.

Exempel på frågor

- Vad upplever du fungerar bra eller mindre bra med dina/ditt barns matvanor?
- Vad vet du om hur dina/era matvanor påverkar din hälsa/ ditt barns hälsa?
- Är du orolig för hur ditt barn äter? Om ja, kan du berätta?
- 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?

16.5. Åtgärder

Rekommendation om åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018.

Målgrupp	Rekommendation med prioritet inom parentes
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)

Tabell 17. Åtgärd vid ohälsosamma matvanor, barn och unga

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

16.5.1. Barn 2–12 år

Erbjud initialt familjer med barn som bedömts ha ohälsosamma matvanor riktade insatser i form av hälsovägledning och stöd till vårdnadshavarna motsvarande rådgivande samtal för att motivera till hälsosamma matvanor [138]. Gör en utökad bedömning av barnets matvanor och utforska tillsammans med barnet, om möjligt, och dess vårdnadshavare möjliga förändringar att arbeta med. Sätt realistiska mål. Rådgivningen kan ske på den enhet som uppmärksammat ohälsosamma matvanor, exempelvis på BVC, inom elevhälsan och tandvården. I samtalet kan bilder, exempelvis från Grunda sunda vanor eller Saga sagor och bildstöd vara behjälpligt. Hänsyn tas till familjens möjligheter och intresse.

Om inte ovanstående åtgärd har lett till förbättrade matvanor erbjud familjen ytterligare stöd och vägledning via remiss till mer omfattande insatser i form av familjestödsprogram i grupp eller individuellt, enligt lokala rutiner.

Engagera och stötta hela familjen när det behövs och involvera även andra personer i barnets närhet, så som mor- och farföräldrar eller personal i förskola, skola och särskola.

Läs mer i kapitel 6.5 Familjestödsprogram.

16.5.2. Unga 13–18 år

Erbjud initialt ungdomar som bedömts ha ohälsosamma matvanor stöd och hälsovägledning i form av rådgivande samtal för att motivera till hälsosamma matvanor [155]. Vårdnadshavare eller andra viktiga personer i den unges omgivning kan med fördel involveras om den unge samtycker. Gör en utökad bedömning av den unges matvanor och utforska möjliga förändringar att arbeta med. Sätt realistiska mål. Rådgivningen kan ske på den enhet som uppmärksammat ohälsosamma matvanor, exempelvis elevhälsan, ungdomsmottagningen och tandvården. Vårdnadshavare eller andra viktiga personer i den unges omgivning kan med fördel involveras om den unge samtycker. I samtalet kan bilder eller bildstöd vara behjälpligt.

Om inte ovanstående åtgärd har lett till förbättrade matvanor kan den unge och dess familj erbjudas ytterligare stöd och vägledning via remiss till mer omfattande insatser i form av familjestödsprogram i grupp eller individuellt, enligt lokala rutiner.

Engagera och stötta hela familjen när det behövs och involvera även andra personer i barnets närhet, så som mor- och farföräldrar eller personal i skola och särskola.

Läs mer under kapitel 6.5 Familjestödsprogram.

16.6. Uppföljning

Uppföljning ingår som en naturlig del av rådgivande samtal och familjestödsprogram. Följ upp barnets/den unges matvanor återkommande då det är vanligt att de förändras

Läs mer i kapitel 9.7 Matvanor - Uppföljning.

16.7. Kompetens

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

Lär mer i kapitel Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och i kapitel 9.8 Matvanor - Kompetens.

16.8. Dokumentation

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

Diagnoskod ICD-10-SE:

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

KVÅ-koder:

- DV142 Rådgivande samtal om hälsosamma matvanor

Läs mer i kapitel 20 Dokumentation.

16.9. Verktyg och stöd för personal

- Livsmedelsverket, [Kostråd för barn och ungdomar 2–17 år](#)
- Livsmedelsverket, [Måltider i förskolan](#)
- Livsmedelsverket, [Måltider i skolan](#)
- Rikshandboken för barnhälsovård, [Hälsosamtal om matvanor](#)
- Rikshandboken för barnhälsovård, [Grunda sunda vanor - pedagogiskt bildmaterial](#)
- Elevhälsportalen, [Mat](#)
- Generation Pep, Saga Sagor, [samtalsstöd och annat material om hälsosamma levnadsvanor för förskolebarn](#)

16.10. Verktyg och stöd för patient

- [Mat och dryck för barn, 1177 Vårdguiden](#)
- [Kostråd för barn och ungdomar 2–17 år, Livsmedelsverket](#)
- [Bamse - ett stöd för samtal om barnets hälsa, Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)
- [Samtalsstöd och annat material om hälsosamma levnadsvanor för förskolebarn, Generation Pep](#)
- [Matkassen, Västra Götaland](#)

17. Fysisk aktivitet, barn och unga under 18 år

17.1. Bakgrund

Sveriges 11-, 13- och 15-åringar är bland de minst fysiskt aktiva i hela Europa [156]. 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, 23procent [157].

Barn och unga i Sverige är inaktiva under majoriteten av sin vakna tid [158]. Den inaktiva tiden ökar 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 är mer aktiva än flickor i samtliga tre årskullar.

17.1.1. Hälsovinster med fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ger fysiska och mentala hälsovinster hos barn och ungdomar. Regelbunden fysisk aktivitet hos barn och unga förbättrar skeletthälsa, kroppssammansättning, psykisk och fysisk hälsa samt motorisk- och kognitiv utveckling. Regelbunden fysisk aktivitet hos barn 6–17 år förbättrar även kondition och muskelstyrka samt ger förbättrad skolprestation [159].

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 [155]. En positiv upplevelse av fysisk aktivitet under barn och ungdomstiden har betydelse för barnets upplevelse som vuxen [159].

17.1.2. Hälsorisker med låg dos fysisk aktivitet eller stillasittande

Barn och ungdomars hälsa tycks kunna påverkas negativt av långvarigt stillasittande men det beror på vilken aktivitet som utförs under tiden. Läsning kan exempelvis främja hälsa medan TV-tittande är förknippat med risker för ohälsa [159]. Det finns stark evidens för samband mellan skärmtid på fritiden och depression samt mellan skärmtid och psykisk stress [160]. Det finns dock inte tillräckligt med vetenskapligt stöd för att ge en evidensbaserad rekommendation [161].

Uteaktiviteter gör förskolebarn mer fysiskt aktiva och ökar fysisk aktivitet med måttlig intensitet med tio gånger jämfört med om barnen vistas inomhus [162].

17.2. Definition

Otillräcklig fysisk aktivitet hos barn och unga definieras som mindre än den rekommenderade dosen fysisk aktivitet med hänsyn tagen till ålder, se Tabell 18. 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 [79].

Stillasittande beteende definieras som sittande eller liggande aktiviteter i vaket tillstånd som inte nämnvärt ökar energiförbrukningen utöver den i vila. Det inkluderar studier såväl som fritid och transport [159].

17.3. Allmänna råd om fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är viktigt för alla barn och val av aktivitet bör anpassas till individens biologiska och psykosociala mognad [79,159]. Rekommendationerna avseende fysisk aktivitet och stillasittande för olika åldrar, se Tabell 18. För tidigare inaktiva barn och ungdomar bör den fysiska aktivitetsnivån ökas successivt.

Åldersgrupp	Fysisk aktivitet	Fysisk inaktivitet och skärmtid
Barn 0–5 år	Alla barn bör få möjlighet att röra på sig på olika sätt flera gånger om dagen. Detta ska underlättas genom intressanta, motoriskt utmanande, lustfyllda och säkra miljöer och för åldern anpassad social interaktion.	Under vaken tid bör småbarn inte begränsas i sin rörelse, förutom när det är nödvändigt. Begränsa skärmtiden så att barnet får tid att utforska omvärlden på andra sätt och i samspel med andra.
Barn och ungdomar 6–17 år	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 fysiska aktivitetsnivån ökas successivt, lite är bättre än inget.	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.
Barn och ungdomar med funktionsnedsättning eller sjukdomstillstånd	Rekommenderas fysisk aktivitet utifrån sin åldersgrupp enligt ovan men det kan i vissa fall kräva särskilda anpassningar. Barn och unga som inte kan nå upp till rekommendationerna p g a sin sjukdom eller funktionsnedsättning bör vara så aktiva som tillståndet medger. Lite är bättre än inget. Om det finns restriktioner för fysisk aktivitet ska dessa efterföljas.	Begränsa stillasittande framför skärm enligt ovan.

Tabell 18. Rekommendation om fysisk aktivitet och stillasittande för barn och unga [138,159,79].

17.4. Uppmärksamma

Samtal för att främja fysisk aktivitet för barnet och familjen sker redan under spädbarnstiden. Från 2 års ålder bör ett systematiskt arbete för att uppmärksamma barn med otillräcklig fysisk aktivitet ske i samband med hälsosamtal inom barnhälsovården och elevhälsan. Vid samtal om fysisk aktivitet och stillasittande med barn och familjer kan bilder och bildstöd användas.

För att uppmärksamma barn 2–5 års möjligheter att röra sig kan frågor om utevistelse, möjlighet till rörelse inne eller utomhus, vilka lekar barnet gillar och skärmtid vara ett sätt att bedöma barnets möjlighet att röra sig på olika sätt flera gånger per dag.

Att uppmärksamma fysisk aktivitetsnivå hos barn och unga från 6 års ålder kan ske med hjälp av frågor, standardiserade frågeformulär utifrån lokal rutin samt en utökad anamnes. Undersök om 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.

Exempel på frågor:

- Hur mycket tid rör du på dig en vanlig dag, till exempel till och från skolan, rastaktiviteter, fritid, idrottsaktiviteter som gör att hjärtat slår snabbare och ibland gör dig andfådd? (Är det skillnad mellan vardag och helg?)
- Hur mycket tid rör du på dig en vanlig dag, så att du blir andfådd, till exempel springa, fotboll, hoppa eller dansa? (Är det skillnad mellan vardag och helg?)
- Deltar du i någon idrott på fritiden?

För att fånga de barn och unga som tillbringar mycket tid framför olika typer av skärmar kan kompletterande frågor om skärmtid ställas.

Exempel på frågor:

- Hur mycket tid ägnar du åt sociala medier, dataspel eller att se på TV eller filmer på dator, surfplatta eller mobil?
- Hur mycket tid ägnar du åt läsning eller skolarbete via dator, surfplatta eller mobil?

Till ungdomar går det även bra att använda indikatorfrågorna för fysisk aktivitet för att fånga hur mycket fysiskt aktiv den unga är samt hur mycket tid som tillbringas i stillasittande, se kapitel 11 Fysisk aktivitet.

17.4.1. Bedömning

Räkna samman barnets dagliga fysiska aktivitet och gör en bedömning av om barnet eller den unge når rekommendationen för fysisk aktivitet, se Tabell 18. För yngre barn görs en bedömning av vilka möjligheter barnet har till daglig fysisk aktivitet så väl inne som ute.

Återkoppla din bedömning. Lyssna och bekräfta det som är hälsosamt. Barn och unga som är otillräckligt fysiskt aktiva bör uppmuntras till ökad fysisk aktivitet. Vid samtal om otillräcklig fysisk aktivitet med barn och deras vårdnadshavare är det viktigt att visa intresse och nyfikenhet för de tankar och funderingar som familjen har kring barnets rörelsevanor.

Ställ främst 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. Beakta

vad som kännetecknar barnet och familjen, särskilt med fokus på kognitiva funktionsnedsättningar, och psykisk ohälsa.

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?
- Är du orolig för att ditt barn ska störa grannarna när barnet rör sig inomhus?
- 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?

17.5. Åtgärder

Rekommendation om åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018

Målgrupp	Rekommendationer, prioritet inom parentes
Unga under 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)

Tabell 19. Åtgärd vid otillräcklig fysisk aktivitet, barn och unga.

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

17.5.1. Barn 2–12 år

Erbjud initialt familjer med barn som bedömts vara otillräckligt fysiskt aktiva riktade insatser i form hälsovägledning och stöd till vårdnadshavare motsvarande rådgivande samtal för att motivera till ökad fysisk aktivitet [138,159]. Gör en utökad bedömning av barnets rörelsevanor/fysiska aktivitet och utforska tillsammans med barnet och dess vårdnadshavare möjliga förändringar att arbeta med. Sätt realistiska mål. Rådgivningen kan ske på den enhet som uppmärksammat otillräcklig fysisk aktivitet, exempelvis på BVC eller inom elevhälsan. Vid samtal om fysisk aktivitet och stillasittande med barn och familjer kan bilder från exempelvis från Grunda sunda vanor eller Saga sagor och bildstöd användas. Hänsyn tas till barnet eller den unges möjligheter och intresse. Uppmuntra fysisk aktivitet genom lek och spontanidrott gärna tillsammans med familjen och vänner eller organiserad idrott.

Om inte ovanstående åtgärd lett till ökad fysisk aktivitet, erbjud familjen ytterligare stöd och vägledning remiss till mer omfattande insatser i form av familjestödsprogram i grupp eller individuellt och/eller samordnade insatser med andra aktörer så som exempelvis idrottsföreningar, enligt lokala rutiner.

Engagera och stötta hela familjen när det behövs och involvera även andra personer i barnets närhet, så som mor- och farföräldrar eller personal i förskola, skola och särskola.

Läs mer i kapitel 6.5 Familjestödsprogram.

17.5.2. Unga 13–18 år

Erbjud ungdomar som bedöms vara otillräckligt fysisk aktiva stöd och hälsovägledning i form av rådgivande samtal och andra insatser exempelvis Fysisk aktivitet på Recept (FaR) och organiserade aktiviteter efter behov för att motivera till ökad fysisk aktivitet [1]. Rådgivningen kan ske inom den verksamhet som uppmärksammat otillräcklig fysisk aktivitet, exempelvis inom elevhälsan.

Vårdnadshavare eller andra viktiga personer i den unges omgivning kan med fördel involveras om den unge samtycker. I samtalet kan bilder eller bildstöd vara behjälpligt.

FaR kan förskrivas till barn och unga som komplement till rådgivande samtal [159]. I FaR-metoden ingår förutom någon form av rekommenderad fysisk aktivitet även stödjande samt uppföljande samtal med den unga eller vårdnadshavare och barn. I dagsläget finns inget vetenskapligt stöd för FaR till barn och ungdomar, men studier pågår. I några regioner har FaR till barn och ungdomar som är otillräckligt fysiskt aktiva och som utvecklat ohälsa till följd av en fysiskt inaktiv livsstil eller som tillhör en riskgrupp använts. FaR kan användas på barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabilitering, ungdoms- och rehabmottagning, vårdcentral, samt inom elevhälsan. Samverkan mellan hälso- och sjukvård, elevhälsa och aktivitetsarrangör/föreningsverksamhet bör eftersträvas.

Förenklade ordinationsblanketter finns framtagna för barn och ungdomar, liksom specialanpassat material som stöd vid ordination av FaR [159].

Om inte ovanstående åtgärd har lett till ökad fysisk aktivitet, erbjud den unge och dess familj ytterligare stöd, via remiss eller hänvisning till mer omfattande insatser i form av familjestödsprogram och/eller samordnade insatser med andra aktörer exempelvis idrottsföreningar, enligt lokala rutiner.

Engagera och stötta hela familjen när det behövs och involvera även andra personer i barnets närhet, så som mor- och farföräldrar eller personal i skola och särskola.

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav.

17.6. Uppföljning

Uppföljning ingår som en naturlig del av rådgivande samtal och familjestödsprogram. Följ upp fysisk aktivitet återkommande då det är vanligt att de förändras.

Läs mer i kapitel 11 Fysisk aktivitet - Uppföljning.

17.7. Kompetens

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

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och kapitel 11 Fysisk aktivitet/ Kompetens.

17.8. Dokumentation

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

Diagnoskod ICD 10-SE:

- Z72.3 Otillräcklig fysisk aktivitet

KVÅ-koder:

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

17.9. Verktyg och stöd för personal

- [Hälsosamtal om levnadsvanor, Rikshandboken för barnhälsovård](#)
- [FaR till barn och ungdom, Region Stockholm \(pdf\)](#)
- [FaR till barn och unga, 1177 Vårdguiden, Västra Götalandsregionen](#)
- [Generation Pep](#)
- [Fysisk aktivitet, Elevhälsportalen](#)
- [Nätverket Hälsosamtal om hälsa och sjukvård](#)
- FYSS 2021 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling [20]

17.10. Verktyg och stöd för patient

- [Bamse - ett stöd för samtal om barnets hälsa, Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)
- [Grunda sunda vanor - pedagogiskt bildmaterial, Rikshandboken för barnhälsovård](#)
- [Samtalsstöd och annat material om hälsosamma levnadsvanor för förskolebarn, Generation Pep](#)

18. Tobak, barn och unga under 18 år

18.1. Bakgrund

År 2019 uppgav var tionde ungdom i årskurs 9 att de röker och var femte i gymnasiet årskurs 2 [163]. Bland de som rökte var det vanligare att röka sporadiskt (ibland eller på fest) jämfört med regelbundet (dagligen eller nästan dagligen). Andelen rökare har minskat i båda årskurserna under 2000-talet. I undersökningen 2019 uppgav knappt var tionde i årskurs 9 att de snusar och var sjätte i gymnasiet år 2. Medan andelen rökare är relativt lika fördelad mellan könen så är snusning betydligt vanligare hos pojkar. Under de sista åren har snusning ökat bland ungdomar, framför allt bland flickor [164].

Ungefär en tredjedel av ungdomarna uppger att de någon gång provat e-cigarett, och var tionde uppgav att de hade rökt e-cigarett under de senaste 30 dagarna [163]. Det är vanligare att prova e-

cigaretter bland unga som röker. 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 [163]. Enbart en av tjugo uppgav dock ha rökt vattenpipa de senaste 30 dagarna. Andelen som har provat vattenpipa har minskat påtagligt de senaste åren.

18.1.1. Hälsorisker med tobaksbruk hos barn och unga

Vid rökning ökar risken för sjukdom och dödlighet med mängden cigaretter och hur länge en har rökt [165]. 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 [28,165].

Idealet är att inga barn och unga under 18 år 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 8 Tobak.

18.2. Definition

Med tobaksbruk hos barn och unga under 18 år avses både daglig och sporadisk rökning eller snusning, oavsett mängd cigaretter, snus eller andra tobaks- och nikotinprodukter [1].

18.3. Allmänna råd om tobaks- och nikotinbruk hos barn och unga under 18 år

Hälso- och sjukvården bör råda alla barn under 18 år att avstå från tobaks- och nikotinbruk.

18.4. Uppmärksamma

Det är viktigt att tidigt uppmärksamma barn under 18 år som brukar tobak. För att uppmärksamma tobaksbruk hos barn behöver personal som möter barn återkommande och vid upprepande tillfällen ställa frågor om tobaksbruk.

Exempel på frågor:

- Har du någon gång provat att röka/snusa?
- Om ja
 - När hände det senast?
 - Röker/snusar du fortfarande?

Om den unge brukar tobak, dagligen eller någon gång ibland, samtala om deras rök- och snusvanor och uppmuntra till positiva val och väck intresse för fortsatt kontakt. Som stöd i arbetet kan SOTIS manual för Samtalet Om Tobak I Skolan användas, se länkar. Utgå från barnet/den unges tankar och funderingar och erbjud fakta. Om den unge önskar, ge information om hur hen kan göra för att sluta. Vid samtalet kan bilder eller bildstöd vara behjälpligt.

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 [166].

Exempel på frågor:

- Hur tänker du kring rökning/snusning?
- Känner du till att rökning/snusning kan påverka...
- Är det okej 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 8 Tobak - Uppmärksamma.

18.5. Åtgärder

Rekommendation om åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018

Målgrupp	Rekommendation
Unga under 18 år som använder tobak	<ul style="list-style-type: none">• Kvalificerat rådgivande samtal (3)• Webbaserad intervention (3)• Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinmedel (5)

Tabell 20. Åtgärd vid tobaksbruk, barn och unga.

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

Erbjud barn och unga under 18 år som brukar tobak kvalificerat rådgivande samtal och/eller webbaserad intervention.

Kvalificerat rådgivande samtal är en metod för rådgivning och stöd och kan exempelvis ske inom primärvården, tandvården, ungdomsmottagning eller via webben med stöd av diplomerad tobaksavvänjare. Vid samtalet kan barnets vårdnadshavare eller andra viktiga personer involveras. Stimulera nyfikenhet på tobaksfrihet och undersök förändringsviljan. Testa enkla förändringar eller att lägga till en god vana.

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och i kapitel 8 Tobak.

18.6. Uppföljning

Uppföljning ingår som en naturlig del av kvalificerat samtal. Följ upp aktuella tobaksvanor då det är vanligt att de förändras. Även viktigt att följa upp tobaksbruk bland barn som uppgett att de har provat tobak.

Läs mer i kapitel 8 Tobak - Uppföljning.

18.7. 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 vårdnadshavare.

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och i kapitel 8 Tobak - Kompetens.

18.8. Dokumentation

Dokumentation sker i verksamhetens rekommenderade 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.

Diagnoskod ICD 10-SE:

- Z72.0 Tobaksbruk

KVÅ-koder:

- DV111 Enkla råd om tobak
- DV112 Rådgivande samtal om tobak
- DV113 Kvalificerat rådgivande samtal om tobak.
- ZV044 Behandling administrerad via internet

18.9. Verktyg och stöd för personal

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

- Psykologer mot tobak, [Tobak och unga - Kunskapsöversikt](#)
- Psykologer mot tobak, [SOTIS - Samtal Om Tobak i Skolan \(pdf\)](#)
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 vid spontanbesök.
- Yrkesföreningar mot Tobak, [Broschyrer - Samtal om tobak och avvänjning för unga](#)
- [Elevhälsoportalen](#)

18.10. Verktyg och stöd för patient

- [Att sluta röka, UMO](#)
- [Tobaksfri Duo, Tobaksfri](#)

Läs mer i kapitel 9 Tobak - Verktyg och stöd för personal.

19. Alkohol, barn och unga under 18 år

19.1. Bakgrund

Bland ungdomar i årskurs 9 uppgger två av fem och drygt två av tre i gymnasiet år 2, att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna, fler flickor än pojkar [163]. Bland 15 åringar uppgav 40 procent att de någon gång varit berusade. Andelen skolelever som någon gång druckit sig berusade har dock minskat sedan mitten på 1980-talet [167].

Även andelen ungdomar med hög konsumtion har minskat [163]. I årskurs 9 uppgav enbart 3 procent en högkonsumtion av alkohol år 2019, jämfört med 12 procent år 2004. Motsvarande andel för gymnasiet år 2 var 6 procent år 2019 jämfört med 18 procent år 2004. Med hög konsumtion avsågs de flickor som drack minst 9 standardglas respektive de pojkar som drack minst 14 standardglas alkoholhaltig dryck per vecka under de senaste 12 månaderna.

19.1.1. Hälsorisker med bruk av alkohol hos unga

Bruk av alkohol är en av de största enskilda riskfaktorerna för dödsfall och ohälsa bland unga 15–19 år [168,169]. Berusning ökar risktagandet och en ung person tål mindre mängd alkohol och blir snabbare berusad. Den unga hjärnan är inte färdigutvecklad vilket gör den känsligare för alkoholen och den skadas därför mer av alkohol än vuxnas [170].

Idealet är att unga barn och unga använder alkohol vilket gör att det förebyggande arbetet har hög prioritet.

Alkoholen påverkar inte bara unga som dricker. Familjer där någon av vårdnadshavarna har ett skadligt bruk har effekter på barns utveckling [171].

Läs mer i kapitel 10.

19.2. Definition

För unga under 18 år definieras all alkoholkonsumtion som riskbruk [1].

19.3. Allmänna råd om bruk av alkohol för barn under 18 år

Hälso- och sjukvården bör råda alla barn under 18 år att avstå från bruk av alkohol.

19.4. Uppmärksamma

För att uppmärksamma barn under 18 år som brukar alkohol och för att fånga behov och önskan om stöd att sluta, bör den som möter unga återkommande ställa frågor om alkohol. Vid samtal om alkohol med barn under 18 år 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 barnets tankar och funderingar, erbjud fakta och om den unge önskar ge information om hur hen kan göra för att avstå alkohol. Psykisk ohälsa bör uppmärksammas i samband med samtal om alkohol hos ungdomar med hög konsumtion av alkohol.

Vid samtalet kan bildstöd vara behjälpligt.

Exempel på frågor:

- Har du någon gång provat att dricka alkohol?

Om ja

- Hur ofta har du druckit alkohol? Vill du berätta?
- Känner du till hur alkohol kan påverka...?
- Hur tänker du kring att göra en förändring?

Läs mer i kapitel 10.

19.5. Åtgärd

Rekommendation om åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018

Målgrupp	Rekommendation med prioritet inom parentes
Unga under 18 år som har ett bruk av alkohol	Rådgivande samtal (5)

Tabell 21. Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

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

Erbjud barn och unga 18 år som brukar alkohol råd och stöd i form av rådgivande samtal för att avstå alkohol. Rådgivningen kan ske inom primärvården, tandvården, ungdomsmottagningen och elevhälsan. Vid samtalet kan barnets, den unges vårdnadshavare 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 [142].

Vuxna i barnets omgivning som uppmärksammas ha riskbruk av alkohol och/eller beroende bör erbjudas råd stöd att förändra sina alkoholvanor.

Läs mer i kapitel 10 — Rådgivningsnivåer och rekommenderad åtgärd.

19.6. Uppföljning

Uppföljning ingår som en naturlig del av rådgivande samtal. Läs mer i kapitel 10 Alkohol - Uppföljning.

19.7. Kompetens

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

Läs mer i kapitel 6 Åtgärdsnivåer och kompetenskrav och i kapitel 10 Alkohol – Kompetens.

19.8. Dokumentation

Dokumentation sker i för verksamheten rekommenderad mall för alkoholbruk. Finns ingen mall kan screeningfrågor ligga till grund för anamnes och åtgärd, vilka ska dokumenteras. Dessa data kan sedan användas för verksamhetsuppföljning och kvalitetsregister.

Diagnoskod ICD 10-SE:

- Z72.1 Alkoholbruk

KVÅ-koder:

- DV121 Enkla råd om riskbruk av alkohol
- DV112 Rådgivande samtal om riskbruk av alkohol
- DV113 Kvalificerat rådgivande om riskbruk av alkohol

19.9. Verktyg och stöd för personal

- [Stöd för samtal om alkohol, Socialstyrelsen](#)
- [Alkohol, Elevhälsoportalen](#)

19.10. Verktyg och stöd för patient

- [Alkohol, UMO](#)

Läs mer i kapitel 10.

20. Dokumentation

All identifiering, bedömning, erbjudande av stöd, samt eventuella åtgärder och uppföljning avseende patientens levnadsvanor bör 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.

Socialstyrelsen har tagit fram en informationsspecifikation som anger hur man kan dokumentera processen att stödja en patient att ändra en levnadsvana [172].

Blankett för skriftlig ordination av fysisk aktivitet, FaR, finns vanligtvis kopplat till patientjournalen. I vissa förvaltningar är det dessutom möjligt att förskriva FaR i läkemedelsmodulen. Fördel med blankett i läkemedelsmodulen är att den direkt visar koppling till läkemedelsordning och är lättillgänglig för läkarkåren.

Vid behov registreras diagnoskoder ICD-10-SE:

- Z72.0 Tobaksbruk
- Z72.0B Snusning
- F17.2 Tobaksberoende
- Z72.1 Problem i samband med livsstil: 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

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 22.

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*

Tabell 22. Åtgärds-koder 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.

Kompletterande diagnos- och KVÅ-koder kan förekomma regionalt, exempelvis webbaserad intervention. Inom tandvården finns ett annat kodsystäm och som inte motsvarar KVÅ-kodernas innehåll: Kvalificerat rådgivande samtal och Rådgivande samtal.

21. Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer

En inventering av dokumentation av levnadsvanor bland de nationella kvalitetsregistren genomfördes 2020 på uppdrag av NPO levnadsvanor, 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.

Nationellt programområde (NPO) för Levnadsvanor, har givit uppdrag till en nationell arbetsgrupp (NAG) 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 Socialstyrelsens nationella riktlinjer för levnadsvanor, 2018.

Indikatorfrågorna ska vara så utformade så att de

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

22. Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs), fact sheets. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Hämtad 2021-09-28.
3. World Health Organization. Cancer, fact sheets. [Internet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Hämtad 2021-09-28.
4. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: the EPIC-Norfolk Prospective Population Study. PLoS Med 2008; 5(1): e12.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease, Sweden 2019. [Internet]. <https://www.healthdata.org/sweden>. Hämtad 2021-09-28
6. Sveriges Kommuner och Regioner. Hälso-och sjukvårdsbarometern 2019. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
7. Socialstyrelsen. Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor. Resultat av en befolkningsundersökning 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
8. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2017:47. Stockholm: Socialdepartementet.
9. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationell Patientenkät. [Internet]. <https://patientenkät.se/>. Hämtad 2021-09-28.
10. De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Marmelle N. Mediterranean Diet, Traditional Risk Factors, and the Rate of Cardiovascular Complications after Myocardial Infarction. Circulation 1999;99:779-85.
11. 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.
12. Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling, svensk översättning av FN:s Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development, United Nations General Assembly; 2015. [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/>. Hämtad 2021-12-01.
13. Zafeiridou M, Hopkinson NS, Voulvoulis N Cigarette smoking, An assessment of tobacco's global environmental footprint across its entire supply chain, and policy strategies to reduce it. [Internet]. Genève: World Health Organization (WHO); 2018, ISBN 978-92-4-151471-2.
14. Riksförbundet VISIR. Tobaksindustrins miljöpåverkan – en genomgång av forskningsläget 2020. [Internet]. Stockholm: Riksförbundet VISIR; 2020. <https://visominteroker.se/material/informationsmaterial>. Hämtad 2021-10-22.
15. Willet W, et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems, The Lancet. 2019;393:447-92
16. Europeiska kommissionen. Från jord till bord-strategin för ett rättvisare, hälsosammare och miljövänligare livsmedelssystem. [Internet]. Bryssel; 2020. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=CELEX:52020DC0381>. Hämtad 2021-10-22.

17. Poznyak V, Rekve D. Global status report on alcohol and health. [Internet]. Genève: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Hämtad 2021-10-22.
18. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. [Internet] Genève: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>. Hämtad 2021-10-22.
19. Bästa möjliga hälsa och en hållbar sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
20. Patientlag. SFS 2014:821. Stockholm; Socialdepartementet.
21. Centrum för personcentrerad vård (GPCC). Om personcentrerad vård. [Internet]. Göteborg: Göteborgs universitet. <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-varld>. Hämtad 2020-08-19.
22. Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Falun: Socialstyrelsen; 2015.
23. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun. 2010;15 Suppl 2:9-19.
24. Förstå mig rätt. [Internet]. Västra Götalandsregionen: Vårdgivarwebben. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden/jamlik-varld/forsta-mig-ratt/>. Hämtad 2020-08-19.
25. Miller WR, Rollnick S. Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring. Stockholm: Natur & kultur; 2013.
26. Rådgivande metoder. [Internet]. Region Stockholm: Viss.nu. <https://viss.nu/kunskapsstod/varldprogram/radgivande-metoder>. Hämtad 2020-12-10.
27. Nutbeam, D, Harris, E, Wise, M; Theory in a nutshell, A practical guide to health promotion theories (third edition), 2010
28. Lydon, D.M. et.al.: Adolescent brain maturation and smoking: what we know and where we're headed. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2014 Sep; 45: 323–342.
29. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor 2021 [Internet]. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>. Hämtad 2021-12-03.
30. Gilljam H. Rökstopp ger snabba hälsovinster. [Internet]. Stockholm: Läkartidningen. Nr 11 2012 volym 109.
31. Taylor GMJ, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, te Water Naudé R, Theodoulou A, King N, Burke C, Aveyard P. Smoking cessation for improving mental health. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 3. 2021 Mar 9;3(3):CD013522.
32. 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
33. Timberlake DS, Nikitin D, Johnson NJ, Altekruze SF. A longitudinal study of smokeless tobacco use and mortality in the United States. Int J Cancer. 2017;141(2):264-270.
34. Länsstyrelsen Västra Götalands län. Elektroniska cigaretter: En kunskapssammanställning om användning, attityder, och potentiella hälsoeffekter. Rapport 2018:16. Göteborg: Länsstyrelsen Västra Götalands län; 2018.

35. Russel MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of GP's advice against smoking. Br Med J. 1979;2:231–5
36. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Genève: World Health Organization; 2013.
37. Gunnerbeck A. Prenatal nicotine exposure and effects on the health of the newborn [doktorsavhandling på internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017. Hämtad från <https://core.ac.uk/download/pdf/80515233.pdf>
38. Nordenstam F. Perinatal snus exposure and cardiovascular function in the child [doktorsavhandling på internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2019. Hämtad från https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46674/Thesis_Felicia_Nordenstam.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Regionala Cancercentrum. Nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering. Version; 3.0. [Internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2021. <https://www.svenskaodemforbundet.se/wp-content/uploads/2021/02/nationellt-vardprogram-cancerrehabilitering.pdf>. Hämtad 2021-10-22.
40. Cooper, J., et al. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: The second Australian survey of psychosis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2012, 46(9), 851–863.
41. Livsmedelsverket. Riksmaten vuxna [Internet]. Uppsala: Livsmedelsverket. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/matvanor---undersokningar/riksmaten-2010-11---vuxna>. Hämtad 2021-10-18.
42. 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).
43. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. Circulation 2016;133:187-225.
44. University of Washington. GBD Compare. [Internet]. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Hämtad 2021-10-18.
45. 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.
46. World Cancer Research Fund. Cancer Prevention Recommendations [Internet]. <https://www.wcrf.org/diet-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/>. Hämtad 2021-10-18
47. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring: Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
48. Livsmedelsverket. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige. Livsmedelsverkets rapportserie; 9. Uppsala: Livsmedelsverket; 2016.
49. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet [Internet]. Uppsala; 2017. https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2017/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet_2017.pdf. Hämtad 2021-10-18.

50. Livsmedelsverket. Kostråden - Hitta ditt sätt. [Internet]. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/rad-om-bra-mat-hitta-ditt-satt>. Hämtad 2021-10-18.
51. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. [Internet]. 5th ed. Copenhagen: Narayana Press; 2014. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>. Hämtad 2021-10-18.
52. Livsmedelsverket. Barn och ungdomar. [Internet]. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar>. Hämtad 2021-10-18.
53. Livsmedelsverket. Äldre - råd om bra mat. [Internet]. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/aldre---rad-om-bra-mat>. Hämtad 2021-10-18.
54. Socialstyrelsen. Ohälsosamma matvanor – Kunskapsguiden [Internet]. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/levnadsvanor/ohalsosamma-matvanor>. Hämtad 2021-10-18.
55. 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.
56. Nord 2014:002. Nordic Nutrition Recommendations 2012: integrating nutrition and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers. 2014. Vol. 5th edition.
57. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Genève: 2018.
58. 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.
59. Livsmedelsverket. Bra livsmedelsval under graviditet - baserat på nordiska näringsrekommendationer 2012. [Internet]. Uppsala: Livsmedelsverket; 2016. <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/bra-livsmedelsval-under-graviditet-rapport-13-2016.pdf>. Hämtad 2021-10-18.
60. Gunderson EP. Childbearing and obesity in women: weight before, during, and after pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36(2):317-332, ix.
61. 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.
62. 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
63. Global status report on alcohol and health Geneva: World Health Organization [WHO]; 2018.
64. Allebeck P, Agardh E. Den globala sjukdomsördan har både minskat och ökat. Uppdateringen av det globala sjukdomsördeprojektet är nu klar. Läkartidningen. 2017;114:ED34.
65. Ramstedt M [red]. Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? Resultat från en systematisk litteraturöversikt. CAN rapport 185, 2019].
66. Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Rapport 2018:1. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018.

67. 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
68. 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
69. 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
70. 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
71. Wåhlin S, Andréasson S. Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat - 15-metoden – en strukturerad behandling anpassad efter patientens behov. Läkartidningen 2015; 112: 1596-1599
72. 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.
73. 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 Mar;39(1):51-59. doi: 10.1080/02813432.2021.1882079.
74. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, HolderH, Naimi T, Stockwell T. Alkohol och äldre.. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, CERA & IOGT-NTO; 2019.
75. Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, HolderH, Naimi T, Stockwell T. Alkohol, graviditet och spädbarns hälsa- ett gemensamt ansvar. Alkoholen och samhället 2020. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, Svensk förening för allmänmedicin, Stiftelsen ansvar för framtiden, Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende & IOGT-NTO; 2020.
76. Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet (YFA). Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, red. Fysiskaktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2021.
77. Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet. Rekommendationer om fysisk aktivitet. [Internet]. Järna: Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet. <https://www.YFA.se>. Hämtad 2021-10-21.
78. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020. [Internet]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Hämtad 2021-11-24.
79. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande: Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
80. Pellicia A, Sharma S, Bäck M, Gati S, Börjesson M, Caselli S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease: The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, Volume 42, Issue 1, 1 January 2021, Pages 17–96.
81. Ekelund U, Tarp J, Fagerland MW, Johannessen JS, Hansen BH, Jefferis BJ, et al. Joint associations of accelerometer measured physical activity and sedentary time with all-cause

- mortality: a harmonised meta-analysis in more than 44 000 middle-aged and older individuals. *Br J Sports Med* 2020;54:1499–1506.
82. Fysioterapeuterna. Stark inför ryggkirurgi – stark för livet. Råd om levnadsvanor och fysisk aktivitet för dig som ska genomgå ryggkirurgi. [Broschyr]. Fysioterapeuterna; 2017.
 83. 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.
 84. 1177 Vårdguiden. Att få stöd, behandling och utbildning på nätet [Internet]. <https://www.1177.se/om-1177-varldguiden/e-tjanster-pa-1177-varldguiden/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/att-fa-stod-behandling-och-utbildning-pa-natet/>. Hämtad 2021-10-21.
 85. Ahmed H M et al. Low-Risk Lifestyle, Coronary Calcium, Cardiovascular Events, and Mortality: Results From MESA. *Am J Clin Epidemiology*; 2013.
 86. Carlsson AC et al. Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: A cohort study. *Int J cardiology*; 2013.
 87. 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.
 88. Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*; 2004.
 89. Chow C K et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. 2010 Feb 16;121(6):750-8.
 90. 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.
 91. Grönkjaer M, Eliassen M, Skov-Ettrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, Becker U, Flensburg-Madsen T. Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and metaanalysis. *Ann Surg*; 2014;259:52-71.
 92. Stark för kirurgi – stark för livet. [Internet]. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2017. <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/levnadsvanor/operation/stark-for-kirurgi--stark-for-livet/>
 93. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002; 359:114-7
 94. 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.
 95. Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB et al, Smoking and Alcohol intervention Before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth*. 2009,102:297-306
 96. Eliassen 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.
 97. 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.

98. Egholm JW, Pedersen B, Moller AM, et al. Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;11:Cd008343.
99. Wåhlin S, Tonnesen H. Dags för "alkoholfri operation" - Två standardglas per dag fördubblar risken för postoperativa komplikationer. *Läkartidningen.* 2014;111(44-45):1966-9.
100. Sarkar D, Jung MK, Wang HJ. Alcohol and the Immune System. *Alcohol Research: Current Reviews.* 2015;37(2):153-5.
101. 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.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. 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>.
106. 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.* 2019 Apr;45(4):510-518.
107. 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.
108. 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.
109. 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.
110. 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.
111. 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.
112. 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.

113. 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) randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2021 Jan 27;108(1):32-39.
114. 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. *Ann surg*. 2021 Apr 9. doi: 10.1097/SLA.0000000000004901.
115. Hulzebos EH, Smit Y, Helders PP, van Meeteren NL. Preoperative physical therapy for elective cardiac surgery patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD010118.
116. 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.
117. Engelman, B. et.al. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA Surgery*, 154(8), 755–766.
118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*. 1985;14(1):32-8.
123. 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.
124. 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.
125. 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.
126. 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.

127. 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.
128. 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.
129. 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.
130. 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.
131. Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. SFS 2018:1197. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
132. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick, B, Ezeh, AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012; 379(9826): 1630-40.
133. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga: delbetänkande av utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
134. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Regeringskansliet; 2017.
135. World Health Organization (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. Genève: World Health Organization; 2016.
136. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
137. Socialstyrelsen; Skolverket. Vägledning för elevhälsan. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017.
138. Rikshandboken i barnhälsovård. Barnhälsovårdens nationella program. [Internet]. Stockholm: Inera; 2018. <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>.
139. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Program och metoder för föräldraskapsstöd. [Internet]. Stockholm: Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. https://mfof.se/foraldraskapsstod/program-och-metoder-for-foraldraskapsstod---soksida.html#query/*. Hämtad 2021-10-01.
140. Karolinska institutet. Mer och Mindre-studien - Föräldrastöd vid övervikt och fetma tidigt i livet – från forskning till praktik. [Internet]. <https://ki.se/clintec/mer-och-mindre-studien>. Hämtad 2021-10-01.
141. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid fetma. [Internet]. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/fetma/>. Hämtad 2021-10-01.
142. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2019.

143. Livsmedelsverket. Riksmaten ungdom. [Internet]. Uppsala: Livsmedelsverket; 2018. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/matvanor---undersokningar/riksmaten-ungdom>. Hämtad 2020-09-11.
144. Livsmedelsverket. Riksmaten barn. [Internet]. Uppsala: Livsmedelsverket; 2003. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/matvanor---undersokningar/riksmaten-barn-2003>. Hämtad 2020-11-12.
145. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18-grundrapport. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/53d5282892014e0fbfb3144d25b49728/skolbarns-halsovanor-2017-18-18065.pdf>. Hämtad 2021-03-19.
146. Nord 2014:002. Nordic Nutrition Recommendations 2012: integrating nutrition and physical activity. Vol. 5th edition. Köpenhamn: Nordic Council of Ministers; 2014.
147. Johansson U, Lindberg K, Öhlund I, Hernell O, Lönnerdal B, Lundén S, Sandell M et al. Acceptance of a Nordic, Protein-Reduced Diet for Young Children during Complementary Feeding – A Randomized Controlled Trial. *Foods*. 2021; 10(2):275.
148. Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am*. 2018; 65(5):941-954.
149. Kjellberg E, ROswall J, Bergman S, Almquist-Tangen G, Alm B, Dahlgren J. 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;108(3): 486-492.
150. Laitinen, TP. Ideal cardiovascular health in childhood and cardiometabolic outcomes in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Circulation*. 2012; 125:1971-1978.
151. Ventura, A K och Worobey, J. Early influences on the development of food preferences. *Curr Biol*. 2013;23(9): R401-408.
152. Craigie, A M, o.a. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*. 2011;70(3):266-284.
153. Sleddens EF, Kroeze W, Kohl LFM, Bolt LM, Velema E, Kaspers PJ, et al. Determinants of dietary behavior among youth: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 201;12(7).
154. Livsmedelverket. Barn och ungdomar 2–17 år. [Internet]. Livsmedelsverket: Uppsala; 2020. https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/barn-2-17-ar#Mer_frukt_och_gr%C3%B6nt. Hämtad 2021-01-20.
155. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor – Statistik. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/>. Hämtad 2020-09-07.
156. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18-grundrapport. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201718---grundrapport/>. Hämtad 2021-03-19.
157. Folkhälsomyndigheten. Barns och ungas rörelsemönster. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/barns-och-ungas-rorelsemonster/>. Hämtad 2020-09-07.
158. Kriellaars, D. Bilaga 1, Physical Literacy Enriched Environmental Design – PLEED. Canada: University of Manitoba; 2020.
159. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). FYSS 2021. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021.

160. Hoare E, Milton K, Foster C, Allender S. The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2016;13:108.
161. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genève: World Health Organization; 2020.
162. Tucker P, Vanderloo LM, Johnson AM, Burke SM, Irwin JD, Gaston A, et al. 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. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017; 14(1):120–130.
163. Englund A. Skolelevers drogvanor 2019 [Internet]. Rapport 187. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019. <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-187-skolelevers-drogvanor-2019.pdf>. Hämtad 2021-01-21.
164. Guttormsson U. Skolelevers drogvanor 2020 [Internet]. Rapport 197. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019. <https://www.can.se/app/uploads/2020/12/can-rapport-197-skolelevers-drogvanor-2020-pdf>. Hämtad 2021-12-02.
165. Doll, R. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004; 328(7455):1519.
166. Pantzar, M och Hellberg, J. Samtal om tobak och avvänjning för unga. Stockholm: Psykologer mot tobak i samarbete med sjuksköterskor mot tobak; 2017.
167. 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]. Rapport 174. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2018. <https://www.can.se/publikationer/negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak/>. Hämtad 2020-10-19.
168. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. [Internet]. Seattle; 2019. <https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>. Hämtad 2021-10-21.
169. Folkhälsomyndigheten. Alkoholens skadeverkningar. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/>. Hämtad 2021-10-01.
170. Skala K, Walter H. Adolescence and Alcohol: a review of the literature. *Neuropsychiatr.* 2013;27(4):202-11.
171. Ramstedt M (red). Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? Resultat från en systematisk litteraturöversikt. CAN rapport 185. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019.
172. Socialstyrelsen. Informationsspecifikation för levnadsvanor: Tobakskonsumtion, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

23. Nationell arbetsgrupp

Den nationella arbetsgruppen för nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling består av representanter från sjukvårdsregionerna och har tillsatts av Nationellt programområde för Levnadsvanor.

Nationella arbetsgruppens ordförande och medlemmar

- Lars Jerdén, ordförande, docent, allmänläkare, Uppsala Örebro sjukvårdsregion
- Kristine Bergström, processledare, sjuksköterska, Norra sjukvårdsregionförbundet.
- Malin Skogström, allmänläkare, Södra sjukvårdsregionen.
- Kjell Olsson, dietist, Södra sjukvårdsregionen.
- Hans Lingfors, med dr, 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 i ortopedi, Norra sjukvårdsregionen.
- Cecilia Edström, hälsoutvecklare och fysioterapeut, Norra sjukvårdsregionen.
- Christin Anderhov Eriksson, M.Sc. folkhälsovetenskap, dietist, Sydöstra sjukvårdsregionen.

Adjungerade författare

- Kapitel Inför operation: Aron Onerup, specialistläkare barnmedicin och disputerad inom ämnet kirurgi. Barncancercentrum Göteborg.
- Kapitel Tobak: Elisabeth Risberg, Leg sjuksköterska, tobakssköterska och alkoholbehandlare, sakkunnig tobak & alkohol. Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention, Region Skåne.

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.

24. Vårdprogrammets förankring

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

I en första remissrunda har nedanstående organisationer lämnat synpunkter på vårdprogrammets innehåll

- Svensk Reumatologisk Förening. Arbetsgruppen för Modern Reumarehabilitering
- Svenska Psykiatriska Föreningen
- Svensk Urologisk Förening
- Svenska Kardiologföreningen (SvKF)
- Dietisternas Riksförbund
- Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin
- Svensk Förening för Diabetologi
- Styrelsen för Svensk Barnkirurgisk Förening
- Svenska Barnmorskeförbundet
- Svensk sjuksköterskeförening, Riksföreningen för skolsköterskor, Distriktsköterskeföreningen i Sverige
- Riksföreningen för skolsköterskor
- Svensk ortopedisk förening (SOF)
- Arbetsterapi specialistvård Gävle & Arbetsterapi specialistvård Hudiksvall
- Sveriges Arbetsterapeuter
- Svenska Läkaresällskapets kommitté för prevention och folkhälsa
- Fysioterapeuterna
- SKR:s kvinnofridssatsning
- Central Barnhälsovård, Västra Götalandsregionen. Dietister, Psykologer, Verksamhetsutvecklare, Barnhälsovårdsöverläkare, Logoped
- HFS temagrupp alkohol
- Akademiskt primärvårdscentrum, Region Stockholm
- Institutionen för kost-och idrottsvetenskap vid Göteborgs Universitet
- Arbetsmarknadsförvaltningen Uppsala kommun
- Aktörer såsom Socialstyrelsen, Region Stockholm, RCC med flera
- Folkhälsomyndigheten
- NPO nervsystemets sjukdomar
- Nationella primärvårdsrådet
- NPO rehabilitering habilitering och försäkringsmedicin
- NPO Barn och ungdomars hälsa
- NAG barnhälsovård
- Regionalt Programområde Levnadsvanor VGR
- Regionala cancercentrum, NAG prevention
- RPO-levnadsvanor, Mellansverige
- RPO levnadsvanor Stockholm-Gotland
- Lokalt programområde Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin i Region Sörmland
- Lokalt programområde för levnadsvanor, Region Uppsala

- Sydöstra Sjukvårdsregionen (Region Kalmar, Region Jönköping och Region Östergötland), RPO Hälsöfrämjande
- Region Sörmland Folktandvården inkl LPO tandvård Sörmland
- Region Blekinge
- Region Kronoberg
- Region Värmland via LPO Levnadsvanor
- Region Västmanland
- Region Gävleborg
- Region Västernorrland i samverkan med kommunerna
- Region Skåne
- Region Västerbotten
- Region Örebro län
- Region Halland
- Region Jämtland Härjedalen
- Region Norrbotten
- Västra Götalandsregionen