Version 2025-11-04

Metodstöd
Riktade hälsosamtal

Hälsokurvan

Man Storafrund
19090909-0909
Kön: Kvinna **Ålder:** 112 **Grupp:** 40

		Låg risk ← → Hög risk			
		1	2	3	4
Fysisk aktivitet, kcal/vecka	-	>2000	1000–2000	500–999	<500
Mat, Fett: - Fiber: -	Kostpoäng -	3–5	6–8	9–11	
Alkohol, glas/vecka	-	♂ ≤6 ♀ ≤4	7–13 5–8	14–18 9–12	>18 >12
Tobak	Cig/dag - Snusdosor/vecka -	0	snus, e-cigg, vattenpipa	1–9	>9
Livssituation	-	<2	2–3	4–5	
Psykisk ohälsa	-	<3	3–4	5–7	
Ärftlighet, diabetes	-	0	1	≥2	
Ärftlighet, hjärt-kärlsjukdom	♀ (ålder): -	♂ ≥70 ♀ ≥75	55–69 60–74	45–54 50–59	<45 <50
BMI, kg/m²	-	♂ <27 ♀ <29	27–36,9 29–38,9	≥37 ≥39	
Midja-stusskvot	-	♂ <0,90 ♀ <0,78	0,90–0,94 0,78–0,82	0,95–0,99 0,83–0,87	≥1,00 ≥0,88
Blodtryck, mm Hg	- - -	<140 <90	140–169 90–104	170–199 105–114	≥200 ≥115
Kolesterol, mmo/l	-	♂ <5,00 ♀ <5,00	5,00–6,49 5,00–7,09	6,50–9,00 7,10–9,00	>9,00 >9,00
Kronisk sjukdom, ICD-10	-				

Vikt: -
Längd: -
Midja: -
Stuss: -
Blodtryck: - - - mm Hg

Kolesterol: -
LDL: -
HDL: -
fP-Glukos: -

Vårdcentral:
Test VC
Hälsosamtalsledare:
emma

© Region Skåne 2020. Inspirerat av Region Jönköpings län

Innehåll

1. Hälsokurvan – ett effektivt hjälpmedel vid ett riktat hälsosamtal 3

2. Metoden Riktade hälsosamtal 10

3. Nationell utblick Riktade hälsosamtal 19

4. Medicinsk evidens för Riktade hälsosamtal 20

5. Fysisk aktivitet 23

6. Matvanor 38

7. Alkohol 50

8. Tobak 61

9. Livssituation 72

10. Psykisk ohälsa 80

11. Blodsocker 98

12. Ärftlighet för diabetes typ 2 105

13. Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom 106

14. Kroppsmasseindex (BMI) 108

15. Midja-stusskvot 116

16. Blodtryck 122

17. Kolesterol 133

18. Kronisk sjukdom 143

19. Tandhälsa 145

20. Motiverande samtal (MI) 152

21. Samhällsinriktade åtgärder 160

22. Livsstilsverktyget 171

23. Allmänna verktyg och material 174

Bilagor

1. Hälsokurvan – ett effektivt hjälpmedel vid ett riktat hälsosamtal

Bakgrund hjärt-kärlsjukdom

Risken att bli sjuk och dö en för tidig död påverkas av flera olika faktorer. Olika samhällsförhållanden som miljö, ekonomi och levnadsstandard spelar stor roll. När det gäller individuella faktorer kan dessa indelas i kön, arv, levnadsvanor och biologiska riskmarkörer som t.ex. blodtryck, blodfetter, blodsocker och vikt.

Faktorer kopplade till risken att drabbas av hjärtinfarkt[1]:

- Höga blodfetter
- Rökning
- Psykosociala faktorer
- Diabetes typ 2
- Högt blodtryck
- Lågt intag av frukt och grönsaker
- Bukfetma
- Alkoholintag
- Fysisk inaktivitet

Hjärt-kärlsjukdom är fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige och svarar för en stor del av hälso- och sjukvårdsbudgeten.

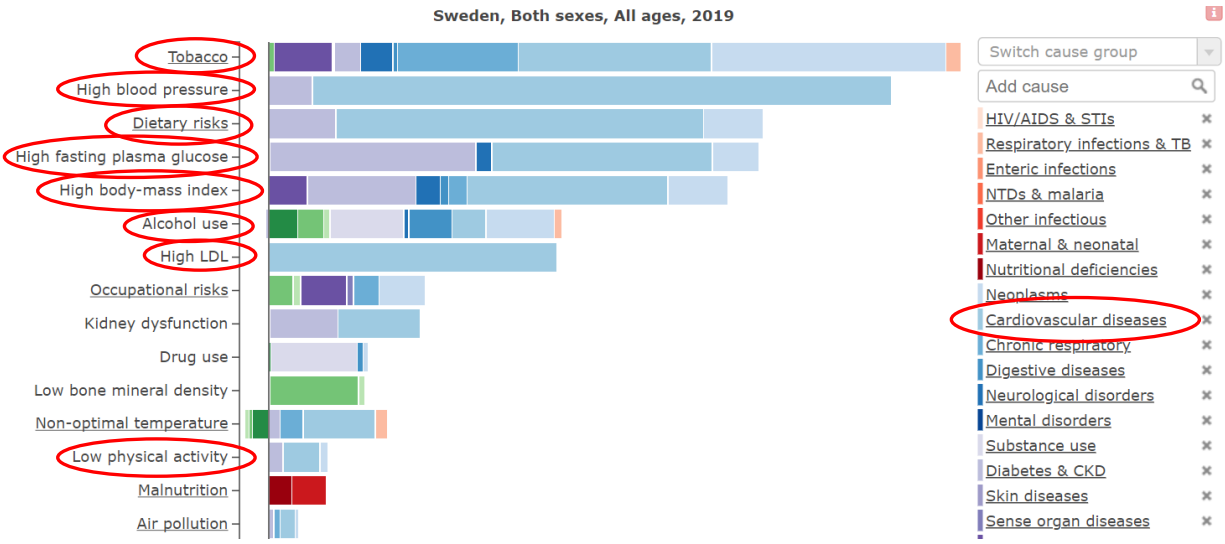
Majoriteten av all hjärt-kärlsjukdom och typ 2 diabetes, samt 30-40 procent av all cancer i världen, kan förebyggas genom förbättrade levnadsvanor[2-4].

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 enbart har ohälsosamma levnadsvanor[5]. Personer som redan drabbats av sjukdom kan också göra stora vinster med hälsosamma levnadsvanor.

Hur ser det ut i Sverige?

Den nationella folkhälsoenkäten från 2018 visar att ohälsosamma levnadsvanor är vanligt förekommande i befolkningen, med något högre andel bland män och individer med låg socioekonomi[6]. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) så ska sjukvården inte bara bota och lindra, utan även arbeta med att förebygga sjukdom och främja hälsa[7]. Vidare ska patienter informeras om metoder för att förebygga sjukdom eller skada, enligt patientlagen (2014:821)[8].

Enligt Global Burden of Disease rankas tobak som den främsta riskfaktorn för ohälsa och tidig död i befolkningen i Sverige[9]. Ohälsosamma matvanor rankas som den levnadsvana som förorsakar mest insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdomar.



Figur: Sjukdomsframkallande faktorer i Sverige, enligt Global Burden of Disease (2019)[9]

Hur ser det ut i Skåne?

I Region Skånes folkhälsorapport 2020 så uppgav 6 av 10 skånska män och nästan 5 av 10 kvinnor en vikt som motsvarar övervikt eller obesitas[6]. Andelen med obesitas har ökat sedan 2012 och är nu uppe i 17%, med lika stor andel män som kvinnor. Högst andel sågs i åldersgruppen 45 - 64 år där var femte invånare uppgav en vikt motsvarande obesitas. Dessutom har mer än var tredje skånsk man och drygt var femte kvinna ett lågt intag av frukt och grönsaker. Det är en högre andel än tidigare år och för kvinnor också högre än riksgenomsnittet.

En dryg tredjedel av skåningarna uppgav en nivå av fysisk aktivitet som är lägre än den rekommenderade nivån på 150 minuter per vecka med måttlig intensitet[6]. Andelen var lika stor hos båda könen och även lika som i övriga Sverige. Vidare uppgav nio procent av Skånes män och kvinnor att de är dagligrökare, att jämföra med riksgenomsnittet på sju procent. Rapporten visar också att 15 procent av skåningarna uppgav ett riskbruk av alkohol, med en något högre andel män än kvinnor, vilket är strax under riksgenomsnittet.

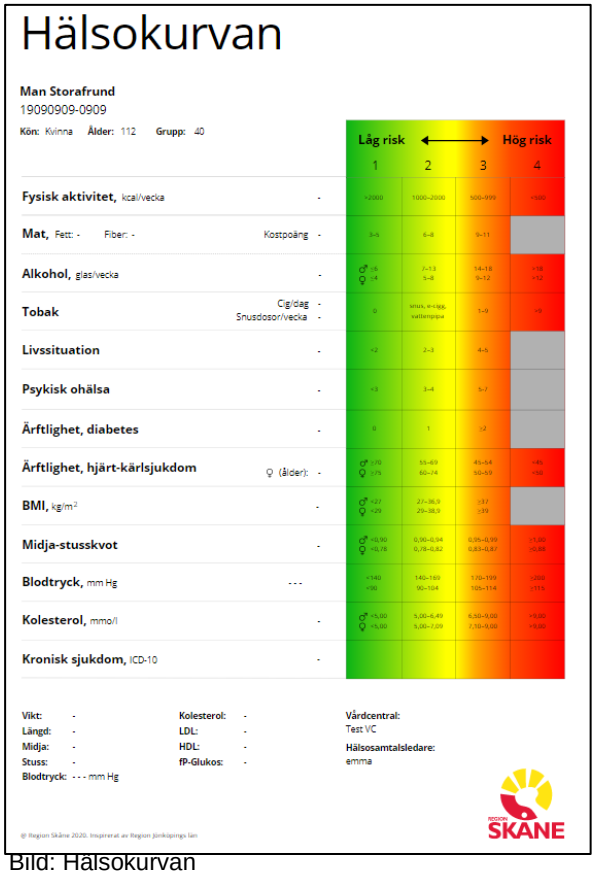
Det finns således mycket att göra för att förbättra levnadsvanorna i Skånes befolkning och därmed minska risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Individer som har ett förhöjt blodtryck, blodsocker och/eller kolesterol är inte alltid medvetna om detta. Ett sätt att göra individer medvetna om sin hälsa och hälsans samband med levnadsvanor är att bjuda in till riktade hälsosamtal.

Riktade hälsosamtal är en metod för att systematiskt identifiera frisk- och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Metoden bygger på att man bjuder in hela åldersgrupper till ett hälsosamtal på sin listade vårdcentral.

Syftet är att erbjuda kunskap och stöd till förändring för att förebygga hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2.

Hjärt-kärlsjukdomar har en multifaktoriell genes (orsakas av arv, levnadsvanor, biologiska markörer, socioekonomi, samhällsförhållanden m.m.) och för att förebygga/behandla hjärt-kärlsjukdomar krävs därför ett multifaktoriellt angreppssätt.

Hälsokurvan är ett grafiskt, hälsopedagogiskt hjälpmedel som ger en samlad översikt över en individs viktigaste frisk- och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och är ett effektivt hjälpmedel som underlag för ett riktat hälsosamtal.


Hälsokurvan

Man Storafrund
19090909-0909
Kön: Kvinna Ålder: 112 Grupp: 40

		Låg risk ← → Hög risk			
		1	2	3	4
Fysisk aktivitet, kcal/vecka	-	>2000	1000–2000	500–999	<500
Mat, Fett: - Fiber: -	Kostpoäng -	3–5	6–8	9–11	
Alkohol, glas/vecka	-	♂ ≤6 ♀ ≤4	7–13 5–8	14–18 9–12	>18 >12
Tobak	Cig/dag - Snusdosor/vecka -	0	snus, e-cig, vattenpipa	1–9	>9
Livssituation	-	<2	2–3	4–5	
Psykisk ohälsa	-	<3	3–4	5–7	
Ärftlighet, diabetes	-	0	1	>2	
Ärftlighet, hjärt-kärlsjukdom	♀ (ålder): -	♂ ≥70 ♀ ≥75	55–69 60–74	45–54 50–59	<45 <50
BMI, kg/m²	-	♂ <27 ♀ <29	27–36,9 29–38,9	≥37 ≥39	
Midja-stusskvot	-	♂ <0,90 ♀ <0,78	0,90–0,94 0,78–0,82	0,95–0,99 0,83–0,87	≥1,00 ≥0,88
Blodtryck, mm Hg	---	<140 <90	140–160 90–104	170–199 105–114	≥200 ≥115
Kolesterol, mmol/l	-	♂ <5,00 ♀ <5,00	5,00–6,49 5,00–7,09	6,50–9,00 7,10–9,00	>9,00 >9,00
Kronisk sjukdom, ICD-10	-				

Vikt: -
Längd: -
Midja: -
Stuss: -
Blodtryck: - - - mm Hg

Kolesterol: -
LDL: -
HDL: -
fP-Glukos: -

Vårdcentral:
Test VC
Hälsosamtalsledare:
emma

REGION SKÅNE

© Region Skåne 2020. Inspirerat av Region Jönköpings län

Bild: Hälsokurvan

Kombinationen av levnadsvanor

Det har visats i många olika studier att kombinationen av hälsosamma levnadsvanor kan ha en mycket positiv effekt på hälsan och risken att få hjärt-kärlsjukdom. I en norsk studie av drygt 10 000 medelålders män fann man att den grupp som hade flera positiva levnadsvanor (ingen rökning, ingen eller lite alkohol, mycket eller måttlig motion och hög konsumtion av frukt, grönsaker, bröd och potatis) hade 70 procent lägre risk för att dö i förtid jämfört med den grupp som hade ingen eller endast en av dessa faktorer[10]. I en amerikansk långtidsstudie av drygt 84 000 sjuksköterskor fann man liknande resultat vad gäller den positiva effekten av en kombination av hälsosamma levnadsvanor. Den grupp kvinnor som

inte rökte, motionerade motsvarande minst 30 minuters rask promenad dagligen, inte hade övervikt, drack lite alkohol och var bland de 40 procent som hade de mest gynnsamma matvanorna, hade 83 procent lägre risk för hjärtinfarkt jämfört med övriga kvinnor i studien[11]. Ytterligare en studie som omfattade drygt 24 000 kvinnor visade att de som inte rökte, åt hälsosamt, var fysiskt aktiva, måttliga med alkohol samt hade ett lågt midjemått hade 92 procent lägre risk att insjukna i hjärtinfarkt, jämfört med kvinnor med bukfetma och ohälsosamma levnadsvanor[12].

Individer med flera ohälsosamma levnadsvanor utgör en grupp med särskild risk. Detta eftersom flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt tycks medföra en negativ synergieffekt, vars risk överstiger summan av de enskilda levnadsvanorna[13]. Enligt den nationella folkhälsoenkäten från 2018 hade hälften av kvinnorna och två tredjedelar av männen minst en ohälsosam levnadsvana[6]. 13 procent av kvinnorna och 19 procent av männen hade två ohälsosamma levnadsvanor och 5 procent av kvinnorna och 13 procent av männen hade fler än två ohälsosamma levnadsvanor.

De enskilda levnadsvanorna fysisk aktivitet, mat, alkohol, tobak, livssituation och psykisk hälsa behandlas under separata avsnitt i detta metodstöd.

Biologiska riskmarkörer

Hit räknas (i detta metodstöd) blodtryck, blodsocker, kolesterol, vikt och midja-stusskvot. Dessa riskmarkörer behandlas under separata avsnitt i detta metodstöd. Goda levnadsvanor t.ex. fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor påverkar också dessa faktorer gynnsamt. I medicinska sammanhang är det framför allt blodtryck, blodsocker och kolesterol som har studerats som riskfaktorer och vilken effekt som kan nås genom behandling med läkemedel. Behandling av blodtryck med läkemedel minskar framför allt risken för stroke. Läkemedelsbehandling av förhöjt kolesterol till den som drabbats av hjärtinfarkt minskar risken för en ny hjärtinfarkt med som mest cirka 30 procent enligt stora studier[14-16]. Risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar mångdubblas om man har flera av riskfaktorerna[17]. Om en person t.ex. har högt kolesterolvärde och samtidigt röker är risken för hjärt-kärlsjukdom 14 gånger större än för en frisk person. Har man ytterligare en riskfaktor femdubblas risken.

Uttrycket ”*metabolt syndrom*” är ett samlingsnamn för flera olika riskfaktorer. Varje faktor är en risk för sig, men de verkar också tillsammans och förstärker varandra. Bukfetma, förhöjt blodsocker eller nedsatt glukostolerans (det vill säga insulinresistens), obalans i blodfetterna och förhöjt blodtryck räknas in under det metabola syndromet.

Sekundärprevention av hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2

Med sekundärprevention menas här att man förhindrar progress eller återinsjuknande av redan befintlig sjukdom. Vid sekundärprevention av hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2 är det lika viktigt att främja goda levnadsvanor som vid primärprevention. Se under respektive levnadsvana i detta metodstöd. Det finns många studier som bekräftar detta, ett exempel är en sekundärpreventiv studie från 2010[18] som visade att:

En person som:

- slutar röka
- börjar äta hälsosamt
- motionerar regelbundet

efter ett akut kranskärlssyndrom kan, redan efter sex månader, *minska risken för nya hjärt-kärlhändelser med 74 procent*, i jämförelse med den som fortsätter att röka, vara fysiskt inaktiv och inte förbättrar sina matvanor.

När det gäller sekundärpreventiva mål och behandlingsriktlinjer för patienter med kronisk kranskärlssjukdom i Region Skåne finns en bra behandlingsriktlinje (se bilaga 1).

Levnadsvanor och hållbarhet

Ytterligare en viktig vinst av goda levnadsvanor är att de i en hög grad bidrar till en minskad belastning på planeten och utgör en nyckelkomponent i miljömässig hållbarhet[19]. Detta gäller särskilt matvanor och fysisk aktivitet. Hälsosamma och hållbara levnadsvanor gynnar således folkhälsan både för dagens generation och för kommande generationer.

Referenser

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-952.

2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. [citerad 14 juli 2020]. Hämtad från: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/.

3.World Health Organization. Diabetes. [Internet]. [citerad 14 juli 2020]. Hämtad från: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/

4. World Health Organization. Cancer. [Internet]. [citerad 14 juli 2020]. Hämtad från: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/.

5. 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.

6. Region Skåne. Region Skånes folkhälsorapport 2020. [Internet]. [citerad 3 mars 2021]. Hämtad från: https://utveckling.skane.se/digitala-rapporter/folkhalsorapporten/

7. Sveriges riksdag. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). [Internet]. [citerad 14 juli 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.

8. Sveriges riksdag. Patientlag (2014:821). [Internet]. [citerad 14 juli 2019]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.

9. University of Washington. GBD Compare. [Internet]. [citerad 3 mars 2021]. Hämtad från: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.

10. Rotevatn S, Akslen LA, Bjelke E. Lifestyle and mortality among Norwegian men. *Prev Med.* 1989;18(4):433-443.

11. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med.* 2000;343(1):16-22.

12. Akesson A, Weismayer C, Newby PK, Wolk A. Combined effect of low-risk dietary and lifestyle behaviors in primary prevention of myocardial infarction in women. *Arch Intern Med.* 2007;167(19):2122-2127.

13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018.

14. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet.* 1994;344(8934):1383-1389.

15. Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease Study G. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med.* 1998;339(19):1349-1357.

16. Heart Protection Study Collaborative G. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2002;360(9326):7-22.

17. Hjärt-Lungfonden. Högt kolesterol [Internet]. [citerad 14 juli 2020]. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/halsa/riskfaktorer/hogt-kolesterol/

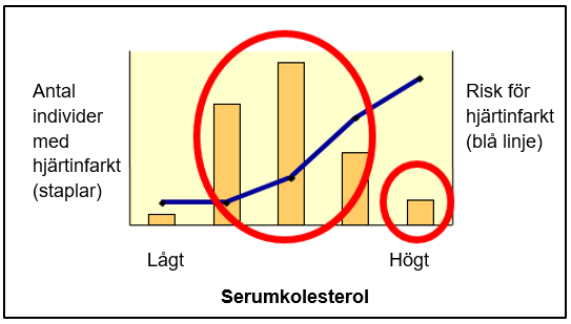
18. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation.* 2010;121(6):750-758.

19. Sahlgrenska akademin - Institutionen för medicin. Klimat och hälsa - en kunskapssammanställning. Göteborg: Göteborgs universitet; 2020. Rapport nr 3:2020; s. 4-8.

2. Metoden Riktade hälsosamtal

Vad utmärker Riktade hälsosamtal?

Riktade hälsosamtal är en metod för att identifiera frisk- och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom för att kunna erbjuda kunskap och stöd till förändring. Syftet är att förebygga hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. Riktade hälsosamtal bygger på att man bjuder in hela åldersgrupper till ett riktat hälsosamtal på sin listade vårdcentral. Till skillnad från allmänna hälsokontroller är Riktade hälsosamtal riktade mot hjärt-kärlsjukdom och kombinerar både lågrisk- och högriskstrategi. Enligt *den preventiva paradoxen* är det bättre att många med låg till måttlig risk ändrar sig lite, än att få med hög risk ändrar sig mycket. Orsaken till detta är att individerna med låg till måttlig risk är många fler och att det sker fler insjuknanden i hjärt-kärlsjukdom i den gruppen.



Figur: Den preventiva paradoxen.

För allmänna hälsokontroller saknas medicinsk evidens och dessa kontroller sker oftast på den enskilda individens initiativ till en varierad kostnad[1]. Riktade hälsosamtal erbjuds kostnadsfritt i Skåne till alla inom en åldersgrupp och är baserade på medicinsk evidens (se avsnitt medicinsk evidens). Riktade hälsosamtal är dessutom personcentrerat dvs. utgår från deltagarens värderingar, val, förutsättningar och kombinerar hälsofrämjande samt sjukdomsförebyggande åtgärder. Hälsokurvan är ett visuellt pedagogiskt hjälpmedel som används som underlag i hälsosamtalet med deltagaren.

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
- Individen 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

Planerad tidsåtgång och ekonomisk ersättning

Beräknad tidsåtgång per deltagare är 1,5 timmar. Detta inkluderar förberedelsetid, inbjudan och själva hälsosamtalet med deltagaren.

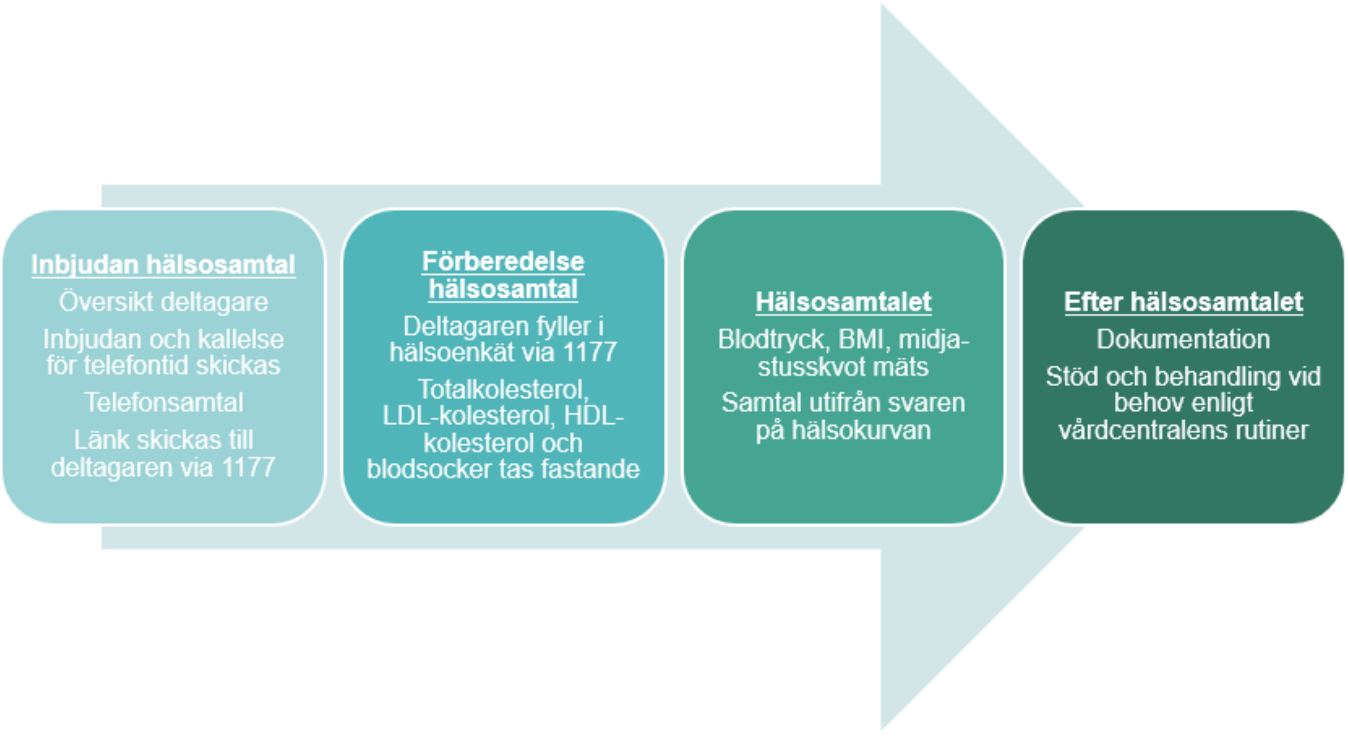
Utbildning i metod- och webbstöd samt utbildning i motiverande samtal krävs för att hålla hälsosamtal. För att bli certifierad samtalsledare krävs att man är legitimerad och medicinskt

utbildad. Det är lämpligt att vara två samtalsledare per vårdcentral. Enheten Kunskap, inom Förvaltning Nära vård och hälsa, står för utbildning och verksamhetsnära stöd. Utöver tid till utbildning bör tid även avsättas för kompetensutveckling, bland annat genom att delta på nätverksträffar och delta i fördjupning inom motiverande samtal.

Ersättning till vårdcentralerna är 1200 kr per utfört hälsosamtal.

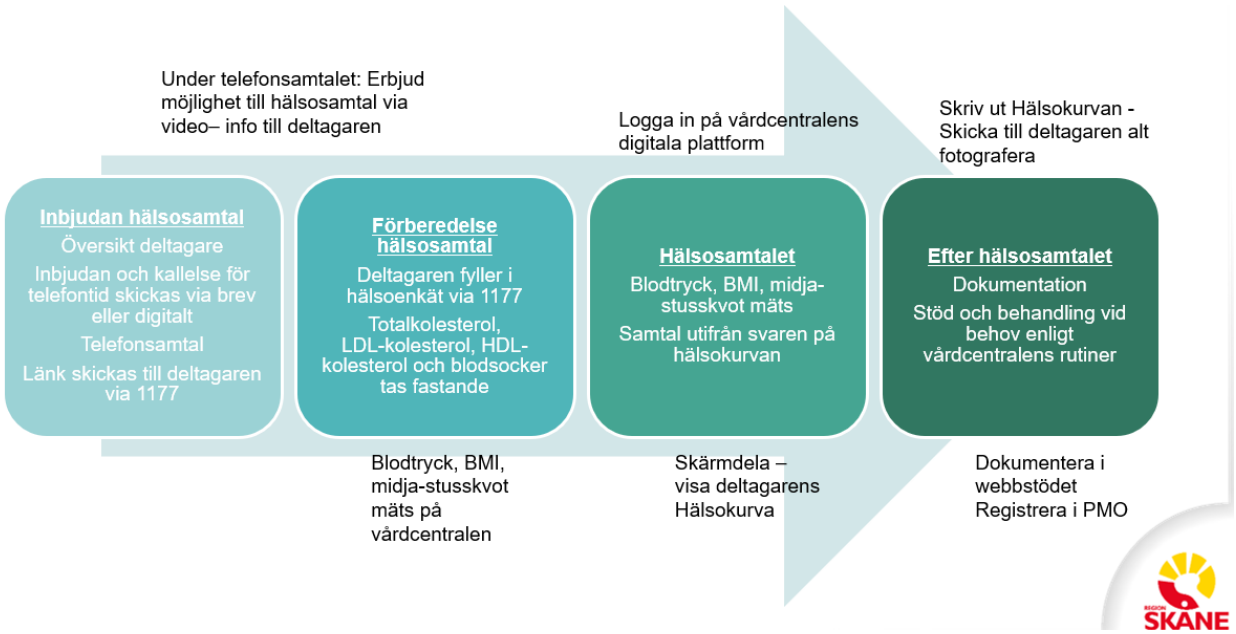
Det är kostnadsfritt för deltagaren.

Vad behövs för att bli en samtalsledare?



Hur går ett riktat hälsosamtal till?

Processflödet för fysiskt hälsosamtal.



Processflödet för hälsosamtal via video.

Gravida och/eller ammande kvinnor rekommenderas att flytta fram hälsosamtalet och återkomma när graviditeten och/eller amning avslutats. Detta då många värden påverkas under graviditeten och dessutom följs gravida på MVC.

1. <u>Innan hälsosamtalet</u>

Samtalsledarens process:

- Samtalsledaren/vårdcentralen skickar en inbjudan till deltagaren. Inbjudan kan skickas per post alternativt digitalt via 1177 personal.

  I inbjudan per post ska följande skickas med:
  - Inbjudningsbroschyr/vykort med information om Riktade hälsosamtal
  - Kallelse med information om bokad telefontid (se manual för PMO)
  - Samtyckesblankett till forskningsstudien (ansvarig Centrum för primärvårdsforskning)

  Digital inbjudan via 1177 personal innehåller:
  - Inbjudan och information om Riktade hälsosamtal, använd mallen *"kallelse för telefontid för inbjudan till hälsosamtalet*". Det finns en för 40-åringar och en för 50-åringar
  - Information om bokad telefontid
  - Samtyckesblankett till forskningsstudien behöver ges till deltagaren för påskrift vid provtagningstillfället

- Samtalsledaren ringer upp deltagaren på **bokad telefontid.**

  Delar som bör ingå i telefonsamtalet:
- Önskar deltagare delta i ett hälsosamtal?
- Önskar deltagaren genomföra hälsosamtalet fysiskt eller digitalt?
- Har deltagaren någon fråga om hälsosamtalet?
- Har deltagaren någon fråga om forskningen?

- Informera kort om att deltagaren är registrerad i ett kvalitetsregister[1], se formulering nedan.
- Informera om rutinen kring provtagning. Om inbjudan är skickad digitalt ges information om att samtyckesblanketten ska fyllas i vid provtagningstillfället.
- Boka in ett hälsosamtal.

- Samtalsledaren erbjuder tid för ett hälsosamtal och tiden bokas in. Vid behov kan PMO-kallelse (se PMO-manual) för hälsosamtalsbesöket skickas per post.

- När deltagaren tackar ja till att delta i ett hälsosamtal – registrerar samtalsledaren ”Ja, önskar att delta” i webbstödet. Därefter kan länk till hälsoenkäten via 1177 skickas till deltagaren från webbstödet.

- Planera den provtagning som ska ske inför hälsosamtalet:
    - Gör labbeställningen (se PMO-manual).
    - Be deltagaren ta med sig samtyckesblanketten till provtagningen. Om inbjudan är skickad digitalt ska samtyckesblanketten ges och fyllas i vid provtagningstillfället.

- Gör en *kort* journalanteckning i PMO för telefonsamtalet.

- Om deltagaren inte önskar ett riktat hälsosamtal – avsluta deltagaren i webbstödet.

OBS! *Om din vårdcentral väljer att erbjuda tider för hälsosamtal på 1177, som deltagaren kan boka direkt (utan föregående telefontid), behöver ni hitta ett arbetssätt för detta, så att provtagning ändå blir gjord och enkäten besvaras innan hälsosamtalet.*

Deltagarens process:

- **Hälsoenkäten** besvaras digitalt av deltagaren före hälsosamtalet. Länken till hälsoenkäten skickar samtalsledaren från webbstödet som ett personligt meddelande via 1177. Hälsoenkäten besvaras på en dator/mobil/surfplatta i hemmet. Om deltagaren inte har mobilt Bank-ID eller inte har tillgång till dator eller annan utrustning kan längre tid för hälsosamtalet bokas, för möjlighet att besvara enkäten under samtalet. Om deltagaren inte är svensktalande bokas tid för tolksamtal för att fylla i hälsoenkäten på vårdcentralen (samtidigt som hälsosamtalet sker) tillsammans med samtalsledaren.

- **Blodprover tas** på vårdcentralen en vecka före hälsosamtalet. Prov enligt nedan tas fastande (dvs. inte äta efter kl. 22 kvällen före provtagning och får ta eventuella mediciner med ett litet glas vatten):
  P-totalkolesterol, fP-LDL-kolesterol, P-HDL-kolesterol och fP-glukos.
  Vårdcentralen bekostar proverna och provsvar sätts upp på aktuell samtalsledare eller enligt vårdcentralens rutin. Patologiska provsvar som inte kan vänta till hälsosamtalet, handläggs enligt vårdcentralens rutiner för patologiska provsvar.

[1] Samtliga som bjuds in till ett hälsosamtal förs in i ett kvalitetsregister. I sammanställningarna, som görs på gruppnivå, går det inte att identifiera enskilda uppgifter om dig.

Som samtalsledare ska du kontakta Metod- och kompetensstödet om någon deltagare önskas tas bort från registret. Vi kontaktar då CPUA Mikael Åström på Dataanalys och registercentrum (DARC).

Deltagare som önskar hälsosamtal via video behöver även ta sina mätvärden på labb.

- **Deltagaren genomför sitt Riktade hälsosamtal, fysiskt eller via video. Vid videosamtal deltar deltagaren via vårdcentralens egen digitala plattform.**

2. Under hälsosamtalet

- Välkomna deltagaren och **informera hur hälsosamtalet går till.**
- **Samtalsledaren för in provsvar i hälsoenkäten.**
- **Vikt:** Anges i kilo med en decimal. Väg utan skor, utan ytterkläder och utan tunga föremål i fickorna. Dra av ett kilo för övriga kläder.
- **Längd:** Anges i cm.
- **BMI***:* Vikten i kg dividerad med längden i m². Räknas ut efter vikt och längd, görs digitalt i metodstödet när vikt och längd skrivs in. BMI anges med en decimal (se även under avsnitt BMI i detta metodstöd).
- **Midja-stusskvot:** Mätningen görs med vanligt måttband och värdet anges i centimeter. Midjeomfånget divideras med stussomfånget och kvoten anges med två decimaler (se avsnitt Midja-stusskvot).
- **Blodtrycksmätning:** enligt metod:

Standardiserad Blodtrycksmätning
• Undvik kaffe, te eller tung fysisk ansträngning innan blodtrycksmätningen
• Vila minst 5 min under tystnad inför mätning
• Blodtrycket mäts i sittande med stöd för rygg och arm
• Flera mätningar kan behövas vid arytmi, t.ex. vid förmaksflimmer då manuell mätning bör användas eftersom de flesta digitala mätare inte är validerade för mätningar hos patienter med förmaksflimmer
• Manschetten bör sitta på överarmen i höjd med hjärtat, ett par cm ovan armvecket
• Vid första besöket bör blodtrycket mätas i både höger och vänster arm för att upptäcka en eventuell skillnad mellan armarna. Använd sedan den arm där blodtrycket är högst som referensvärde

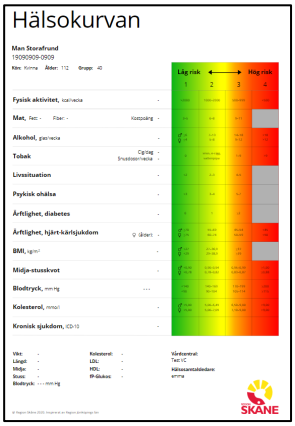
- **Inför registrering i hälsokurvan:** Blodtrycket mäts två gånger med en minuts intervall. Vid stora variationer (mer än 10 mm Hg mellan mätningarna) bör fler mätningar ske. Medelvärdet för dessa mätningar skrivs in digitalt i metodstödet. Värdet för diastolisk och systoliskt blodtryck bedöms var för sig och värdet som signalerar högst risk avgör placeringen på hälsokurvan. Radialispuls kontrolleras alltid före blodtryckskontroll för bedömning av hjärtfrekvens och om pulsen är

regelbunden. Vid oregelbunden puls använd manuell blodtrycksmanschett. Vid oregelbunden puls och/eller vid puls under 50 slag/minut eller vid puls över 100 slag/minut rådgör med läkare på vårdcentralen.

- **Svar på totalkolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol och blodsocker:** Dokumenteras under labbresultat och mätvärden (se Avsnitt kolesterol och blodsocker)

- **Kronisk sjukdom:** Om deltagaren har en kronisk sjukdom fylls diagnosnummer i (ICD10) samt kolumn för kronisk sjukdom (*Grön kolumn= ingen hjärt-kärlsjukdom eller annan kronisk sjd som ökar risken för hjärt-kärlsjukdom*) (se Avsnitt kronisk sjukdom)

  När alla mätningar är gjorda och allt är inskrivet skrivs deltagarens hälsokurva ut i **färg** och därefter förs ett samtal utifrån hälsokurvans resultat enlig motiverande samtalsmetodik.



- I hälsokurvan får deltagaren svar på inom vilka områden det föreligger **låg eller hög risk för hjärt-kärlsjukdom**. Olika färger på hälsokurvan ger förstärkt effekt. Grönt indikerar låg risk och rött ger tre gånger högre relativ risk jämfört med grönt.

- Samtalsledaren går tillsammans med deltagaren igenom **svaren i hälsoenkäten**. Enkätsvaren hanteras av samtalsledaren i enlighet med metodstödet och vårdcentralens rutiner.

- **Samtalsledaren erbjuder kunskap och stöd** till eventuell förändring med hjälp av metodstödet.

Det är av stor vikt att samtalet med deltagaren präglas av *salutogenes* (vilka faktorer hos deltagaren som orsakar och vidmakthåller hälsa) och *empowerment* (att deltagaren ska känna att hen har makt över de faktorer som påverkar hälsan och att man försöker stärka deltagarens självtillit). Deltagaren får tillsammans med sin hälsokurva även en skriftlig plan, med möjlighet att fylla i sina friskfaktorer, sin hälsoplan och eventuell uppföljning.

Hur du som samtalsledare prioriterar i hälsosamtalet:

---

1. Beakta allvarliga symtom (om deltagaren har/haft bröstsmärtor, svår trötthet och/eller depression/nedstämdhet). Om allvarliga symtom föreligger, börja med ett samtal kring dessa. Allvarliga symptom handläggs enligt vårdcentralens rutiner. Även uppgift om sömnapné bör triageras.

---

2. Gå igenom svar på blodtryck, blodsocker och blodfetter. Be deltagaren om avsatt tid under hälsosamtalet för att titta på eventuella markeringar i röd kolumn på hälsokurvan, handläggs med hjälp av metodstödet.

---

3. Se efter vad deltagaren besvarat på frågan om fysisk aktivitet och besvara eventuellt följdfrågorna tillsammans med deltagaren i webbstödet.
   Fyll i kolumnen med kronisk sjukdom under labbresultat och mätvärden.

4. Gå igenom hälsokurvan tillsammans med deltagaren. Visa den färdiga hälsokurvan och bjud in till samtal med öppna frågor t.ex. ”Så här ser din hälsokurva ut. Vad tänker du när du ser den?” ”Vad är du mest nöjd med?” ”Vad är du mindre nöjd med” osv. Utforska deltagarens förändringsbenägenhet och försök komma fram till konkreta mål. Se vidare i avsnittet om Motiverande samtal (MI).

5. Skriv ut och ge deltagaren hälsokurvan. Om deltagaren önskar, informera också att den kan skickas via 1177. Samtal kring levnadsvanor enligt deltagarens önskemål, exempelvis med hjälp av den skriftliga hälsoplanen som deltagaren får fylla i. Deltagare som mår psykiskt dåligt kan ha många riskfaktorer. Primärt får man då koncentrera samtalet på livssituationen och det psykiska tillståndet.

Dokumentation och uppföljning:

- Eventuell **uppföljning och återbesök** (när och till vem) bestäms i samråd med deltagaren enligt metodstödet och vårdcentralens rutiner.
- Sammanfattande **bedömning, åtgärder och planering** skrivs i PMO i samråd med deltagaren. **Hälsokurvan scannas in i PMO** och deltagaren får en kopia. Om deltagaren önskar, informera att den kan skickas via 1177.
- **Manual för PMO** finnas tillgänglig.
- Registrering av vårdkontakt Mottagningsbesök, attribut Hälsoundersökning, tillsammans med KVÅ-kod Riktade hälsosamtal åldersgrupp UV070 ger ersättning 1200 kr.
- KVÅ-koder för levnadsvaneåtgärder sätts enligt tabell nedan.

	KVÅ-kod
Riktat hälsosamtal åldersgrupp	*UV070*
Riktat hälsosamtal ej åldersgrupp	*UV071*

Tabell: KVÅ-koder riktat hälsosamtal

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

Tabell: KVÅ-koder levnadsvanor

3. Efter hälsosamtalet

- **Stöd och behandling** vid behov enligt vårdcentralens rutiner
- **Besvara uppföljningsfrågor i webbstödet**

Att tänka på vid ett hälsosamtal med tolk

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska sjukvården arbeta med att förebygga sjukdom och främja hälsa för alla patienter. Det är viktigt att tänka sig in i patientens livssituation och ha respekt för olika kulturer, synsätt och tankemönster. Ord som hälsa och hälsofrämjande betyder inte alltid exakt samma sak för alla.

Samtalsledaren ska tillsammans med deltagaren först fylla i hälsoenkäten, med stöd av tolk, därefter följer hälsosamtalet. Beräknad tidsåtgång för ett hälsosamtal med tolk är 90 minuter.

Tillsammans med tolkförmedlaren Digitaltolk har en digital utbildning tagits fram för att utbilda tolkar i metoden riktade hälsosamtal, motiverande samtal och tolkens roll i samband med hälsosamtalet[2]. Utvärderingen av tolkutbildningen har visat på gott mottagande hos tolkarna. Tolkar som genomgått utbildningen kan bokas av samtalsledaren/vårdcentralen. Lathund för tolkbokning finns på RHS sidan på vårdgivare Skåne.

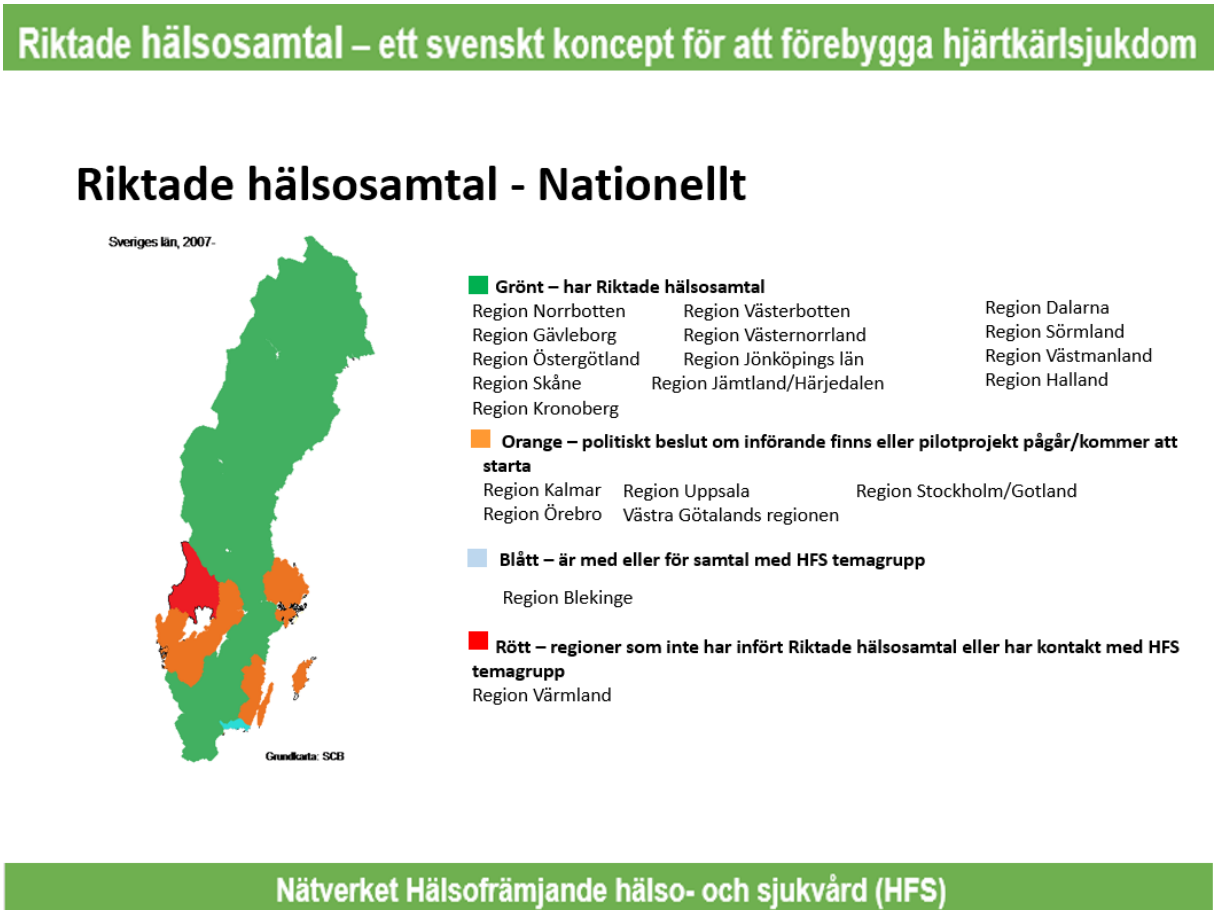
Referenser

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Generella hälsokontroller för vuxna [Internet]. [citerad 11 augusti 2020]. Hämtad från: https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/generella-halsokontroller-for-vuxna/

2. Digitaltolk. Digitaltolk utbildningssida [Internet]. [citerad 11 mars 2022]. Hämtad från: https://utbildning.digitaltolk.se/

3. Nationell utblick Riktade hälsosamtal

Program med hälsosamtal riktade mot hjärt-kärlsjukdomar för hela åldersgrupper har bedrivits länge i Sverige. Sedan mitten av 80-talet har både Region Jönköping och Region Västerbotten bjudit in invånare till Riktade hälsosamtal. Under 80-talet framkom det att dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar hade ökat, dels i hela landet, men mest i Västerbotten. Detta medförde att Västerbotten och Jönköping tog ett beslut om en kraftsamling kring problemet, med hälsosamtalen som en viktig del. Idag bjuder 13 regioner runt om i Sverige in sina invånare till hälsosamtal och ytterligare fem regioner har påbörjat införandet. För mer information om det nationella arbetet med Riktade hälsosamtal, se Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård temagrupp Riktade hälsosamtal. Nedan bild uppdaterad december 2024.



4. Medicinsk evidens för Riktade hälsosamtal

Sammanfattning av den viktigaste evidensen från region Jönköping

Uppföljning 2,5 år efter hälsosamtal

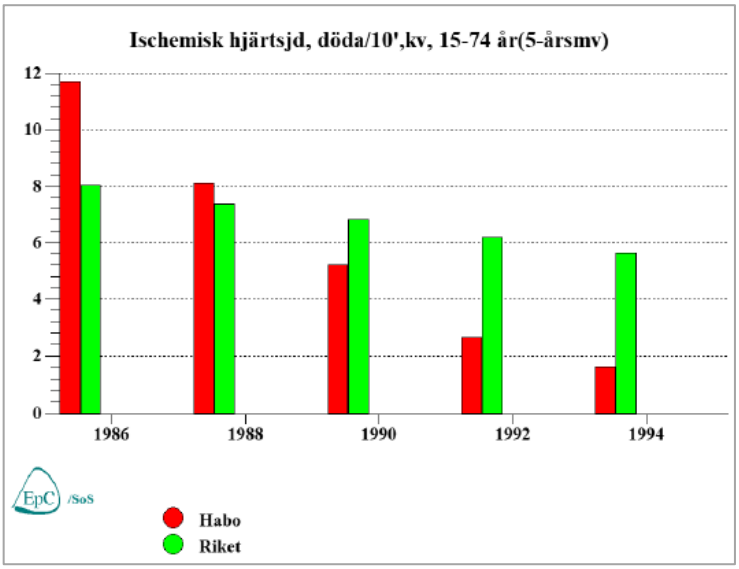
År 2003 publicerades den första studien från Habo (Region Jönköping) där fyra årskullar 35-åringar som undersökts 1989-1992 återundersöktes år 1993[1]. Studien visade bl.a. att 22 procent av rökarna hade slutat röka, 75 procent hade minskat intaget av mättat fett/transfett och att andelen med ingen eller låg fysisk aktivitet hade minskat med 43 procent vid återbesöket.

Uppföljning 5 år efter hälsosamtal

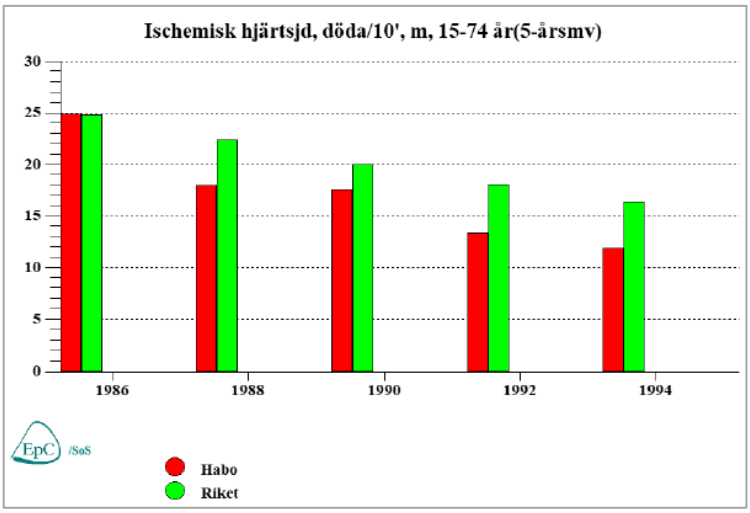
År 2008 publicerades en studie med 5-års uppföljning från Region Jönköping[2]. Här jämfördes fyra kommuner vars 35-åringar hade erbjudits hälsosamtal vid 30-års ålder, med fyra kommuner vars 35-åringar inte tidigare erbjudits hälsosamtal. I de kommuner där man erbjudit hälsosamtal sågs en mer gynnsam utveckling avseende matvanor, psykisk ohälsa, vikt, midjeomfång, blodtryck och kolesterol.

Uppföljning 12 år efter hälsosamtal

År 2002 publicerades en studie med uppföljning 12 år efter genomfört hälsosamtal i Habo (mellan åren 1984-1996) med utfall hjärt-kärlsjukdom och hjärtdöd jämfört med riket[3]. Den visade att dödligheten i hjärtinfarkt i Habo minskat jämfört med Sverige som helhet från mitten av 80-talet och tio år framåt. Se nedanstående diagram. Sannolikt har detta skett genom en kombination av individuella insatser (arbete med hälsokurvan) och samhällsinriktade åtgärder (samverkan med bl.a. kommun, föreningsliv, skolor, butiker).



Figur: Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Riket jämfört med Habo, kvinnor.



Figur: Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Riket jämfört med Habo, män.

Uppföljning 24-26 år efter hälsosamtal

År 2019 publicerades en studie med uppföljning 24-26 år efter genomfört hälsosamtal som gjordes mellan år 1985-1987 i Habo[4]. 652 män födda mellan 1943-1952 deltog, av 757 inbjudna. Studien, som hade utfall död oberoende av orsak, visade att dödligheten bland de män som var 33-42 år när de deltog i hälsosamtal var 43 procent lägre vid uppföljningen jämfört med jämnåriga män i resten av Sverige. Man jämförde även socioekonomiskt status för männen i Habo med motsvarande ålderskohort för övriga Sverige. Studien visade att socioekonomisk status var likvärdig eller något lägre i Habo jämfört med övriga Sverige.

Medicinsk evidens från Västerbotten

År 2015 publicerades den första studien från Västerbottens Hälsoundersökning (VHU) som visade att projektet har haft en effekt på dödligheten i regionen[5]. I studien har forskare studerat såväl total dödlighet som specifik dödlighet i hjärt-kärlsjukdom mellan 1990 och 2006. Totalt ingick över 100 000 personer i studien som bestod av alla 40-, 50-, 60-åringar som kallats till hälsosamtal. Resultaten visar att dödligheten bland alla inbjudna individer var tio procent lägre än motsvarande åldersgrupper i riket. Hos de individer som deltog i hälsosamtalen var effekten ännu större, där sågs en minskad risk för förtida död med 34 procent jämfört med motsvarande åldersgrupper i Sverige. Ett viktigt resultat från studien var även att effekterna av VHU tycks nå samtliga utbildningsgrupper, med flest antal förhindrade dödsfall bland de med kortare utbildning.

År 2018 publicerades resultat från en hälsoekonomisk utvärdering av hälsosamtalen i Västerbotten[6]. Syftet med studien var att uppskatta kostnaderna för att driva hälsosamtalen mellan 1990-2006 i relation till hälsovinsterna och besparingarna som kunde tillskrivas hälsosamtalen under samma tidsperiod. Resultaten visar att hälsosamtalen är mycket kostnadseffektiva (650 kr per vunnet år av full hälsa) i relation till tröskelvärdet på 500 000 kr per vunnet år av full hälsa, som vanligtvis används i hälsoekonomiska utvärderingar vid beslutsfattande av resurser inom hälso- och sjukvården.

Referenser

1. Lingfors H, Lindstrom 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;21(4):248-252.

2. Lingfors H, Persson LG, Lindstrom K, 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. *Prev Med.* 2009;48(1):20-24.

3. Lingfors H, Persson LG, Lindstrom K, Ljungquist B, Bengtsson C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care.* 2002;20(1):28-32.

4. 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;9(1):e022474.

5. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, 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.

6. 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;18(1):452.

5. Fysisk aktivitet

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
≥300 min/v	150 - 299 min/v	75 - 149 min/v	<75 min/v
Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd:** Röd

Aktivitetsminuter baseras på aktivitet med måttlig intensitet. Det vill säga att du blir lätt andfådd och varm.

Åtgärd: Grön:

- Bekräfta och uppmuntra goda aktivitetsvanor och erbjud broschyren ”Fysisk aktivitet – positiva hälsoeffekter”.

Åtgärd: Gul:

- Uppmuntra till fortsatt fysisk aktivitet då deltagaren uppnår Socialstyrelsens rekommendation om minst 150 – 300 aktivitetsminuter på måttlig intensitet, alternativt minst 75 – 150 minuter på hög intensitet.
- Betona att fysisk aktivitet är en ”färskvara” och att det föreligger dos – responssamband där ytterligare hälsovinster kan uppnås om man ökar dosen fysisk aktivitet.
- Erbjud broschyren ”Fysisk aktivitet – positiva hälsoeffekter”.

Åtgärd: Orange:

- Undersök graden av förändringsbenägenhet genom motiverande samtalsmetodik.
- Erbjud deltagare ett rådgivare samtal om fysisk aktivitet, se kortprogram – fysisk aktivitet, Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling
- Erbjud deltagaren broschyren ”Fysisk aktivitet – positiva hälsoeffekter”.
- Förstärk eventuellt råden med ett FaR (Fysisk aktivitet på Recept), Fysisk aktivitet på recept (FaR) - Vårdgivare Skåne
- Tipsa om aktivitetsdagbok och olika digitala verktyg för registrering av aktivitet, exempelvis stegräknare vid behov och om deltagaren önskar.
- Erbjud information om aktivitetsutbud i närområdet, utegym, promenadvägar och naturområden. Låt deltagaren sätta egna mål. Uppföljning stärker följsamhet – sker i samråd med deltagare. Uppmärksamma stillasittandet.

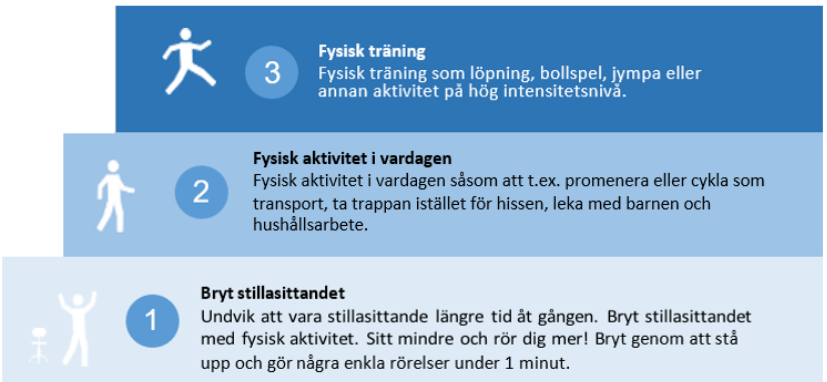
Åtgärd: Röd:

- Se Åtgärd orange. Erbjud stöd av FaR-förskrivare.

Snabbguide – Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har positiva effekter på alla faktorer i hälsokurvan. Det är viktigt att som samtalsledare lyfta dessa faktorer:

- Viktstabilitet och förbättrad midja-stusskvot
- Förbättrad kolesterolkvot (höjt HDL, sänkt LDL)
- Kan sänka blodtrycket
- Kan förebygga stressrelaterad ohälsa
- Förbättrad glukostolerans
- Förbättrad kondition och styrka



Figur: Fysisk aktivitet på olika nivåer, från Region Skånes Regionala vårdprogram för Levnadsvanor

- Rekommenderad aktivitetsnivå/dos enligt WHO och Folkhälsomyndigheten: Minst 150 – 300 min måttligt ansträngande aktivitet per vecka och/eller minst 75 – 150 min kraftigt ansträngande aktivitet per vecka för betydande hälsovinster.
- Dos-respons samband vid exempelvis prevention av hjärt-kärlsjukdom eller diabetes typ 2. En högre aktivitetsdos kan ge större/ökade/bättre hälsoeffekter.
- Intensiteten, dvs hur ansträngande du upplever att det känns när du är aktiv påverkar också hälsoeffekterna. Det är bra att variera intensitet och ”få upp flåset” regelbundet.
- Stillasittande är en oberoende riskfaktor. De flesta av oss mår bra av att minska stillasittandet även om vi når rekommendationerna ovan.
- Att knyta fysisk aktivitet till vardagliga rutiner gör det lättare att ändra och behålla goda vanor.
- Aktiv transport, dvs att gå eller cykla när du ska förflytta dig är ett smart sätt att få in fysisk aktivitet i vardagens rutiner. Aktiva transporter bidrar även till minskade utsläpp av luftföroreningar, vilket gynnar både människors och miljöns hälsa.
- Alla steg räknas! Störst hälsovinster får den som går från liten till måttlig aktivitetsnivå. Börja med att bryta stillasittandet.
- Sätt realistiska mål tillsammans med deltagaren och börja i lugn takt så att kroppen kan vänja sig vid nya aktiviteter utan att skadas. Helst lite varje dag, bättre än mycket en gång i veckan. Det är bra för motivationen att mentalt uppleva att man klarar sina uppsatta mål.
- Anpassa ditt samtal och stöd till deltagarens förutsättningar och önskemål.
- Stegräknare finns i de flesta smartphones och kan vara ett stöd.
- Erbjud gärna broschyren om fysisk aktivitet och/eller hänvisa till 1177 Vårdguiden.

Bakgrund

Enligt FYSS (Fysisk aktivitet som Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) som är ett evidensbaserat kunskapsstöd, leder otillräcklig fysisk aktivitet till ökad risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och för tidig död[1]. Fysisk aktivitet har gynnsamma effekter både för att förebygga och behandla en mängd sjukdomar och riskfaktorer.

Regelbundet fysiskt aktiva personer har en lägre risk för att utveckla hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ 2, vissa cancerformer, övervikt/obesitas, lätt till måttlig depression, demens och förtida död - oavsett orsak. Fysisk aktivitet kan ge förhöjd livskvalitet, förbättrad kognition och ökad fysisk kapacitet. Störst hälsorelaterad vinst har de som går från inaktivitet till en måttlig aktivitetsökning[1].

Forskning som baseras på självskattade data visar att ungefär en tredjedel av den vuxna befolkningen globalt i åldrarna 18–84 år är otillräckligt fysiskt aktiva[2]. En omfattande svensk studie visar att nästan hälften av den yrkesverksamma befolkningen 18 - 74 år i Sverige har en hälsofarligt låg konditionsnivå mätt med konditionstest[3]. Andelen har ökat dramatiskt sedan 90-talet. Enligt Nationella Folkhälsoenkäten 2023 uppger 67 procent att de når upp till rekommenderad dos fysisk aktivitet[4]. När det gäller stillasittande uppger en av fyra i Skåne att de är stillasittande 10 timmar eller mer per dygn, vilket är jämförbart med hela Sverige[5]. Stillasittande har uppmärksammats som en enskild riskfaktor för ohälsa[6].

Definition

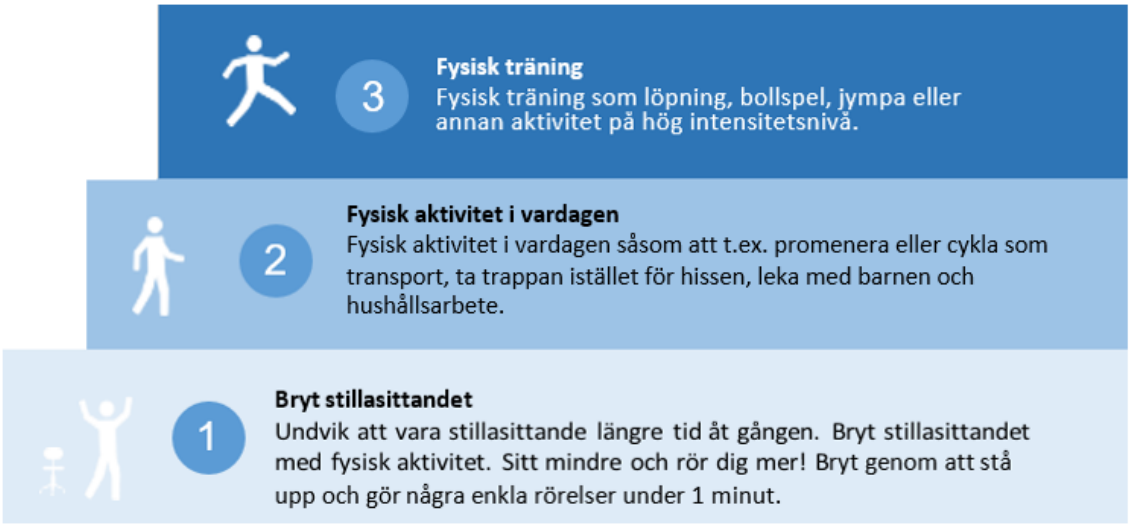
Fysisk aktivitet definieras som all kroppslig rörelse som produceras av skelettmuskler och resulterar i energiförbrukning.

Fysisk träning avser den del av fysisk aktivitet som är planerad, strukturerad och återkommande och har som syfte att förbättra eller underhålla en viss fysisk funktion, såsom kondition eller muskelstyrka[7]. Vardagsaktivitet innefattar aktiviteter som görs i vardagen, såsom promenader, trädgårdsarbete, att ta trappan i stället för hissen samt aktiva transporter, såsom att t.ex. cykla eller gå till arbetet, mataffären eller fritidsaktiviteten[8].

Otillräcklig fysisk aktivitet definieras som mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå, alternativt mindre än 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå[9].

Stillasittande definieras som all vaken tid med inaktivitet i de större muskelgrupperna, som i liggande eller sittande positioner[10].

Fysisk aktivitet på olika nivåer



Figur: Fysisk aktivitet på olika nivåer, från Region Skånes Regionala vårdprogram för Levnadsvanor

Allmän rekommendation för vuxna (16 – 64 år), enligt WHO och Folkhälsomyndigheten

- Alla vuxna bör vara fysiskt aktiva under veckan, både vardagar och helger.
- 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. Även personer som uppfyller rekommendationen för fysisk aktivitet bör undvika långvarigt stillasittande.
- Allmänna rekommendationer för vuxna är måttligt ansträngande fysisk aktivitet i sammanlagt minst 150 – 300 minuter per vecka. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 – 150 minuter per vecka. Måttlig och hög intensitet kan kombineras och aktiviteterna bör spridas ut under veckan. Ytterligare hälsoeffekter kan uppnås om man utöver den rekommenderade dosen ökar mängden fysisk aktivitet.
- Muskelstärkande aktivitet rekommenderas minst 2 gånger per vecka.
- Träning av balansen.
- Personer som inte klarar att nå upp till ovanstående rekommendationer bör vara så aktiva som tillståndet medger[9]. Att individanpassa råden till deltagarens förutsättningar och aktuella kapacitet är av stor vikt.

Konditionsträning

Med kondition menas kroppens förmåga att ta upp syre. Konditionsträning kallas också aerob fysisk aktivitet eller uthållighetsträning och är den vanligaste formen av fysisk aktivitet. Intensiteten kan vara låg, måttlig eller hög. Exempel på konditionsträning där vi tränar vår syreupptagningsförmåga är promenader, löpning, cykling och simning osv.

Muskelstärkande aktivitet/styrketräning

Vid muskelstärkande fysisk aktivitet arbetar de stora muskelgrupperna i kroppen som ben, bål, rygg och armar. Muskelstärkande fysisk aktivitet belastar och ställer krav på muskelstyrkan och rekommenderas på befolkningsnivå då forskning visat att i likhet med konditionsträning har muskelstärkande träning hälsofrämjande effekter. Flertalet studier har lyft att muskelstärkande träning påverkar ett flertal hälsorelaterade faktorer förutom muskelmassa och styrka, som blodsocker, insulinkänslighet, blodtryck, blodfetter,

kroppssammansättning, bentäthet, minskad fallrisk bland äldre samt kan lindra rygg- och ledsmärta. Även ångest och depression kan lindras och förebyggas[11-13].

Stillasittande

De aktuella rekommendationerna anger att långvarigt stillasittande bör undvikas och regelbundna pauser med någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för dem som har stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden[14].

Långvarigt stillasittande förefaller, relaterat till risken för förtida död, vara störst för individer med låg fysisk aktivitetsgrad[15,16]. Tränar individen mycket och har en hög energiomsättning påverkas kroppen troligen inte lika negativt av stillasittande men det är oklart i dagsläget.

Studier visar att för individer med låg fysisk aktivitetsgrad eller typ 2 diabetes kan avbrott i stillasittandet med fysisk aktivitet på låg intensitet ge positiva metabola effekter, exempelvis kan det påverka kroppens insulinkänslighet[17]. Låg intensitet kan i det här exemplet vara uppresningar från stol och enkla rörelser med kroppen. Studier lyfter också att långvarigt stillasittande är en oberoende riskfaktor även för de individer som är regelbundet aktiva[18].

Dos-responssamband

Det föreligger dos–responssamband mellan fysisk aktivitet och hälsa, det vill säga ju mer fysiskt aktiv du är, desto fler hälsovinster uppnår du (detta gäller på befolkningsnivå). Som bilden nedan visar, så är hälsovinsten störst när du går från en låg till en medelhög dos av fysisk aktivitet. Detta betyder att individer med en inaktiv livsstil har mycket att vinna även på en liten ökning av aktivitetsnivån. Risken att drabbas av skador vid fysisk aktivitet är relativt liten i relation till de hälsovinster en ökad aktivitetsnivå kan ge[1]. Skador som avses här är muskel- och ledskador.

Intensitet

Det finns olika sätt beskriva vilken intensitet en individ är fysiskt aktiv på. I FYSS används relativa intensitetsmått från låg till mycket hög. Måttlig intensitet ger en märkbar ökning av puls och andning, hög intensitet ger en markant ökning av puls och andning, medan mycket hög intensitet ger nära maximala nivåer av puls och andning samt innebär även anaerob energianvändning, med bland annat mjölksyrabildning (laktat).

Figur: Läkartidningen 46/2015/. Observera att risk i figuren syftar på risk att drabbas av skador och inte risk för hjärt-kärlsjukdom eller andra sjukdomar.

Risken för skador vid måttlig fysisk aktivitet är mycket låg. Skaderisken kan däremot öka vid hög intensitet, speciellt för personer som inte tidigare tränat med hög intensitet eller för en individ med kronisk sjukdom. Gradvis stegring av intensiteten under flera veckor minskar dock riskerna vilket är viktigt att förmedla till den deltagare som önskar komma igång med fysisk aktivitet och träning.

Upplevd ansträngningsnivå

Figur. Ansträngningsskala enligt Borg-RPE i relation till intensitetsnivå.

För att vägleda deltagaren/patienten när det gäller intensitet kan vi välja att använda begreppet upplevd ansträngning[1]. Den så kallade RPE-skalan (Rating of Perceived Exertion) ovan utformades av psykolog Gunnar Borg och bygger på den individuella upplevelsen av hur ansträngande en aktivitet med en viss intensitet är. Den subjektiva upplevelsen kan innefatta muskulär trötthet, andfåddhet och hjärtfrekvens men även smärta och psykologiska reaktioner.

Vilken aktivitet och intensitet som krävs för att nå en viss nivå beror på hur vältränad och van vid fysisk aktivitet individen är. Skattar man upplevelsen som 12–14 på skalan ”något ansträngande” har de flesta en energiomsättning som för just den individen innebär en intensitet på måttlig nivå. Det kan vara promenader i lugn takt för någon medan andra behöver jogga. Skattar man en upplevelse som 15–17 är ansträngningen högre med markant ökning av puls och andhämtning vilket innebär hög intensitet.

Regelbunden träning brukar förbättra kondition och muskelkraft vilket innebär att man behöver justera den fysiska aktiviteten för att fortsatt nå önskad intensitet och energiomsättning. Efter en period med inaktivitet ex sjukdom behöver man ofta starta på en lägre nivå än vad man hade innan uppehållet för att nå samma ansträngningsnivå. En plötsligt förändrad upplevelse av att en aktivitet känns mer ansträngande än den brukar är en signal om att något kanske inte står rätt till med kroppen, ex en pågående infektion, och man bör avbryta och kontrollera sin hälsa.

Vetenskaplig evidens

Primärprevention hjärt-kärlsjukdom

Regelbunden fysisk aktivitet är förenat med minskad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom[19,20]. En stor metaanalys från 2013 som inkluderade 790 000 vuxna personer från båda könen, 18 - 99 år, som inte hade några tecken på hjärt-kärlsjukdom, visade på en 24 procents riskminskning för hjärt-kärlsjukdom om deltagarna var fysiskt aktiva på en måttlig

intensitetsnivå, jämfört med de som var inaktiva. Hade deltagarna en hög fysisk aktivitetsnivå, var riskminskningen ännu högre, 36 procent[21].

Det finns stark evidens för dos–responssamband mellan regelbunden fysisk aktivitet och förekomst av hjärt-kärlsjukdom. Sambandet ses hos både män och kvinnor. Studier visar att riskminskningen är extra stor hos kvinnor som är fysiskt aktiva motsvarande en energiförbrukning på 2000 kcal/vecka[22]. Regelbunden fysisk aktivitet genererar preventiva effekter avseende kärlfunktion, inflammatoriska faktorer, obesitas, insulinkänslighet, glukoskontroll, blodtryck och blodfetter[23]. Se Hans Lingfors bild nedan.

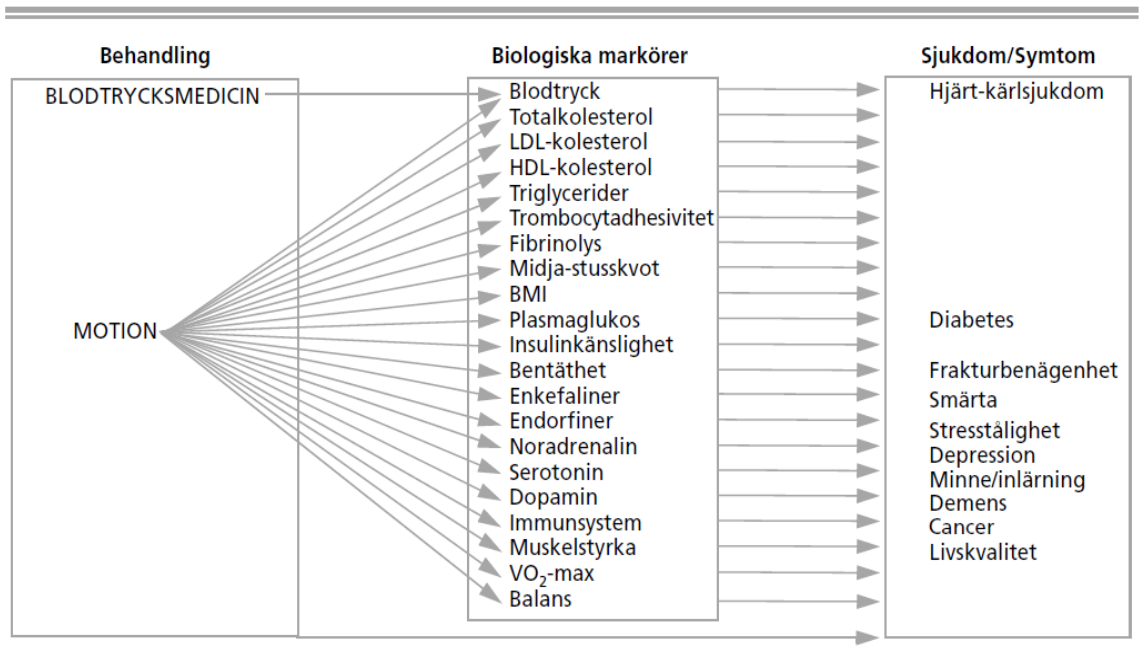
Rekommenderad fysisk aktivitet för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom följer de allmänna rekommendationerna på minst 150 minuters fysisk aktivitet på minst måttlig intensitet. Det finns dock dos–responssamband som innebär att ytterligare vinster kan uppnås om man ökar mängden fysisk aktivitet utöver den lägsta rekommenderade dosen.

Primärprevention diabetes typ 2

Regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för typ 2 diabetes visar flertalet stora studier från olika delar av världen[24-27]. De visar att om råd om ökad fysisk aktivitet kombineras med råd om hälsosamma matvanor, kan risken att insjukna i diabetes typ 2 minska med 30–58 procent hos individer med nedsatt glukostolerans och metabola syndromet[28-30]. Sammantaget finns det stark evidens för att regelbunden fysisk aktivitet motsvarande de allmänna råden om fysisk aktivitet minskar risken för typ 2 diabetes med 30–40 procent[30].

Sekundärprevention hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2

Fysisk aktivitet har gynnsamma effekter både för att förebygga och behandla ett stort antal sjukdomar och riskfaktorer. Diagnosdelen i FYSS ger fördjupad information kring aktuellt sjukdomstillstånd. Det är individens förutsättningar som styr ordinationen.



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

Figur: Av Hans Lingfors, Specialistläkare allmänmedicin, Region Jönköping

Aktiva transporter

I en studie av Ekblom Bak et al från 2022 sågs att aktiva transporter, som att regelbundet gå eller cykla till arbetet året runt, är kopplade till en mer aktiv livsstil och mindre stillasittande tid[31]. Deltagare som använde aktiva transporter uppvisade ett mer gynnsamt aktivitetsmönster jämfört med dem som inte gjorde det. Resultaten från studien indikerar också att personer med högre BMI eller kroniska sjukdomar, som ofta har lägre aktivitetsnivåer, särskilt kan gynnas av att integrera aktiv transport i vardagen. Även om fysisk aktivitet genom transport inte mättes separat tyder studiens data på att promenad och cykling till och från arbete är bra för att nå upp till rekommendationerna för fysisk aktivitet.

Kartlägga och mäta fysisk aktivitet

Genom att mäta och följa upp fysisk aktivitet kan rätt åtgärd sättas in och på så sätt minska risken att drabbas av sjukdom såsom hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2. För att kartlägga hur fysiskt aktiv en individ är används ofta enkäter eller aktivitetsdagböcker[32-34]. Det baseras på personens egen registrering. Studier har visat att när individen själv skattar sin aktivitetsnivå finns det en risk för både överskattning och underskattning av fysisk aktivitetsnivå[35-37]. Även i självskattningsformulär för stillasittande finns det en risk att individen underskattar sin stillasittande tid i jämförelse med samtidig rörelsemätning, vilket en metaanalys från 2020 visat[38].

Objektiva mätningar mäter en eller flera biosignaler, exempelvis acceleration, steg, hjärtfrekvens och energiförbrukning med flera. För att mäta en individs kondition, kan olika konditionstest användas[32].

Skattning av fysisk aktivitet i metoden för Riktade hälsosamtal

Deltagaren besvarar nedanstående frågor om fysisk aktivitet och stillasittande, baserade på Socialstyrelsens indikatorfrågor[39]. Antalet aktivitetsminuter från vardagsmotion och träning i Hälsokurvan är indelat utifrån den rekommenderade dosen fysisk aktivitet som minskar risken för hjärtkärlsjukdom[33].

Svaren på frågorna om vardagsmotion och träning räknas ihop i webbstödet. Vilket innebär att mittpunktsvärdet från träningen, multiplicerat med 2 och mittpunktsvärdet från vardagsmotionen ger placering på Hälsokurvan, se nedan tabell. Uträkningen sker automatiskt i webbstödet och är inspirerad av den algoritm som Kallings et al tagit fram till indikatorsfrågorna[40]. Svaret på frågan om stillasittande ger inget utslag i Hälsokurvan men är mycket viktig att lyfta under hälsosamtalet.

Fysisk aktivitet

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenad, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid.

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0,5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1,5 timmar)
- 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar)
- 150-300 minuter (2,5-5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar)

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

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

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

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

Fysisk Träning		Vardagsmotion						
	minuter	0	<30	30-60	60-90	90-150	150-300	>300
minuter	mittpunkt	0	15	45	75	120	225	300
0	0	0	15	35	75	120	225	300
<60	15	30	45	75	105	150	255	330
30-60	45	90	105	135	165	210	315	390
60-90	75	150	165	195	225	270	375	450
90-120	105	210	225	255	285	330	435	510
>120	120	240	255	285	315	360	465	540

Figur. Resultatet på frågorna om aktivitetsminuter från vardagsmotion och träning räknas ihop i webbstödet. Vilket innebär att mittpunktsvärdet från träningen, multiplicerat med 2 och mittpunktsvärdet från vardagsmotionen ger placering på Hälsokurvan.

Steg

Det finns ingen fråga om antal steg per dag för deltagaren att besvara i webbstödet. Många individer väljer dock att räkna sina steg som ett sätt att följa hur fysiskt aktiva de är.

Den allmänna rekommendationen för vuxna är minst 7 000 – 10000 steg per dag och att ännu fler steg ger bättre hälsoeffekter. Rekommendation baseras på att vi spenderar en del av dagen med fysiska aktiviteter på låg intensitet, som lättare sysslor i hemmet och på arbetet, vilket ger cirka 3 000–4 000 steg. Till detta får man lägga de 3 000–4 000 steg som motsvarar 150 minuter per vecka eller cirka 30 minuters daglig promenad[41]. Steg kan mätas med olika aktivitetsarmband. Idag finns det också stegräknare i de flesta smartphones.

Samtal om fysisk aktivitet

Under ett samtal om fysisk aktivitet är det viktigt att bekräfta och uppmuntra goda aktivitetsvanor som deltagaren eventuellt redan har.

Alla deltagare med otillräcklig fysisk aktivitet erbjuds enkla råd som innefattar allmän information och korta råd om betydelsen av fysisk aktivitet. Råden kan kompletteras med skriftlig eller digital information om vinster med fysisk aktivitet och exempel på lämpliga aktiviteter. Förslag på frågor i en dialog om fysisk aktivitet med deltagaren:

- Vad känner du till om hur fysisk aktivitet påverkar din hälsa och ditt hälsotillstånd?
- Har du varit fysiskt aktiv tidigare?
- Vad väcker det för känslor hos dig?
- Vad är annorlunda nu?
- Hur ser en vanlig dag ut för dig?
- Hur många timmar per dag sitter du stilla?
- Hur skulle du kunna bli mer fysiskt aktiv?
- Har du några konkreta förslag till förändring?

Önskar deltagaren utökat stöd för fysisk aktivitet kan återbesök bokas för rådgivande samtal och eventuellt tillägg. Återbesöket kan då ske antingen hos samtalsledaren, fysioterapeut eller annan FaR-förskrivare på enheten.

Rådgivande samtal + tillägg

Rådgivande samtal är tidsmässigt mer omfattande än enkla råd, 10 - 15 minuter, men ibland upp till 30 minuter. Rådgivande samtal är den åtgärdsnivå som oftast rekommenderas av Socialstyrelsen och som har god dokumenterad effekt. Förstärkt effekt får samtalet om det kombineras med:

- Fysisk aktivitet på recept (FaR)
- Aktivitetsdagbok och/eller aktivitetsmätare
- Uppföljning är viktigt och ökar följsamheten

Fysisk aktivitet på Recept (FaR)

FaR står för fysisk aktivitet på recept och är en arbetsmetod för att främja fysisk aktivitet. Det finns ett stort vetenskapligt stöd för att metoden fungerar. FaR består av tre huvuddelar som alla är lika viktiga för resultatet.

- Rådgivande samtal med patienten (personcentrerad samtalsteknik)
- Skriftlig ordination (receptet)
- Uppföljning – löpande, senast efter sex månader.

Det mest centrala i FaR metoden är att allt arbete utgår från individen. Som grund för ordinationen används kunskapsstödet FYSS[1]. Metoden kan användas av all legitimerad personal med kunskap inom området och god kännedom om den enskilda individens förutsättningar. Metoden kan användas både i förebyggande och behandlande syfte. Den fysiska aktiviteten kan genomföras på egen hand eller i organiserade aktiviteter ensam eller i grupp.

Region Skåne samverkar med RF-SISU Skåne, som ansvarar för en databas där man kan hitta förslag på olika aktiviteter. I databasen finns exempel på aktiviteter att göra på egen hand som promenadslingor, utegym, och Skåneleden. Det kan också vara aktiviteter hos aktivitetsarrangörer (ensam eller i grupp) som träningsanläggningar, simhallar och föreningar. Du hittar databasen på RF SISU's hemsida.

FYSS

Kunskapsunderlaget FYSS (Fysisk Aktivitet som Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) är ett evidensbaserat underlag för den som arbetar med att främja fysisk aktivitet[1]. Den fungerar även som lärobok. Den är upplagd med en allmän del och en diagnosspecifik del. Den allmänna delen innehåller allt från rekommendationer, definitioner och kontraindikationer till ämnesområden som fysisk aktivitet relaterat till sömn, stress, funktionsnedsättning med mera. I diagnosdelen tar man upp 35 olika diagnoser där varje kapitel avslutas med en sammanfattning av aktuellt kunskapsläge och rekommendationer på fysisk aktivitet knutet till specifik diagnos. Den första upplagan kom 2003. Kunskapsunderlaget har sedan reviderats och senaste upplagan är från 2021. Yrkesföreningen för fysisk Aktivitet (YFA) står bakom FYSS. FYSS finns som fysisk bok men stora delar av innehåller finns också digitalt. Det finns även en snabbguide, e-FYSS, som man kan ha som stöd vid förskrivning.

Bild: FYSS 2021

Verktyg och material

Till deltagaren

- Fysisk aktivitet och träning 1177
  Information på 1177 om fysisk aktivitet, mätmetoder och filmer med förslag på övningar. Där finns också information om Fysisk aktivitet på Recept (FaR).

- Aktivitetsdagbok
  Den viktigaste aktiviteten är den som blir av, varje steg räknas! Fyll i typ av aktivitet, tiden i minuter och den upplevda ansträngningen i aktivitetsdagboken.

- Broschyr ”Fysisk aktivitet - positiva hälsoeffekter”

Till samtalsledaren

- Folkhälsomyndigheten – rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande
  Folkhälsomyndigheten har tagit fram svenska riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande.

- Vårdprogram i praktiken - Fysisk aktivitet
  Kortfattad guide som ger en snabb överblick av rekommendation, bedömning och åtgärd för personer med otillräcklig fysisk aktivitet.

- FYSS – Fysisk aktivitet som sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (bok)
  En evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd. FYSS finns även som digitalt kunskapsstöd: eFYSS

- RF-SISU databas
  I RF-SISU Skånes databas finns förslag på aktiviteter till deltagaren med möjlighet att filtrera på ort, typ av aktivitet och intensitet.

- Fysioterapeuternas fackförbund
  Fysioterapeuternas fackförbund har tagit fram bra material om levnadsvanor till såväl patienter som personal. Några går att ladda hem och beställa kostnadsfritt, utan att du är med i förbundet.

- AKO riktlinje otillräcklig fysisk aktivitet Region Skåne
  AKO Skåne-riktlinje för primärvården utifrån nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Referenser

1. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). FYSS 2021 - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Läkartidningen förlag.

2. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health.* 2018;6(10):e1077-e1086.

3. Ekblom Bak E, Ekblom O, Andersson G, et al. Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. *Scand J Med Sci Sports.* 2019;29(2):232-239.

4. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor [Internet]. [citerad 14 oktober 2025]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/

5. Region Skåne. Folkhälsorapport 2023 [Internet]. [citerad 14 oktober 2025]. Hämtad från: https://utveckling.skane.se/siteassets/verksamhetsomraden/halsa/dokument/folkhalsorapporter/folkhalsorapport-2023.pdf

6. Stillasittande och ohälsa - en litteratursammanställning. Statens Folkhälsoinstitut. 2012:07.

7. Shephard RJ, Balady GJ. Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation.* 1999;99(7):963-972.

8. Faskunger J. Aktiv transport - på väg mot bättre förutsättningar för gång- och cykeltrafik. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. R 2008:31.

9. Svenska Läkaresällskapets rekommendationer för fysisk aktivitet för vuxna 2011. [Internet]. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: http://www.yfa.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/.

10. Ekblom Bak E, Ekblom B. Långvarigt stillasittande är en metabol riskfaktor. Läkartidningen. 2012, nr 34.

11. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(7):1334-1359.

12. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation.* 2007;116(5):572-584.

13. Jansson E, Wisloff U, Stensvold D. Hälsoaspekter på styrketräning. I: Ståhle A, redaktör. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. p. 118-29.

14. Ekblom Bak E, Andersson E, Brännholm Syrjälä M, Dohrn IM, Ekblom B. Långvarigt stillasittande – en hälsofara i tiden? 2 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2021.

15. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, et al. Sedentary time and its association with risk for

disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;162(2):123-132.

16. Matthews CE, Moore SC, Sampson J, et al. Mortality Benefits for Replacing Sitting Time with Different Physical Activities. *Med Sci Sports Exerc.* 2015;47(9):1833-1840.

17. Dunstan DW, Kingwell BA, Larsen R, Healy GN, Cerin E, Hamilton MT, et al. Breaking up prolonged sitting reduces postprandial glucose and insulin responses. Diabetes care. 2012;35(5), 976–983.

18. Benatti FB, Ried-Larsen M. The Effects of Breaking up Prolonged Sitting Time: A Review of Experimental Studies. *Med Sci Sports Exerc.* 2015;47(10):2053-2061.

19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018.

20. Nocon M, Hiemann T, Muller-Riemenschneider F, Thalau F, Roll S, Willich SN. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008;15(3):239-246.

21. Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008;15(3):247-257.

22. Li J, Loerbroks A, Angerer P. Physical activity and risk of cardiovascular disease: what does the new epidemiological evidence show? *Curr Opin Cardiol.* 2013;28(5):575-583.

23. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, Kohl HW, 3rd, Haskell W, Lee IM. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation.* 2011;124(7):789-795.

24. Joyner MJ, Green DJ. Exercise protects the cardiovascular system: effects beyond traditional risk factors. *J Physiol.* 2009;587(Pt 23):5551-5558.

25. Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. *Nutr Rev.* 2009;67(2):114-120.

26. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care.* 2007;30(3):744-752.

27. Authors/Task Force M, Ryden L, Grant PJ, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J.* 2013;34(39):3035-3087.

28. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, et al. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement executive summary. *Diabetes Care.* 2010;33(12):2692-2696.

29. Pan XR, Li GW, Hu YH, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care.* 1997;20(4):537-544.

30. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by

changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001;344(18):1343-1350.

31. Ekblom-Bak E, Börjesson M, Bergman F, et al. Accelerometer derived physical activity patterns in 27.890 middle-aged adults: The SCAPIS cohort study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2022;32(5):866–880.

32. Sahlgrenska akademin - Institutionen för medicin. Klimat och hälsa – en kunskapssammanställning. Göteborg: Göteborgs universitet; 2020. Rapport nr 3:2020; s. 6-7.

33. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2016. Bedöma och utvärdera fysisk aktivitet. [Internet]. [citerad 10 januari 2020]. Hämtad från: http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_Bedoma_och_utvardera-FA_FINAL_2016-12.pdf

34. van Poppel MNM, Chinapaw MJM, Mokkink LB, van Mechelen W, Terwee CB. Physical activity questionnaires for adults: a systematic review of measurement properties. Sports Med Auckl NZ. 01 juli 2010;40(7):565-600.

35. Brodin N, Swärdh E, Biguet G, Opava CH. Understanding how to determine the intensity of physical activity--an interview study among individuals with rheumatoid arthritis. Disabil Rehabil. 2009;31(6):458-465.

36. Johnson I, Tillgren P, Hagströmer M. Understanding and interpreting the concept of physical activity -- a focus group study among Swedish women. Scand J Public Health. januari 2009;37(1):20-27.

37. Dyrstad SM, Hansen BH, Holme IM, Anderssen SA. Comparison of self-reported versus accelerometer-measured physical activity. Med Sci Sports Exerc. januari 2014;46(1):99-106.

38. Prince SA, Cardilli L, Reed JL, Saunders TJ, Kite C, Douillette K, m.fl. A comparison of self-reported and device measured sedentary behaviour in adults: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 04 mars 2020;17(1):31.

39. Sveriges regioner i samverkan. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling [Internet]. [citerad 14 oktober 2025]. Hämtad från: https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/levnadsvanor.pdf

40. Kallings L, et al. Validering av Socialstyrelsens indikatorsfrågor om fysisk aktivitet [Internet]. [citerad 4 november 2025]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/levnadsvanor-validering-av-indikatorfragor-till-patienter-om-fysisk-aktivitet.pdf

41. Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, et al. How many steps/day are enough? For adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8:79.

6. Matvanor

Låg risk ←——————————→ Hög risk

1	2	3	4
3 - 5 poäng	6 - 8 poäng	9 - 11 poäng	
Åtgärd: Grön	**Åtgärd**: Gul	**Åtgärd:** Orange	

Åtgärd: Grön:

- Bekräfta goda matvanor och erbjud Livsmedelsverkets vykort ”Råden på en minut” samt broschyren ”Goda levnadsvanor gör skillnad”.

Åtgärd: Gul:

- Undersök graden av förändringsbenägenhet genom motiverande samtalsmetodik.
- Erbjud personcentrerad rådgivning utifrån Livsmedelsverkets kostråd.
- Erbjud broschyren ”Hitta ditt sätt” och/eller Livsmedelsverkets faktablad kring de olika kostråden (se senare i avsnittet).

Vid låg eller måttlig förändringsbenägenhet:

- Använd motiverande samtalsmetodik för att utforska vilka förändringar deltagaren är intresserad av att genomföra.

Vid hög förändringsbenägenhet:

- Planera kort- och långsiktiga mål tillsammans med deltagaren utifrån personcentrerad samtalsmetodik.
- Erbjud deltagaren ett återbesök inom 4 - 8 veckor för uppföljning av målen.

Åtgärd: Orange:

- Matråd enligt åtgärd Gul och erbjud ”Kvalificerat rådgivande samtal”, se Vårdprogram levnadsvanor - kortversion matvanor

Snabbguide – Matvanor

Den viktigaste aspekten vid samtal om hälsosamma matvanor är att betona helheten. Detta innebär att fokus bör ligga på *sammansättningen av hela kosten* och att enstaka näringsämnen och livsmedel har mindre betydelse. Kom ihåg att arbetet med att öka intaget av hälsosamma livsmedel är lika viktigt som att minska intaget av ohälsosamma livsmedel. Utgå från de svenska kostråden:

- Ät mycket grönsaker, frukt och bär. Välj gärna grova grönsaker som rotfrukter, vitkål, blomkål, broccoli, bönor och lök.
- Ät fisk och skaldjur två till tre gånger i veckan. Variera mellan feta och magra sorter.
- Välj fullkorn när du äter pasta, bröd, gryn och ris.
- Välj hälsosamma oljor i matlagningen, exempelvis rapsolja, och smörgåsfetter märkta med nyckelhålet.
- Välj magra, osötade mejeriprodukter som är berikade med vitamin D.
- Ät mindre rött kött och chark, inte mer än 500 gram i veckan. Endast en mindre del bör vara chark.
- Välj mat med mindre salt. Använd mindre salt när du lagar mat, använd salt med tillsatt jod och välj nyckelhålsmärkta livsmedel i butiken.
- Minska mängden godis, kakor, glass och annat med mycket socker. Minska särskilt på söta drycker.
- Ät lagom mycket. Både för lite och för mycket energi kan leda till hälsoproblem.
- Välj nyckelhålsmärkta livsmedel. Nyckelhålet är Livsmedelsverkets symbol som hjälper dig att hitta mat med mindre socker och salt, mer fibrer och nyttigare eller mindre fett.

Ta gärna stöd av följande vid samtal om matvanor:

- Är det okej om vi pratar en stund om dina matvanor?’
- Hur ser dina matvanor ut? Berätta.
- Vad upplever du är bra respektive mindre bra med dina matvanor?
- Vad vet du om hur matvanor påverkar hälsan?
- Om du skulle ändra på något i dina matvanor för att förbättra din hälsa, vad skulle det vara?

ÖKA	BYT UT		BEGRÄNSA
Grönsaker Baljväxter	Spannmålsprodukter av vitt/siktat mjöl	→ Spannmålsprodukter av fullkorn	Charkprodukter Rött kött
Frukt och bär	Smör, smörbaserade matfetter	→ Vegetabiliska oljor, oljebaserade matfetter	Drycker och livsmedel med tillsatt socker
Fisk och skaldjur	Feta mejeriprodukter	→ Magra mejeriprodukter	Salt Alkohol
Nötter och frön			

Bild 1: Livsmedelsverkets vykort ”Hitta ditt sätt”.

Bakgrund

Ohälsosamma matvanor är idag en av de största riskfaktorerna för sjukdom och förtida död. Studier visar att var femte dödsfall i världen orsakas av ohälsosamma matvanor och att majoriteten av dessa är relaterade till hjärt-kärlsjukdom[1]. Hälsosamma matvanor bidrar till att tillgodose behovet av näringsämnen och minska risken för välfärdssjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ 2 och obesitas. Dessutom skulle ungefär en tredjedel av alla cancerfall kunna förebyggas genom hälsosamma matvanor, en hälsosam vikt och minst 30 minuters daglig fysisk aktivitet[2]. Det finns därmed stor potential att förebygga sjukdom genom hälsosamma matvanor.

Att äta hälsosamt innebär i hög grad även att äta hållbart, det vill säga sådan mat som inte hotar vår planets säkra gränser. Våra matvanor driver på klimatförändringar, vattenföroreningar och förlust av biologisk mångfald. Genom att följa kostråden och minska matsvinnet bidrar man till en hållbar utveckling av både miljö och samhälle.

Kostråd och näringsrekommendationer

De svenska kostråden bygger på forskning om hur olika livsmedel och matvanor påverkar hälsan och tar hänsyn till de mattraditioner och hälsoproblem som finns i Sverige[3]. Kostråden baseras i sin tur på de Nordiska Näringsrekommendationerna som är en vetenskaplig sammanställning över vilka matvanor som bidrar till att uppnå näringsbehovet genom livet och minska risken för hjärt-kärlsjukdom, obesitas, diabetes typ 2 och viss typ av cancer[4]. Utöver närings- och hälsoaspekter så omfattar den senaste uppdateringen av Nordiska Näringsrekommendationerna även miljöaspekter vilket innebär att kostråden är vetenskapligt underbyggda ur både hälso- och miljösynpunkt. Näringsrekommendationerna visar att hög konsumtion av grönsaker (till exempel gröna bladgrönsaker, baljväxter, kål, lök och rotfrukter), frukter och bär, nötter och frön, fullkornsprodukter, fisk och skaldjur, vegetabiliska oljor (till exempel raps- eller olivolja) och matfetter som baseras på vegetabilisk olja samt magra, osötade mejeriprodukter är kopplade till lägre risk för de flesta kroniska sjukdomar och förtida död. Dessa livsmedel har en hälsomässigt gynnsam sammansättning av fetter och kolhydrater och är rika på vitaminer och mineraler. Matvanor som däremot kännetecknas av hög konsumtion av rött (nöt, fläsk, lamm och vilt) och processat kött samt livsmedel med stor mängd tillsatt socker, fett och salt är kopplade till ökad risk för negativa hälsoeffekter och kroniska sjukdomar. Bild 1 visar en översikt av de svenska kostråden, som är i linje med de kostråd som ges i många andra delar av världen. Följer man dessa kostråd och äter varierat behövs i regel inget kosttillskott. Eftersom livsmedel innehåller fler gynnsamma ämnen utöver vitaminer och mineraler så går det inte att kompensera för ohälsosamma matvanor genom kosttillskott.

Under sommaren 2023 kom en ny utgåva av de Nordiska Näringsrekommendationerna (NNR 2023)[5]. I NNR 2023 har sambandet mellan mat, miljö och klimat förtydligats och vägts in i rekommendationerna. Huvudbudskapet i de nya rekommendationerna är att äta mestadels växtbaserat och att det som är hälsosamt att äta för kroppen i de flesta fall även är bra för miljön.

Den nya utgåvan innefattar uppdaterade, och i vissa fall, nya referensvärden för energi- och näringsämnesintag. Därutöver innefattar rekommendationerna även lämpliga mängder att konsumera av olika livsmedelsgrupper. Rekommendationerna i NNR 2023 kan dock inte direkt översättas till svenska kostråd, utan utgör en nordisk sammanställning av den vetenskapliga evidensen. Med NNR 2023 som grund arbetar Livsmedelsverket därefter vidare med att ta fram nya svenska kostråd. I detta arbete tas hänsyn till förhållanden inom landet, vilka förändringar i kostintag som eftersträvas i befolkningen, landets mattraditioner, livsmedelsproduktionen och hälsoproblem i befolkningen. Arbetet med att uppdatera de svenska kostråden utifrån NNR 2023 har påbörjats och beräknas vara klart under 2024.

Matvanor i Sverige

I den senaste nationella matvaneundersökningen bland vuxna från 2010-2011 framkom att endast 20 procent av befolkningen kommer upp i rekommenderad mängd frukt och grönsaker[6]. Undersökningen visade även att 90 procent åt för lite fullkorn och att 40 procent åt för mycket socker. Ur ett hjärt-kärlperspektiv är det dessutom oroande att sju av tio rapporterade ett för högt intag av salt och att åtta av tio överskred rekommendationerna för mättat fett. Resultaten visade även att unga kvinnor och män i åldrarna 18-30 år hade de mest ohälsosamma matvanorna och att kvinnor generellt hade bättre matvanor än män.

För Skånes del visar den senaste folkhälsoundersökningen bland vuxna att andelen kvinnor och män som uppger låg konsumtion av frukt och grönsaker successivt har ökat mellan 2004-2012[7].

Vetenskaplig evidens

Matvanor har en stor och viktig roll i det preventiva arbetet kring hjärt-kärlsjukdom. Flera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom som till exempel högt kolesterol, blodtryck, blodsocker och övervikt/obesitas är starkt kopplade till ohälsosamma matvanor[4]. Skillnaden i risk för hjärt-kärlsjukdom mellan individer med hälsosamma och ohälsosamma matvanor har i studier visat sig vara 30-55 procent[8]. De matvanor som visats ha starkast hjärt-kärlskyddande effekt är den så kallade ”medelhavskosten”[9,10]. Det medelhavslika kostmönstret kan minska risken att utveckla övervikt och bukfetma, höga blodfetter och högt blodtryck samt minska risken att drabbas av hjärtinfarkt, stroke och hjärtsvikt. Detta kostmönster utgörs av ett rikligt intag av grönsaker, frukt, fullkorn, olivolja, nötter, frön och magra mejeriprodukter; ett moderat intag av fisk, skaldjur, kyckling, ägg, baljväxter och rött vin; samt ett lågt intag av processat och rött kött, raffinerade spannmål och sötsaker.

Bild 2. Matpyramiden från sundkurs.se som illustrerar ett medelhavslikt kostmönster.

Det medelhavslika kostmönstret som beskrivs ovan och som illustreras i bild 2 överensstämmer väl med det kostmönster som förespråkas i de Nordiska Näringsrekommendationerna och därmed i de svenska kostråden. Ett nordiskt kostmönster, liknande medelhavskosten men baserat på nordiska livsmedel (rikligt intag av närproducerad frukt, bär, grönsaker, rotfrukter, baljväxter, kål, nötter, vilt, fågel, fullkornsprodukter, rapsolja samt magra och osötade mejeriprodukter), har också visat sig ha gynnsamma effekter på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom så som blodfetter, fasteinsulin, låggradig inflammation, blodtryck och kroppsvikt[11,12]. En sammanställning av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar dessutom att medelhavskosten bidrar till långsiktig viktminskning i samma utsträckning som flera andra populära kosthållningar så som lågfettkost, lågkolhydratkost och kost med lågt glykemiskt index[13]. Ur ett viktperspektiv är det dock viktigt att framhålla att även ett hälsosamt kostmönster kan leda till övervikt och negativ hälsopåverkan om energiintaget överskrider energibehovet under en längre period. Energibalans, eller vid behov viktminskning, är därmed lika viktigt som hälsosamma kostmönster för att uppnå optimal hjärt-kärlskyddande effekt.

PREDIMED

En av de hittills största studierna som visat på medelhavskostens fördelar är den spanska PREDIMED-studien[14]. Studiens syfte var att studera effekten av medelhavskost för primärprevention av hjärt-kärlsjukdom. Totalt inkluderades 7447 kvinnor och män mellan 55-

80 år med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom så som högt blodtryck, höga blodfetter, typ 2 diabetes eller ärftlighet. Deltagarna delades in i tre grupper: 1) en interventionsgrupp som ombads äta en medelhavslik kost (rikligt intag av frukt, grönsaker, spannmål, nötter; måttligt intag av fisk, kyckling och vin: samt begränsat intag av rött och processat kött, mejeriprodukter och sötsaker) och fick tillägg av olivolja varje vecka, 2) en interventionsgrupp som fick samma råd som grupp 1 med tillägg av nötter och mandlar varje vecka samt 3) en kontrollgrupp som enbart ombads begränsa fettintaget. Studien avbröts i förtid efter knappt fem år efter att stora fördelar noterats i de två interventionsgrupperna avseende insjuknande i hjärtinfarkt och stroke. Totalt minskade risken för att insjukna i hjärtinfarkt med 28-30 procent i de två interventionsgrupperna jämfört med kontrollgruppen. PREDIMED visar därmed att medelhavskost rik på olivolja och nötter/mandlar kan minska risken för insjuknande i en första hjärt-kärlhändelse bland personer med förhöjd risk.

Lyon Diet Heart Study

Ytterligare en viktig koststudie inom hjärt-kärlområdet är den franska Lyon Diet Heart Study som fokuserade på sekundärprevention bland kvinnor och män som haft en första hjärtinfarkt det senaste halvåret[15]. Totalt 605 personer lottades till två grupper, antingen en interventionsgrupp som ombads äta medelhavslikt (rikligt intag av bröd, rotfrukter, grönsaker, fisk, frukt och mat- och smörgåsfetter baserade på raps- eller olivolja, måttligt intag av vin samt begränsat intag av rött kött) eller en kontrollgrupp som mottog ordinarie omhändertagande efter hjärtinfarkt. Även denna studie avbröts i förtid då resultaten visade att risken för att insjukna eller dö i en ny hjärtinfarkt minskade med 72 procent i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Efter 47 månader hade endast 14 nya insjuknanden eller dödsfall i hjärtinfarkt inträffat bland de som åt medelhavskost jämfört med 44 nya händelser i kontrollgruppen. Ett intressant fynd var dessutom att effekten av medelhavskosten var oberoende av traditionella riskfaktorer så som kolesterol, blodtryck och vikt. Lyon Diet Heart Study visar därmed att medelhavskost kan minska återinsjuknandet i hjärt-kärlsjukdom efter en första hjärtinfarkt.

DASH

I den amerikanska DASH-studien undersöktes kostens effekt på blodtrycket[16]. Totalt 459 kvinnor och män med förhöjt blodtryck (genomsnitt 132/85 mm Hg) lottades in till tre grupper: 1) en interventionsgrupp som fick äta rikligt av frukt och grönsaker, 2) en interventionsgrupp som utöver frukt och grönsaker uppmuntrades att äta rikligt av magra mejeriprodukter, fullkorn, fisk, nötter och fågel samt begränsa intaget av fett (framförallt mättat), rött kött, charkprodukter, sötsaker och sötade drycker eller 3) en kontrollgrupp som skulle äta enligt ett typiskt amerikanskt kostmönster. Efter åtta veckor hade det systoliska och diastoliska blodtrycket minskat med 2,8 och 1,1 mm Hg i gruppen som ökat intaget av frukt och grönsaker och med 5,5 och 3,9 mm Hg i den kombinerade interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen. Störst effekt uppmättes bland individer med konstaterad hypertoni vid studiestart, där det systoliska blodtrycket sjönk med 11,4 mm Hg. I en senare uppföljningsstudie sågs även att saltreduktion tillsammans med ett kostmönster enligt DASH minskade det systoliska och diastoliska blodtrycket mer än vad respektive förändring genererade var för sig[17]. DASH-studien visar därmed att hälsosamma livmedelsval och saltreduktion är viktiga faktorer vid prevention och behandling av högt blodtryck.

Eat-Lancet

EAT-Lancetkommissionen kom under 2019 med det första förslaget på ett globalt hållbart och hälsosamt kostmönster, vars primära effektmål var att minska antalet fall av förtida död[18]. Kosten är även den första i sitt slag som tar hänsyn till en växande världsbefolkning och de planetära gränser som vi har att förhålla oss till i framtiden. Bland annat tas hänsyn till klimatförändringar, markanvändning, föroreningar av vattendrag samt förlust av biologisk mångfald. Kostmönstret liknar till mångt och mycket gällande svenska kostråd men begränsar det rekommenderade intaget av kött, fisk och mejeriprodukter ytterligare till förmån för ett ökat intag av bönor, linser, nötter och frön som proteinkälla. Vid sidan av ett

dietärt skifte mot mer växtbaserat kommer det även att bli nödvändigt med minskat matsvinn och mer hållbara jordbrukstekniker. Hållbarhetsaspekten förväntas att komma att ta allt större plats vid sidan av hälsoaspekter i kommande näringsrekommendationer och kostråd[19].

Samtal om matvanor

Vid enklare samtal om matvanor kan rådgivningen med fördel utgå från Livsmedelsverkets

Sammanfattning

Som beskrivet ovan finns den starkaste evidensen för hjärt-kärlskyddande effekter för *hälsosamma kostmönster*, där både medelhavslika och nordiska kostmönster uppvisat positiva effekter vid primär- och sekundärprevention. Rådgivningen kring matvanor vid hjärt-kärlprevention bör därför fokusera på betydelsen av helheten snarare än intag av enstaka näringsämnen eller livsmedel. Kostmönster som kännetecknas av grönsaker, baljväxter, frukt och bär, nötter och frön, fullkornsprodukter, fisk och skaldjur, vegetabiliska oljor samt magra mejeriprodukter minskar risken att insjukna i de flesta välfärdssjukdomar och beskrivs i de svenska kostråden.

tio kostråd listade i faktarutan på nästa sida. För mer information kring de rådgivningsnivåer som Socialstyrelsen rekommenderar vid samtal om matvanor, se kortversionen Vårdprogram i praktiken - Matvanor. Ta gärna stöd av följande förslag vid samtal om matvanor:

- Kartlägg deltagarens nuvarande matvanor och måltidsrutiner.
- Bekräfta och framhåll goda matvanor. Hälsosamma matvanor gynnar inte enbart deltagarens hälsa, utan även miljön och kommande generationer.
- Undersök vad deltagaren vet om sambandet mellan matvanor och hälsa.
- Undersök deltagarens benägenhet och motivation till förändring av matvanor.
- Börja där deltagaren befinner sig.
- Undersök vilka mat- eller dryckesvanor som deltagaren är redo att förändra.
- Kom ihåg att arbetet med att öka intaget av hälsosamma livsmedel är lika viktigt som arbetet med att minska intaget av ohälsosamma livsmedel.
- Introducera förändringar stegvis eftersom förändringsarbete kring matvanor ofta handlar om att ändra flera olika vanor, t.ex. livsmedelsval, måltidsordning och/eller portionsstorlek.
- Diskutera realistiska förväntningar och tänk på att nya matvanor bör kunna passa in i deltagarens befintliga vardag.
- Erbjud vid behov uppföljningsbesök. Bekräfta det som är positivt och stärk deltagarens tro på sin egen förmåga att genomföra förändring. Reflektera tillsammans kring eventuella bakslag och lyft fram dem som en värdefull erfarenhet. Utforma strategier för hur deltagaren kan undvika att hamna i gamla vanor. Se över och revidera målsättningar vid behov.

De svenska kostråden:

1. Ät mycket grönsaker, frukt och bär. Välj gärna grova grönsaker som rotfrukter, vitkål, blomkål, broccoli, bönor och lök.
2. Ät fisk och skaldjur två till tre gånger i veckan. Variera mellan feta och magra sorter.
3. Välj fullkorn när du äter pasta, bröd, gryn och ris.
4. Välj hälsosamma oljor i matlagningen, exempelvis rapsolja, och smörgåsfetter märkta med nyckelhålet.
5. Välj magra, osötade mejeriprodukter som är berikade med vitamin D.
6. Ät mindre rött kött och chark, inte mer än 500 gram i veckan. Endast en mindre del bör

Kom ihåg!
Att förändra matvanor handlar alltid om att välja mer av något och mindre av något annat, sällan måste något uteslutas helt.

Mer grönsaker och frukt

- Fråga deltagaren vad den kan tänka sig börja äta, alternativt äta mer av.
- Hur skulle deltagaren kunna gå tillväga för att öka sitt intag?
- Finns det möjlighet att lägga till något till måltiderna? Eller däremellan?
- Introducera gärna tallriksmodellen och förklara hur den kan användas i praktiken.

Faktablad Mer grönt och frukt

Mer fisk och skaldjur

- Undersök om deltagaren själv ser någon möjlighet att öka intaget.
- Finns det färdiga fisk- och skaldjursprodukter som deltagaren kan tänka sig att prova?
- Skulle deltagaren kunna använda fisk och skaldjur som pålägg på smörgåsen?
- Framhåll möjligheten att variera intaget genom att välja inlagd, rökt, gravad, konserverad, fryst och färsk fisk.

Faktablad Mer fisk och skaldjur

Byt till fullkorn

- Undersök vilka fullkornsprodukter deltagaren äter i dagsläget. Vilka produkter har deltagaren provat tidigare?
- Finns det fullkornsprodukter som deltagaren kan tänka sig att öka intaget av?
- Framhåll att lite fullkorn är bättre än inget, inför förändringar stegvis.
- Vad har deltagaren för frukostvanor? Finns det möjlighet att öka fullkornsintaget där?
- Föreslå att deltagaren använder nyckelhålsmärket för vägledning i butik.

Faktablad Byt till fullkorn

Byt till nyttiga matfetter

- Undersök vilket smörgås- och matfett deltagaren använder i dagsläget.
- Finns det tillfällen eller maträtter där deltagaren skulle kunna börja ändra sort eller mängd matfett?
- Om deltagaren vill behålla sitt mer ohälsosamma matfett, skulle han/hon vara intresserad av att ersätta halva mängden mot ett mer hälsosamt alternativ?
- Föreslå att deltagaren använder nyckelhålsmärket för vägledning i butik.

Faktablad Byt till nyttiga matfetter

Byt till magra mejeriprodukter

- Vilka mejeriprodukter äter deltagaren ofta? Fokusera på dessa, de har störst betydelse för hälsan.
- Hur ser intaget ut hemma jämfört med utanför hemmet?
- Dricker deltagaren mejeriprodukter till maten eller mellan måltider?
- Föreslå att deltagaren använder nyckelhålsmärket för vägledning i butik.

Faktablad Byt till magra mejeriprodukter

Mindre rött kött och chark

- Undersök vilka kött- och charkprodukter deltagaren äter i dagsläget.
- Vad skulle deltagaren lättast kunna minska? Vad skulle deltagaren kunna ersätta köttet med?
- Kan deltagaren tänka sig att byta och/eller ersätta köttpålägg på smörgåsar?
- Kan deltagaren dryga ut kötträtter genom att tillsätta grönsaker eller baljväxter vid matlagning?
- Kan deltagaren börja med att minska köttintaget under någon/några dagar i veckan?

Faktablad Mindre rött kött och chark

Mindre salt

- Undersök hur ofta deltagaren äter färdigmat, snabbmat, charkprodukter och ostar.
- Tillsätter deltagaren salt vid middagsbordet?
- Vilka möjligheter ser deltagaren till att minska på saltintaget?
- Föreslå att deltagaren använder nyckelhålsmärket för vägledning i butik.

Faktablad Mindre salt

Mindre socker

- Kartlägg hur deltagarens nuvarande intag ser ut i frekvens och mängd. Arbeta stegvis med att förändra vanor och intag utifrån utgångsläget.
- Framhåll att målet inte är att utesluta socker helt utan att välja sina tillfällen med omsorg.
- Sockersötad dryck kan vara en stor källa till både socker och energi. Kan deltagaren tänka sig att ersätta nuvarande intag mot ett sockerfritt alternativ?
- Föreslå att deltagaren använder nyckelhålsmärket för vägledning i butik.

Faktablad Mindre socker

Verktyg och material

Till deltagaren

- Äta för att må bra - 1177
  Information på 1177 om hälsosamma matvanor. Det finns även information kring vegetarisk mat och olika näringsbehov.

- Tallriksmodellen
  Tallriksmodellen visar hur man kan kombinera livsmedel till lunch och middag i hälsosamma proportioner. Länken illustrerar i foto två varianter av tallriksmodellen som tagits fram utifrån mängd fysisk aktivitet under dagen (och därmed energibehov):

- Hitta ditt sätt
  De svenska kostråden sammanfattade i broschyren ”Hitta ditt sätt” från Livsmedelsverket.

- Råden på en minut
  De svenska kostråden sammanfattade på en minut (vykortet ”Råden på en minut”)

- Nyckelhålsmärket
  Nyckelhålsmärket är en oberoende märkning som lyfter fram livsmedel med mindre salt och socker, mer fullkorn och fibrer, och nyttigare eller mindre fett. Informationsbroschyrer kring nyckelhålsmärket finns på flera språk.

Till samtalsledaren

- Vårdprogram i praktiken – Matvanor
  Kortfattad guide som ger en snabb överblick av rekommendation, bedömning och åtgärd för personer med ohälsosamma matvanor.

- Vårdriktlinjer nutrition
  På Vårdgivare Skåne finns kostråd att skriva ut kring flera olika aspekter av maten, t.ex. mat vid träning eller mat och tillsatser. Här finns även recept och förslag på måltider i materialen ”matiga mackor” eller ”bra salladsrecept”. Kostråden uppdateras kontinuerligt av primärvårdens dietistverksamhet.

- Matvanekollen
  Matvanekollen är ett verktyg som erbjuder ett snabbtest över matvanorna och bygger på de svenska kostråden. Matvanekollen innehåller frågor om grönsaker och frukt, fullkorn, mejeriprodukter, matfett, sötsaker och fysisk aktivitet. Det finns dessutom en mycket bra handledning till hälso- och sjukvårdspersonal kopplat till frågorna i Matvanekollen.

Referenser

1. Collaborators GBDD. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2019;393(10184):1958-1972.

2. World Cancer Research Fund. Cancer Prevention Recommendations [Internet]. [citerad 20 april 2020]. Hämtad från: https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations/.

3. Livsmedelsverket (SLV). Kostråd och matvanor [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket. [citerad 20 april 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/.

4. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012 [Internet]. 5th ed. Copenhagen: Narayana Press; 2014. [citerad 20 april 2020]. Hämtad från: https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf.

5. Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, Christensen JJ, Eneroth H, Erkkola M, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023 [Internet]. Copenhagen: Nordic Council of Ministers 2023. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://pub.norden.org/nord2023-003/nord2023-003.pdf

6. Livsmedelsverket (SLV). Riksmaten 2010 [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket. [citerad 20 april 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/matvanor---undersokningar/riksmaten-2010-11---vuxna.

7. Region Skåne. Folkhälsorapport Vuxna i Skåne. [Internet]. [citerad 20 april 2020]. Hämtad från: https://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/folkhalsorapporter/folkhalsorapport-vuxna-skane/.

8. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. Arch Intern Med. 2009;169(7):659-669.

9. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. Public Health Nutr. 2014;17(12):2769-2782.

10. Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M, Serra-Majem L, Lairon D, Estruch R, Trichopoulou A. Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. Nutr Rev. 2009;67 Suppl 1:S111-116.

11. Ramezani-Jolfaie N, Mohammadi M, Salehi-Abargouei A. The effect of healthy Nordic diet on cardio-metabolic markers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Eur J Nutr. 2019;58(6):2159-2174.

12. Mithril C, Dragsted LO, Meyer C, Blauert E, Holt MK, Astrup A. Guidelines for the New Nordic Diet. Public Health Nutr. 2012;15(10):1941-1947.

13. SBU. Mat vid fetma. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 218. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2013. Vol

14. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. N Engl J Med.

2018;378(25):e34.

15. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation. 1999;99(6):779-785.

16. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med. 1997;336(16):1117-1124.

17. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001;344(1):3-10.

18. Willett W, Rockström J. Healthy diets from sustainable food systems. The EAT-Lancet Commission. Vol 393. January 2019. s 447-492.

19. Wood A, Gordon LJ, Röös E, Karlsson JO, Häyhä T, Bignet V, et al. Nordic food systems for improved health and sustainability. Stockholm: Stockholm Resilience Centre; 2019:15-16.

7. Alkohol

Låg risk ←——————————————→ Hög risk

1 2 3 4

< 4 standardglas/v	4 - 9 standardglas/v	10 – 18 standardglas/v	> 18 standardglas/v
Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd:** Röd

Åtgärd: Grön:
Bekräfta och uppmuntra en låg alkoholkonsumtion som en viktig preventiv åtgärd.

Åtgärd: Gul:
Bekräfta och uppmuntra en alkoholkonsumtion under risknivåer som en viktig preventiv åtgärd.

Åtgärd: Orange:
Förslag på frågor att ställa för att gå vidare (om deltagaren vill):

- Hur många tillfällen dricker du alkohol under en vecka?
- Har du själv märkt hur alkohol påverkar dig och hur du mår?
- Känner du till hur en minskad alkoholkonsumtion kan förbättra dina riskfaktorer?
- Nu när du fått denna information, hur tänker du kring din alkoholkonsumtion/att göra en förändring?
- Känner du till att vi kan erbjuda stöd för att minska din konsumtion?

- Ge personcentrerad rådgivning utifrån “Enkla råd” eller ”Rådgivande samtal”, se Nationellt vårdprogram levnadsvanor – kortversion alkohol
- Erbjud ”En broschyr om alkohol”
- Erbjud stöd till rådgivande samtal utifrån svar på frågorna ovan

Åtgärd: Röd:

- Se Åtgärd: Orange
- Erbjud stöd till ”Kvalificerat rådgivande samtal” utifrån svar på frågorna ovan (personal utbildade i MET-metoden eller annan likvärdig kompetens). Tänk på att det idag finns behandlingsalternativ som inte enbart har total avhållsamhet som mål.

Snabbguide – Alkohol

Det finns ingen evidens för att alkohol förebygger hjärt-kärlsjukdom, därför ska vi aldrig rekommendera alkohol som behandling.

- Riskbruk är ett samlingsbegrepp för skadligt bruk (F10.1) och beroende (F10.2).
- Biopsykosocialt perspektiv där olika livsområden påverkar varandra.
- Rekommendera aldrig alkohol för att förebygga hjärtkärlsjukdom.
- Låg eller ingen konsumtion är en viktig preventiv åtgärd för att undvika ohälsa.
- Ett linjärt samband kan ses mellan ökad alkoholkonsumtion och risk för hjärt-kärlsjukdom.
- Hög konsumtion är förknippat med ökad risk för åderförfettning.
- Frekvent intensiv konsumtion ökar risken för skada, även då den totala konsumtionen är måttlig.
- Daglig alkoholkonsumtion, även i måttliga mängder kan öka risken för beroendeutveckling.
- Uppmärksamma närstående vid ett riskbruk.
- Alkoholproduktion har en negativ miljöpåverkan.

Vinster med sänkt konsumtion:

- Lägre blodtryck
- Lägre energiintag
- Minskad risk för diabetes typ 2, hjärtarytmier och åderförfettning
- Förbättrar sömnkvalitén och den psykiska hälsan.

Tips för att minska konsumtionen:

- Välj dryck med lägre alkoholhalt
- Räkna dina glas
- Drick långsamt och vänta med att fylla på
- Välj alkoholfritt vartannat glas
- Ät mat innan du dricker
- Drick inte för att släcka törsten
- Välj alkoholfria alternativ

Ett standardglas innehåller 12 g ren alkohol, vilket motsvarar något av nedanstående:

Bild: Systembolaget.

Bakgrund

I Sverige uppskattas 1 miljon människor ha en hög alkoholkonsumtion[1]. Andelen är relativt oförändrad över 2000-talet. Cirka en tredjedel av högkonsumenterna har utvecklat ett alkoholberoende. 75 % av de med ett alkoholberoende har ett lindrigt till måttligt beroende och 25 % befinner sig i ett sent stadium med större konsekvenser. I Sverige är alkohol den sjunde största riskfaktorn för ohälsa och tidig död[2]. Alkoholen påverkar alla vävnader i kroppen och kan kopplas till drygt 200 sjukdomar och hälsoproblem[3]. Varje alkoholintag leder till en stresspåverkan på kroppen, vilket leder till ökad utsöndring av noradrenalin, adrenalin och kortisol. Vid nedbrytning av alkohol bildas ämnet acetaldehyd, som är mer toxiskt än alkoholen i sig och som klassas som cancerogent. De cancerformer som har starkast samband med alkohol är cancer i munhåla, svalg, struphuvud, matstrupe, bröstcancer, magsäck, tjocktarm, ändtarm, lever och bukspottskörtel. Cancerrisken ökar kraftigt om man dricker alkohol och röker samtidigt, särskilt för cancer i de övre luftvägarna.

Exempel på andra hälsotillstånd som kan vara relaterade till alkoholkonsumtion är högt blodtryck, hjärtarytmi, mag- och tarmproblem, övervikt, osteoporos, nedsatt immunförsvar, försämrad sårläkning, nedsatt fertilitet, nervskador, ångest och depression samt sömnstörningar[4]. Andra faktorer som exempelvis kan ha samband med riskbruk är problem med arbete, ekonomi och relationer samt riskfaktorer till en negativ utveckling av alkoholkonsumtionen genom ärftlighet, stress i livssituationen och utsatthet. Högkonsumtion ökar risken att drabbas av flera psykiska sjukdomar och är ibland ett uttryck för bakomliggande psykisk sjukdom. De vanligaste tillstånden vid alkoholberoende är depression, ångestsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, bipolär sjukdom, schizofreni, personlighetssyndrom och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Riskbruk är ett samlingsbegrepp för högkonsumtion samt skadligt bruk (F10.1) och beroende (F10.2). Vid skadligt bruk föreligger tydliga psykiska och fysiska besvär. Vid beroende som är steget efter skadligt bruk förekommer uppenbara fysiska, psykiska, sociala och etiska konsekvenser. Biopsykosocialt perspektiv är angeläget vid riskbruk då dessa livsområden påverkar och interagerar med varandra. Socialstyrelsen har 2023 presenterat nya gränsvärden för riskbruk av alkohol till hälso- och sjukvården[5], vilket innebär en sänkning av gränsvärdet för mäns alkoholkonsumtion. Grunden till detta är att den senaste forskningen visar på större risker än vad som tidigare varit känt. Hälsoproblem bedöms vara lika stor för både män och kvinnor vid de här nivåerna.

Definition

Risknivåer

Utifrån hälsokurvan definieras alkoholbruk enligt följande risknivåer.

LÅG RISK
< 4 standardglas/vecka
GRÄNSVÄRDE
4-9 standardglas / vecka

MÅTTLIGT FÖRHÖJD RISK
10-18 standardglas per vecka Alternativ Fyra eller mer standardglas vid ett tillfälle varje månad
KRAFTIGT FÖRHÖJD RISK
>18 standardglas per vecka Alternativ Fyra eller mer standardglas vid ett tillfälle varje vecka.

Ett standardglas innehåller 12 g ren alkohol, vilket motsvarar något av nedanstående:

Bild: Systembolaget.

Intensivkonsumtion

Intensivkonsumtion är ett alkoholintag på fyra standardglas eller mer vid samma tillfälle. När kroppen utsätts för en högre promillehalt ökar kroppen stressrespons vilket medför en ökad risk för flera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

Skadligt bruk enligt ICD

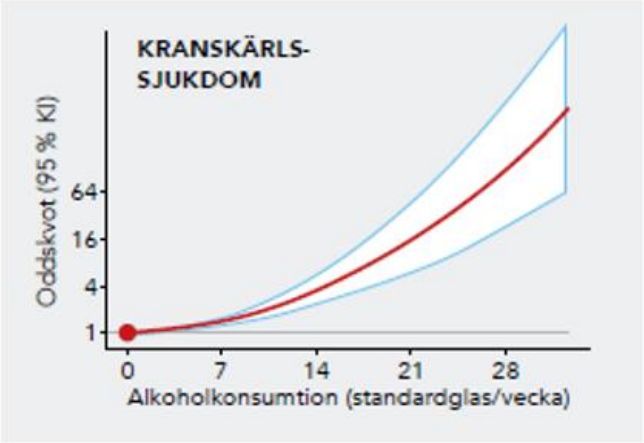
Negativa symtom till följd av alkoholkonsumtion utan att uppnå kriterier för beroende. Fysiska och psykiska besvär som i sin tur kan ge negativ påverkan på social situation som arbete och relationer.

Alkoholberoende enligt ICD

Förekomst och gradering av beroendegrad sker enligt ICD-10 innehållande följande kriterier.

- Stark längtan efter drogen
- Svårighet att kontrollera intaget
- Fortsatt användning trots skadliga effekter
- Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- Ökad tolerans
- Fysiska abstinenssymtom

Beroendegraden graderas genom antal uppfyllda kriterier. Lindrigt (2-3), måttligt (4-5) och svårt beroende där samtliga kriterier uppfylls. 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.



Figur: Sannolikhet för kranskärlssjukdom utifrån veckokonsumtion av alkohol

Allmän rekommendation för vuxna

- Helt riskfri alkoholkonsumtion finns inte då konsumtion av alkohol medför en viss risk för hälsan.
- Risken för skador av alkohol ökar gradvis med ökad konsumtion, se figur ovan.
- Frekvent intensiv konsumtion ökar risken för skada, även då den totala konsumtionen är måttlig.
- Daglig alkoholkonsumtion, även i måttliga mängder, kan öka risken för beroendeutveckling.

Med enkla råd kan många på egen hand förändra sina alkoholvanor. Vid högre konsumtion rekommenderas ett rådgivande samtal (10-30 minuter) med uppföljning[6]. Rådgivande samtal rekommenderas även vid lägre konsumtion om alkoholbruket är kopplat till psykisk ohälsa eller frekvent intensivkonsumtion.

Deltagare med ett lindrigt till måttligt alkoholberoende, som inte kompliceras av psykiatrisk samsjuklighet eller sociala hjälpbehov, kan med fördel behandlas i primärvården av personal utbildad i MET-metoden (Motivational Enhancement Therapy)[7]. Denna metod grundar sig i

motivationshöjande behandling. Deltagare med ett svårt beroende bör remitteras till specialistvården.

Enhet Kunskap, Region Skåne, erbjuder regelbundet utbildningar i både rådgivande samtal om alkohol och i behandling enligt MET-metoden.

Vetenskaplig evidens

Alkohol påverkar följande riskfaktorer som i sin tur ökar risken för hjärt-kärlsjukdom:

- Hypertoni
- Högt kaloriintag
- Sömnstörningar
- Diabetes typ 2
- Hjärtarytmier
- Åderförfettning
- Psykisk ohälsa

Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom

Vid låg till måttlig konsumtion visar studier såväl skadliga som positiva effekter[8,9]. Effekter om en skyddande effekt på hjärt-kärlsjukdom är emellertid svaga. Det har inte utförts några randomiserade studier vid låg alkoholkonsumtion. I de studier som gjorts har före detta högkonsumenter tagits med som icke-konsumenter. Denna grupp före detta högkonsumenter har oftare sämre kärlhälsa vilket kan påverka resultatet. I förhållandet mellan alkohol och hjärt-kärlsjukdomar ses en ökad risk för kranskärlsjukdom redan vid mindre mängder alkohol[10].

Hypertoni

Alkohol påverkar blodtrycket genom ökad aktivitet i det autonoma sympatiska nervsystemet med insöndring av adrenalin och noradrenalin, vilket gör att blodkärlens glatta muskulatur drar ihop sig[11-13]. Vid ett alkoholintag är en vanlig reaktion ett initialt litet blodtrycksfall, följt av en blodtrycksstegring på 2.7/1,4 mm Hg (systoliskt/diastoliskt). Morgonen efter alkoholintaget har blodtrycksstegringen i olika studier mätts till 4 - 7/4 - 5 mm Hg. De som drack alkohol dagligen hade 7 - 10 mm Hg högre tryck systoliskt och 4 - 6 mm Hg diastoliskt jämfört med deltagare som inte drack någon alkohol.

Alkoholkonsumtion är en stark riskfaktor för hypertoni och det har uppskattats att 10 - 18 procent av alla förhöjda blodtryck är orsakade av alkohol[14]. Riskökningen är linjär och ett riskbruk ökar risken med 40 procent och vid hög konsumtion fördubblas risken. Vid förekomst av frekvent intensivkonsumtion ökar risken även vid lägre konsumtion.

Våra blodkärl blir stelare och mindre elastiska med ålder, alkohol kan påverka denna process och ge oss stelare blodkärl redan i tidig ålder[15]. Styvheten i blodkärlen ökade för varje högre klassificering av alkoholkonsumtionen.

Högt energiintag

Mängden kalorier skiljer sig mellan öl, vin och sprit. Ett standardglas vin innehåller ca 100 kcal medan öl innehåller över 200 kcal[16]. Även portionsstorleken mat kan öka vid intag av alkohol. Alkoholen gör att den lägre gastroesofagala ringmuskeln slappnas, vilket påskyndar tömning av magsäcken.

Sömnstörningar
Alkoholens effekter på sömnen är komplexa och olika för olika individer. De flesta somnar lättare av en tillfällig ”sängfösare”. Regelbunden självmedicinering med alkohol fungerar dock inte då det sker en mycket snabb anpassning. Betydligt snabbare än med något sömnmedel.

Vid högt alkoholintag försämras sömnens kvalitet, både perioderna med djupsömn och REM-sömn förkortas[17] (under djupsömnen går hjärtfrekvens och blodtryck ner och kroppen får den viktiga kardiovaskulära vilan, perioder av REM-sömn är viktiga för vårt psykiska välmående). Vid alkoholintag sker även en muskelavslappning av luftvägarna vilket ökar risken för sömnapné[18]. Både sömnapné och sömnstörningar är riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Ungefär en tredjedel av alla patienter med kranskärlsjukdom har sömnapné.

Diabetes typ 2
Vid hög konsumtion av alkohol, särskilt vid intensivkonsumtion, ses en ökad risk för typ 2-diabetes och vid uppkommen sjukdom försämras behandlingsbalansen vilket medför ökad risk för hjärt-kärlsjukdom[2].

Hjärtarytmier
En stor studie om förmaksflimmer visar att risken att drabbas av hjärtflimmer är högre för den som dricker alkohol, även måttligt, jämfört med den som inte dricker[19]. Det verkar som om risken är linjär. Starksprit och intensivkonsumtion ökar risken ytterligare.

Åderförfettning
Med stigande alkoholkonsumtion ses ökad risk för åderförfettning[20,21]. Risken ökar vid frekvent intensivkonsumtion. Lägst risk för åderförfettning finner man bland icke-konsumenter.

Sammanfattning

Alkoholkonsumtion kan inte rekommenderas för att förebygga hjärt-kärlsjukdom.
Ett linjärt samband kan ses mellan ökad konsumtion och påverkan på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Hög alkoholkonsumtion ger ökad risk för åderförfettning. Frekvent intensivkonsumtion är särskilt skadligt, även då den totala konsumtionen är måttlig.

Psykisk hälsa
Alkohol kan vara ett sätt att dämpa känslor av olust, ångest eller ensamhet, men alkoholkonsumtionen i sig kan också orsaka och förvärra psykiska problem[2]. Intag av alkohol kan leda till en höjning av serotoninnivån, som är högst tillfällig. Dagen efter alkoholintag ses en sänkning av serotoninnivån liknande den hos patienter med depression. Det finns ett klart samband mellan alkoholkonsumtion och upplevd nedstämdhet.

Depression är två till fyra gånger vanligare hos personer med hög alkoholkonsumtion[2]. Alkoholens depressiva effekt minskar dock snabbt vid minskad konsumtion. Vid ångest har alkohol ofta en påtaglig ångestdämpande effekt. Effekten är emellertid kortvarig (timmar). Därefter har alkoholen en ångestaktiverande effekt på grund av dess stimulering av stressystemet. Hög alkoholkonsumtion försämrar även sömnkvalitet och minskar pannlobernas återhämtning, vilket ökar risken för psykisk ohälsa.
Social ohälsa
Långvarig stress som ofta uppkommer i den sociala delen av livet som exempelvis innefattar

hem, fritid, arbete, ekonomi och relationer kan leda till en rikskonsumtion i icke gynnsam utveckling då det kan vara ett sätt att hantera stress och ångest[22]. Ett riskbruk i sin tur kan leda till negativa konsekvenser på arbete, ekonomi, relationer och fritid samt etiska konflikter. Det kan exempelvis handla om försummelse av arbete, att ekonomin blir ansträngd och konflikter med andra samt att köra rattonykter eller bruka våld mot annan.

Närstående

Närstående till en person som har ett riskbruk kan behöva stöd och hjälp[23-25]. Det kan exempelvis vara barn, partner eller en vän. Att stå nära någon som har utvecklat ett mer avancerat riskbruk som ett beroende kan ge otrygghet och stress hos närstående som påverkar det egna måendet och livskvalitén. Det är därför viktigt att uppmärksamma närstående och förmedla information om stöd för egenvård, inte minst när det finns barn i familjen som har rätt till en trygg uppväxt och vi är skyldiga att uppmärksamma barn som riskerar att far illa.

Alkoholens miljöpåverkan

Den största miljöpåverkan från produktionen av alkoholhaltiga drycker kommer från jordbruket[26]. Att producera alkohol kräver stora mängder vatten samtidigt som färskt och rent dricksvatten är en bristvara i många länder. För att producera ett glas öl krävs 75 liter vatten och för ett glas vin 110 liter vatten. Mäns miljöpåverkan från alkoholkonsumtion är dubbelt så stor som kvinnors, vilket helt enkelt beror på att män konsumerar mer. Systembolaget arbetar för att sänka våra koldioxidutsläpp, skapa cirkulära flöden och minska vår påverkan på miljön[27].

Samtal om alkoholvanor

Det motiverande samtalet om alkohol syftar till att öka deltagarens motivation att minska sin konsumtion. Att minska på alkoholen kan vara något som deltagaren själv har haft tankar kring, men kan även vara något som kan lockas fram genom tillgång till ny information. Att minska på alkoholen är för många inte en så stor beteendeförändring och kan i många fall genomföras på egen hand. För en del av deltagarna kan det vara något som de själva har tänk på och försökt utan att lyckas. Många drar sig för att söka stöd för alkoholproblem, detta kan bero på oro för stigmatiserande bemötande och ett stöd där råd om total avhållsamhet är enda alternativ. Det handlar då om att på ett sakligt och värderingsfritt sätt hjälpa deltagaren utforska sina tankar kring sin alkoholkonsumtion.

<u>Frågor från webbstödet</u>

De deltagare som fyller i att de dricker alkohol får fyra följdfrågor:

1. Har du någon gång känt att du behöver minska din alkoholkonsumtion?
2. Har någon irriterat dig genom att kritisera ditt sätt att dricka alkohol?
3. Har du någon gång fått dåligt samvete eller känt skuld för att du dricker alkohol?
4. Har det hänt att du startat dagen med alkohol för att känna dig lugn eller för att bli av med en baksmälla?

Dessa frågor ingår i ett mätinstrument CAGE (som är en akronym för Cut down, Annoyed, Guilty och Eye-opener). Frågorna används med syfte att finna indikationer på allvarligare

problematik kring deltagarens alkoholkonsumtion. Om deltagaren svar ”Ja” på minst 2 av de fyra så kallade CAGE-frågorna om alkohol uppmärksammas samtalsledaren på detta genom att en varningstriangel visas på startsidan bredvid avsnittet Alkohol.

1. Att ha en önskan om att dricka mindre alkohol är ett tecken på insikt. Här kan en motivation till att göra en förändring fångas upp. Att ha önskan om att minska alkoholen men ändå fortsätta med sitt beteende kan skapa negativa känslor med skuld och skam, viktigt att följa upp med fråga 3.

2. Anhöriga eller vänners reflexion och irritation handlar ofta om oro, omtanke och kan vara en indikation på att ett problematisk drickande förekommer. När någon framför kritik kan detta leda till förnekelse men kan även fungera som en motivator till förändring.

3. Skam och skuld är vanligt förekommande och leder ofta till dålig självkänsla.

4. När känslor av nedstämdhet och fysiska abstinenssymtom dövas med ny konsumtion är det en signal på en beroendeproblematik.

Positiva svar anses med hög träffsäkerhet påvisa ett problematiskt beteende. Det är viktigt att här ge ett positivt besked om att bra stöd finns att få och motivera deltagaren att ta emot detta.

Verktyg och material

Till deltagaren

- Så kan du ändra din alkoholvanor 1177
  Information på 1177 om hur man kan förändra sina alkoholvanor på egen hand.

- Broschyr om alkohol
  Informationsbroschyr om alkoholens påverkan på hälsan, hur mycket som är för mycket alkohol och var det finns hjälp att få.

- Alkoholhjälpen (alkoholhjalpen.se)
  Stöd till den som funderar över sina alkoholvanor eller oroar sig över någon annans.

Till samtalsledaren

- Nationellt vårdprogram levnadsvanor - kortversion alkohol
  Kortfattad guide som ger en snabb överblick av rekommendation, bedömning och åtgärd för personer med ett riskbruk av alkohol.

- Riddargatan 1
  Fakta om alkoholens påverkan på hälsan, olika behandlingar av alkoholproblem och ny forskning på alkoholområdet. Information om stöd och hjälp som närstående.

- MET-manual
  Manual för MET-behandling (Motivational Enhancement Therapy) som ligger till grund till utbildningen Alkoholutbildning enligt MET-metoden.

Referenser

1. Läkartidningen. Han avdramatiserar alkoholvården. [Internet]. [citerad 27 april 2020]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2014/01/han-avdramatiserar-alkoholvarden/.

2. Allebeck P, Andreasson S, Wåhlin S, Ramstedt M, Gripenberg J, Damström-Thakker K, et al. Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018. Rapport 2018:1.

3. Wåhlin S. Alkohol – en fråga för oss i vården. Upplaga 1:2. Lund: Studentlitteratur; 2012.

4. Så påverkas kroppen av alkohol - 1177 [Internet]. [citerad 15 september 2025]. Hämtad från: https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/tobak-och-alkohol/alkohol/sa-paverkas-kroppen-av-alkohol/

5. Socialstyrelsen. Frågor och svar om hälso- och sjukvårdens stöd vid riskbruk av alkohol [Internet]. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/fragor-och-svar-om-halso--och-sjukvardens-stod-vid-riskbruk-av-alkohol/

5. Collaborators GBDA. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018;392(10152):1015-1035.

6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018.

7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019.

8. IOGT-NTO. Effekter av lågdoskonsumtion av alkohol. [Internet]. [citerad 27 april 2020]. Hämtad från: https://www.iogt.se/vad-vi-gor/forskning-och-samverkan/forskningsrapporter/effekter-av-lagdoskonsumtion-av-alkohol/.

9. Andréasson S. Måttlig alkohol-konsumtion ger ingen positiv hälsoeffekt. Läkartidningen. 2016;113:DUWS.

10. IOGT-NTO. Alkohol och blodtryck [Internet]. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://www.iogt.se/vad-vi-gor/forskning-och-samverkan/forskningsrapporter/alkohol-och-blodtryck/

11. McFadden CB, Brensinger CM, Berlin JA, Townsend RR. Systematic review of the effect of daily alcohol intake on blood pressure. *Am J Hypertens.* 2005;18(2 Pt 1):276-286.

12. Piano MR. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. *Alcohol Res.* 2017;38(2):219-241.

13. Piano MR, Mazzuco A, Kang M, Phillips SA. Cardiovascular Consequences of Binge Drinking: An Integrative Review with Implications for Advocacy, Policy, and Research. *Alcohol Clin Exp Res.* 2017;41(3):487-496.

14. Puddey IB, Beilin LJ. Alcohol is bad for blood pressure. *Clin Exp Pharmacol Physiol.*

2006;33(9):847-852.

15. Accent. Ungas blodkärl åldras av alkohol. [Internet]. Stockholm: IOGT-NTO. [citerad 24 februari 2022]. Hämtad från: https://accentmagasin.se/forskning/alkohol-aldrar-ungas-blodkarl/.

16. Livsmedelsverket (SLV). Livsmedelsdatabasen. [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/livsmedelsdatabasen.

17. Pietilä J, Helander E, Korhonen I, Myllymäki T, Kujala UM, Lindholm H. Acute Effect of Alcohol Intake on Cardiovascular Autonomic Regulation During the First Hours of Sleep in a Large Real-World Sample of Finnish Employees: Observational Study. JMIR Ment Health. 2018 Mar 16;5(1):e23.

18. Internetmedicin. Obstruktiv sömnapné. [Internet]. [citerad 26 februari 2021]. Hämtad från: https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/hypertoni/obstruktiv-somnapne/.

19. Accent. Alkohol ökar risken för hjärtflimmer. [Internet]. Stockholm: IOGT-NTO. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: https://accentmagasin.se/forskning/alkohol-okar-risken-hjartflimmer/.

20. Pletcher MJ, Varosy P, Kiefe CI, Lewis CE, Sidney S, Hulley SB. Alcohol consumption, binge drinking, and early coronary calcification: findings from the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Epidemiol.* 2005;161(5):423-433.

21. Juonala M, Viikari JS, Kahonen M, et al. Alcohol consumption is directly associated with carotid intima-media thickness in Finnish young adults: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Atherosclerosis.* 2009;204(2):e93-98.

22. Agerberg M. Kidnappad hjärna: en bok om missbruk och beroende. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2018.

23. Gorski TT. Vid sunda vätskor: handbok i återfallsprevention vid kemiskt beroende. Tredje upplagan. Stockholm: Robert Larson; 2004.

24. Beroendecentrum Stockholm. Du som är anhörig [Internet]. Stockholm: Region Stockholm. Hämtad från: https://www.beroendecentrum.se/fakta/anhorig/

25. 1177.se. När en vuxen i din familj inte mår bra [Internet]. 1177.se; 2022. Hämtad från: https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/psykisk-halsa/nar-en-vuxen-i-din-familj-inte-mar-bra/

26. Accent. Alkoholens påverkan på klimatet betydande. [Internet]. [citerad 14 juni 2021]. Hämtad från: https://accentmagasin.se/alkohol/alkoholens-paverkan-pa-klimatet-betydande/

27. Systembolaget. Miljö och klimat. [Internet]. [citerad 14 juni 2021]. Hämtad från: https://www.omsystembolaget.se/hallbarhet/miljo-och-klimat/

8. Tobak

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
Använder inte tobak eller nikotinprodukter Tidigare användare	All användning av: Tobakssnus Nikotinsnus (vitt snus) Elektroniska cigaretter (e-cigaretter)	Tobaksrökning dagligen Cigaretter 1-9 per dag Cigariller < 5 per dag Cigarr 1 per dag Upphettade tobaksprodukter (tobakssticks) 1-9 per dag Tobaksrökning inte dagligen Vattenpipstobak inte dagligen	Tobaksrökning dagligen Cigaretter > 9 per dag Cigariller ≥ 5 per dag Cigarr > 1 per dag Upphettade tobaksprodukter (tobakssticks) > 9 per dag Vattenpipstobak dagligen
Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd:** Röd

Åtgärd: Grön:
Bekräfta och uppmuntra rök- och nikotinfrihet som en viktig preventiv åtgärd.

Åtgärd: Gul:
Förslag på frågor att ställa för att gå vidare: (om deltagaren önskar detta)

- Ser att du snusar/använder e-cigaretter … känner du till hur ett snus/ nikotinstopp kan förbättra dina riskfaktorer?
- Nu när du fått denna information, hur tänker du kring din snusning/ att göra en förändring?
- Erbjud stöd till tobaksavvänjare (fyrdubblar chanserna till ett snusstopp)

Åtgärd: Orange/Röd
Förslag på frågor att ställa för att gå vidare: (om deltagaren vill detta)

- Ser att du använder tobaksprodukter… känner du till hur ett rökstopp kan minska din risk för hjärt-kärlsjukdom?
- Nu när du fått denna information, hur tänker du om att göra en förändring?
- Känner du till att det vi kan erbjuda dig stöd? (fyrdubblar chanserna till ett rökstopp)

- Ge personcentrerad rådgivning utifrån “Enkla råd” eller ”Rådgivande samtal”, se
- Nationellt vårdprogram levnadsvanor - kortversion tobak
- Erbjud ”Broschyr om tobak”
- Erbjud stöd till diplomerad tobaksavvänjare

Snabbguide – Tobak

Rekommenderat råd är alltid att helt avstå från all form av nikotin. Det finns stark evidens för att en individ som slutar inhalera tobak förebygger hjärt-kärlsjukdom, dels direkt genom att påverka åderförfettningen och dels indirekt genom att påverka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Risken för hjärt-kärlsjukdom halveras. Det finns även evidens för att en individ som slutar använda e-cigaretter förebygger hjärt-kärlsjukdom. Ett nikotin/snus-stopp påverkar också riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom.

- Tobaksrökning är en stark riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och den starkaste bidragande orsaken till en genomsnittligt förkortad livslängd på 10–11 år för en deltagare som röker.
- Även rökning vid enstaka tillfällen ökar risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom.
- Rekommenderat råd är alltid att helt avstå från all form av tobak.
- Ett linjärt samband kan ses mellan ökad tobakskonsumtion och påverkan på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom såsom hypertoni, högt LDL-kolesterol och låg östrogennivå.
- Tobaksbruk inklusive snuskonsumtion (en dosa/dag) medför en ökad risk för diabetes typ 2.
- Även rökning av vattenpipa och e-cigarett ökar risken för hjärt-kärlsjukdom.
- Vid snusning ses även en ökad risk att drabbas av en dödlig hjärtinfarkt.
- Tobaksproduktionen har en enormt negativ miljöpåverkan och cigarettfimpar utgör vårt vanligaste plastskräp.

Vinster med rökstopp:

- Minskar risken för hjärt-kärlsjukdom redan efter första dygnen (trombocyternas klibbighet minskas, blodtrycket sjunker, syresättningen och cirkulationen förbättras).
- Efter två veckor ses en höjd nivå av det skyddande HDL-kolesterolet.
- Efter 3 - 12 månaders rökfrihet har risken för att få en hjärtinfarkt halverats.
- Positiva effekter ses även på den psykisk hälsa och risken för depression minskar.
- Förbättrad lungfunktion och konditionen ökar med minst tio procent.

Vinster med e-cigarett stopp:

- Minskar risken för hjärt-kärlsjukdom redan efter första dygnen (trombocyternas klibbighet minskas, blodtrycket sjunker och cirkulationen förbättras).

Vinster med nikotin/snus stopp:

- Minskar indirekt risken för hjärtkärlsjukdom genom att påverka riskfaktorerna.
- Minskad risk för diabetes

Tips till deltagare som vill sluta med tobak:

- Bestäm ett stoppdatum lite framåt i tiden
- Förändra dina vanor – lägg upp strategier för att hantera nikotinsuget
- Nikotinhjälpmedel fördubblar dina chanser att lyckas

Stoppdatum:

- Ät regelbundet och drick lite extra vatten
- Fysisk aktivitet minskar abstinensen
- Ta hand om dig lite extra
- Abstinensen minskar efter 3 - 4 veckor – Håll ut!

Bakgrund

Tobaksbruk, och i synnerhet rökning, anses idag vara en av de främsta orsakerna till ohälsa och för tidig död[1]. Rökare drabbas av många sjukdomar som en direkt eller indirekt följd av sin rökning. Av dessa sjukdomar är hjärt-kärlsjukdom, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt olika cancerformer de vanligaste. Tobak innehåller hundratals substanser och tobaksrök mer än 8000 olika förbränningsprodukter, där 70 är klassade som cancerogena. Tobaksrökning har en negativ påverkan på bland annat immunförsvaret och ökar därför risken för infektioner. Samtidigt orsakar de föreningar som finns i tobak även en inflammationsprocess.

År 2024 var det 5,4 % av befolkningen 16–84 år som uppgav daglig tobaksrökning[2]. Andelen personer som röker tobak dagligen har minskat i Sverige under 2006–2024. I Skåne är siffran något högre (7 %). Sett till utbildningsnivå var det högst andel i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå, och lägst andel i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå. Bland de som var sjukskrivna uppgav 14 % att de rökte dagligen. Likaså 16 % av de som är arbetssökande.

Andelen personer mellan 16–84 år i Sverige som uppger att de snusar dagligen har ökat och år 2024 var det 16 %, eller 22 % av männen och 10 % av kvinnorna[2]. I den yngsta åldersgruppen (16–29 år) har andelen kvinnor som uppgav daglig snusanvändning ökat från 3 % år 2018 till 19 % år 2024. Andelen som snusar dagligen är något lägre i Skåne (13 %). Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens, men en sådan jämförelse blir skev då få saker är så hälsofarliga som rökning. Effekterna och hälsoriskerna för snusaren bör jämföras med att inte alls använda någon form av tobak[3]. Snusning ökar risken för dödlig hjärtinfarkt, stroke, permanenta och irreparabla munslemhinneförändringar med blottade tandhalsar och diabetes typ 2.

Över 25 procent av den vuxna befolkningen har idag någon gång rökt vattenpipa. En vattenpipesession på en timme motsvarar röken från ca 100 cigaretter. Analyser av röken visar att den innehåller minst lika mycket kolmonoxid, tjära, tungmetaller och cancerframkallande ämnen som cigarettrök. Röken från vattenpipa kan vid intensiv rökning orsaka akut kolmonoxidförgiftning. Regelbunden rökning av vattenpipa påverkar risken för hjärt-kärlsjukdom på samma sätt som cigarettrökning. Vid rökning av vattenpipa vid mer än en timme per vecka ses en ökad risk för flertalet riskmarkörer[4].

E-cigaretter innehåller andra produkter vars skadeverkningar ännu inte är helt kartlagda. Forskning om hur e-cigaretter påverkar hälsan på lång sikt är fortfarande mycket begränsad. Studier som publicerats om hälsoriskerna med e-cigaretter på kort sikt visar att användning av e-cigaretter kan rubba hjärtrytmen, försämra blodkärlens funktioner och tillfälligt höja blodtrycket[5]. Studier tyder också på att användningen kan irritera luftvägarna och förvärra astmabesvär.

Nikotin är den gemensamma ingrediensen för all tobak – rökt såväl som oral eller nasal. Alla tobaksprodukter är konstruerade så att nikotin snabbt frisätts, absorberas och sprids till centrala nervsystemet[6]. Idag kommer det mer och mer forskning om nikotinets direkta skadliga påverkan på kroppen. Nikotinets belönande effekt uppstår när kroppen vant sig vid substansen och med tiden blir beteendet i det närmaste automatiserat då tobaksbruket efter en tids användning kommer att associeras med en mängd olika situationer, tankar och känslor. Moderna cigaretter är designade för att öka beroendet ytterligare. Idag utgör tillsatser upp till en femtedel av innehållet i en cigarett. Ammoniak förkortar tiden tills nikotinet når CNS, tillsats av socker ökar beroendet ytterligare och tillsammans med kakao gör den röken mer lättinhalerad.

Att röka har för en del blivit en viktig del av livet, ett redskap för att hantera svårigheter[7].

Många har försökt sluta upprepade gånger och kan då komma in i negativa tankar där de ser sig som karaktärslösa. Nikotinet är 5–10 gånger mer potent än kokain eller morfin. Under de 3 - 4 första veckorna efter rökstopp uppstår ofta abstinenssymtom. Symtomen kan upplevas mycket negativ och ökar risken för återfall. Ett nikotinberoende har flera kriterier varav ett är ett fortsatt bruk av substansen trots kunskap om risken att drabbas av allvarlig sjukdom.

Många av de rökare vi möter idag har en stark psykologisk komponent i sitt beroende och behöver därför stöd av utbildade tobaksavvänjare för att lyckas med ett rökstopp[8]. Både i förberedande fasen för att kunna förändra sitt beteende men även under stoppfasen för att kunna förstå och lindra abstinensen och vidmakthålla rökstoppet. Diplomerad tobaksavvänjare arbetar med samtal inriktade på beteendeförändring i kombination med läkemedel. Om rökaren får professionell hjälp fyrdubblas chansen att de lyckas sluta röka.

Definition

Bruket av tobak omfattar en mängd olika tobaksprodukter som kan indelas i kategorierna röktobak respektive rökfri tobak[1]. Begreppet rökning används vid allt tobaksbruk där rök inhaleras. I Sverige är den vanligaste produkten fabrikstillverkade cigaretter. Även piprökning, cigarill- och cigarrökning räknas till gruppen röktobak. På marknaden finns idag även nya produkter som innehåller tobak (upphettade tobaksprodukter) och där tobaken värms upp utan att brinna. Avseende bruk av vattenpipa räknas det som röktobak när det ingår tobak i den blandning som förbränns, vilket det enligt WHO vanligtvis gör[7]. Den rökfria tobak som nästan uteslutande används i Sverige är snus, men även tuggtobak finns att tillgå och används i mindre utsträckning. Nikotinfritt snus är inte en tobaksprodukt. Nikotinsnuset (vitt snus) innehåller nikotin i olika styrkor och lanseras som tobaksfritt (även om det innehåller tobaksprodukter som processats i flera steg). Elektroniska cigaretter (e-cigaretter) innehåller inte tobak men ofta nikotin.

<u>Fysiologiska effekter av rökstopp</u>[10,11]

Efter 20 minuter - 3 månader:

- Puls och blodtryck normaliserade
- Kolmonoxidnivån i blodet normaliserad
- Trombocyternas klibbighet minskar
- Förbättrad cirkulation

Efter 3 - 12 månader:

- Risken för hjärtinfarkt halverad

<u>Allmän rekommendation för vuxna</u>

Den allmänna rekommendationen är att avstå all form av tobak. Kunskapen om hälsoeffekterna av snusbruk är ännu inte heltäckande, men tillräckligt omfattande för att avråda även från allt bruk av snus. Bruk av e-cigarett och vattenpipa skall inte rekommenderas, det är en okontrollerad produkt utan klarlagda effekter på vår hälsa. Vid tobaksbruk rekommenderas ett inledande samtal innehållande information om risken för hjärt-kärlsjukdom samt en rekommendation om att ta emot ytterligare stöd av diplomerad tobaksavvänjare. Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention erbjuder regelbundet utbildningar till diplomerad tobaksavvänjare.

Vetenskaplig evidens

Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom

All tobaksrökning (cigaretter, cigarr, cigariller, piptobak, vattenpipstobak, upphettade tobaksprodukter) är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom vilket är den starkaste bidragande orsaken till en genomsnittligt förkortad livslängd på 10–11 år för en deltagare som röker[5,10]. Tobaksrökning påverkar uppkomsten av hjärt-kärlsjukdomar då det skadar endotelskiktet i blodkärlen, vilket underlättar för LDL-kolesterolet att ta sig in i kärlväggen och sätter igång mekanismer som orsakar fettinlagring, vilket i sin tur främjar uppkomsten av farliga plack (åderförfettning)[9].

Att göra ett tobaksrökstopp är också den viktigaste sekundärpreventiva åtgärden efter en hjärtinfarkt och kan sänka mortaliteten med nästan 40%[12]. Även ett snusstopp efter infarkt kan minska mortaliteten[13].

Rökning påverkar följande riskfaktorer som i sin tur ökar risken för hjärt-kärlsjukdom:

- Sänkt syresättning
- Blodtrycket
- Trombocyternas aggression
- Kolesterol
- Östrogennivå
- Åderförfettning

Sänkt syresättning

Syremättnaden i vävnaden är generellt nedsatt vid rökning[14]. Detta orsakas av en kombination av reducerad syretillförsel, då upp till 15 procent av oxy-hemoglobin i de röda blodkropparna är blockerat av kolmonoxid (CO) – och ett samtidigt ökad syrebehov, orsakat av den sympatisk stress-respons som ger ökad hjärtaktivitet och vasokonstriktion.

Blodtrycket

Rökningens påverkan på stresshormonerna adrenalin och noradrenalin höjer blodtrycket och ökar pulsen[15]. Blodtrycket ökar signifikant i 30 minuter efter att deltagaren har rökt en cigarett. Många rökare har en daglig rutin att röka med vissa intervall, vilket leder till nästan konstanta toppar i blodtrycket.

Trombocyternas aggression (klibbighet)

Rökning gör att trombocyternas klibbighet ökar. Detta sker redan efter enstaka cigaretter utan regelbundet bruk[11].

Denna effekt ses särskilt hos kvinnor. Detta medför att blodets koaguleringsreaktioner stimuleras vilket ökar risken för tromboser. Redan efter 24 timmars rökstopp minskar klibbigheten och leder till minskad risk för hjärtinfarkt.

Kolesterol

Nikotinet höjer nivån av LDL men sänker också det goda HDL-kolesterolet. Ett nikotinstopp kan öka nivån av HDL med 20 - 30 procent inom två veckor[15].

Östrogennivå

Kvinnliga rökare förbränner dubbelt så mycket östrogen jämfört med kvinnliga icke-rökare. De når dessutom menopausen tidigare och förlorar därmed östrogenets skyddande effekt mot hjärt-kärlsjukdom[16].

Åderförfettning

INTERHEART – studien är en internationell studie som bl.a. studerat sambandet mellan rökning och hjärtinfarkt i 52 länder[17]. All rökning, även den som sker sporadiskt, ger en kärlpåverkan och trombocyternas aggression ökar redan vid enstaka cigaretter per dag. Minskat antal cigaretter per dag minskar risken för hjärtinfarkt, men för att åderförfettningen ska avstanna krävs ett fullständigt rökstopp. De som rökte 1 - 4 cigaretter per dag hade en ökad risk för hjärtinfarkt med 50 procent jämfört med icke rökarna. De som rökte 5 - 9 cigaretter per dag hade en fördubblad risk och 10 – 20 cigaretter gav en tredubblad risk jämfört med icke rökarna. Över 20 cigaretter gav en sex gånger ökad risk jämfört med icke rökarna.

En studie från England innefattar data för nästan 1 800 vuxna personer som behandlades för en vanlig form av hjärtinfarkt som kallas STEMI (STelevation myocardial infarction)[18]. Enligt resultaten var den relativa risken för STEMI-infarkter tre gånger högre hos rökare jämfört med icke-rökare och forna rökare. Personer under 50 år hade störst risk, över åtta gånger högre jämfört med jämnåriga som fimpat för gott eller aldrig rökt.

En annan stor studie visade att rökstopp minskade risken för att dö i förtid av hjärtinfarkt och andra hjärt-kärlsjukdomar med 50 procent[19].

Primärprevention av typ 2 diabetes

Cigaretterna innehåller upp till 20 procent socker och detta i kombination med att rökare visar tecken på nedsatt insulinkänslighet ökar risken för att utveckla diabetes typ 2 med 20 - 60 procent[20]. När man slutar sjunker blodsockret (vilket även förklarar ökat sockersug) och insulinkänsligheten är normal igen efter cirka 8 veckor. Effekter av rökning är additiva till den risk som diabetes i sig utgör för hjärt-kärlsjukdom.

Snusning

Det föreligger ett samband mellan snusning och akuta effekter på hjärt-kärlsystemet såsom höjning av blodtrycket, ökning av hjärtfrekvensen. Vid hög snuskonsumtion (en dosa/dag) ser man en ökad risk för typ 2-diabetes med 70 procent[21]. Bakgrunden till detta kan vara ett kroniskt adrenalinpåslag som ger ökad insulinresistens. Studier visar även en ökad risk att drabbas av en dödlig hjärtinfarkt. Orsaken till detta tros vara att snuset orsakar en kärlstyvhet vilket medför att behandlingen med nitroglycerin inte har samma effekt som för icke-snusare[22].

E-cigaretter

Nikotin från e-cigaretter resulterar i frisättning av en rad olika substanser som tyder på skador på blodkärlens celler[23]. E-cigarettanvändning med nikotin (men inte utan) ger blodet en ökad benägenhet att koagulera och bilda blodproppar. E-cigarettanvändning ger dessutom en negativ påverkan på kroppens minsta blodkärl som kan leda till försämrad blodcirkulation). E-cigarettanvändare har också en ökad risk att drabbas av hjärtinfarkt i nivå jämfört med de som röker upp till 9 cigaretter per dag. De som använder både konventionella cigaretter och e-cigaretter har ytterligare ökad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom vid lägre ålder.

Psykisk hälsa och tobak
Det finns ett starkt samband mellan rökning och psykisk ohälsa[24]. Även om sambandet inte är helt klarlagt talar studier för att rökning ökar risken att drabbas av depression och ångestsymtom och omvänt röker personer med psykisk ohälsa i högre grad. Generellt upplever rökare mer stress och negativa känslor än icke-rökare.

Personer som slutat röka upplever förbättrad psykisk hälsa med ökad livskvalitet, färre stressfaktorer, minskad risk för depression och ångest. Ett rökstopp har positiva effekter på den psykiska hälsan även hos personer med en psykiatrisk diagnos[25]. Här kan förbättringen av den psykiska hälsan vara lika stor som eller större än den effekt som antidepressiva läkemedel ger.

Sammanfattning

Det finns stark evidens för att en individ som slutar inhalera tobak förebygger hjärt-kärlsjukdom, dels direkt genom att påverka åderförfettningen och dels indirekt genom att påverka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Risken för hjärt-kärlsjukdom halveras.

Det finns även evidens för att en individ som slutar använda e-cigaretter kan förebygga hjärt-kärlsjukdom.

Ett nikotin-/snus-stopp påverkar även det riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom.

Tobakens miljöpåverkan

Tobaksindustrin har en stor negativ miljöpåverkan och tobaksproduktionen i världen står för större miljöbelastning än vad Sveriges samlade utsläpp gör[26]. Att producera tobak kräver stora mängder vatten, samtidigt som färskt och rent dricksvatten är en bristvara i många länder. För att producera ett paket cigaretter krävs ca 74 liter vatten.

Tobaksproduktionen bedöms orsaka förluster av ca 200 000 hektar skog per år[26]. Globalt använder tobaksindustrin cirka 5,3 miljoner hektar mark för odling, ved till torkning och ytor för ca 600 tobaksfabriker[27]. Många bönder i fattiga länder är bundna till kontrakt med tobaksbolagen och måste fortsätta att odla tobak trots att det utarmar marken och gör det svårt att odla andra grödor. Miljontals barn används i tobaksplantager och förlorar därmed möjligheten till skolgång.

Cigarettrök innehåller växthusgaserna koldioxid, metan och kväveoxider. En person som röker ett paket om dagen under sin livstid orsakar 5,1 ton koldioxidekvivalenter, motsvarande den koldioxid som 132 träd behöver tio år på sig för att ta upp ur atmosfären[28].

Plasten i cigarettfimpar utgör ett stort miljöproblem och är det vanligaste plastskräpet i världen[26,27]. Bara i Sverige slängs varje år ca en miljard fimpar på gatorna och tobaksrelaterat skräp står för 80 % av vår nedskräpning. Förutom plastens skadeverkningar så innehåller fimparna dessutom ett stort antal giftiga ämnen, inklusive tungmetaller. Fimparna förorernar både vår natur och våra vattendrag. Både vilda och tama djur riskerar att få i sig fimpar och många djur blir varje år nikotinförgiftade till följd.

Samtal om tobaksvanor

Det motiverande samtalet om tobak syftar till att öka deltagarens motivation till att sluta röka. Att sluta röka är en stor och för många mycket svår beteendeförändring. Det handlar om att på ett sakligt och värderingsfritt sätt hjälpa deltagaren att utforska sina tankar kring rökningen. Något av det svåraste för en rökare är att man inte förstår sina egna känslor kring varför man inte slutar röka fast man vill. Att sluta röka kan vara något som deltagaren själv har haft tankar kring, men kan även lockas fram genom att deltagarna får tillgång till ny information.

Förslag på frågor att ställa för att gå vidare:

- Ser att du röker … känner du till hur ett rökstopp kan minska risken för hjärt-kärl sjukdom?
- Nu när du fått denna information, hur tänker du om att göra en förändring?

Känner du till att det vi kan erbjuda dig stöd? (fyrdubblar chanserna till ett rökstopp)

Verktyg och material

Till deltagaren

- Rökning och snusning 1177
  Information på 1177 om hjälp och stöd för den som vill sluta röka eller snusa.

- Broschyr om tobak
  Informationsbroschyr som tar upp hälsoriskerna med tobaksbruk, varför det ibland kan vara svårt att sluta och vart det finns hjälp att få.

- Sluta-röka-linjen
  Individanpassat stöd och handledning inom tobaksavvänjning.

Till samtalsledaren

- Nationellt vårdprogram levnadsvanor - kortversion tobak
  Kortfattad guide som ger en snabb överblick av rekommendation, bedömning och åtgärd för personer med tobaksbruk.

- Stödja andra att sluta - Psykologermottobak

- Tobaksfakta
  Uppdaterad och granskad fakta om tobak, politiska beslut, elektroniska cigaretter och andra tobaksprodukter.

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. Tobak och avvänjning: en faktaskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning. Rev. uppl. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.

2. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. [Internet]. [citerad 21 september 2025]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/.

3. Folkhälsomyndigheten. Snus och hälsorisker [Internet]. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/snus-och-halsorisker/

4. Al Ali R, Vukadinović D, Maziak W, Katmeh L, Schwarz V, Mahfoud F, Laufs U, Böhm M. Cardiovascular effects of waterpipe smoking: a systematic review and meta-analysis. Rev Cardiovasc Med. 2020 Sep 30;21(3):453-468.

5. Folkhälsomyndigheten. Skadeverkningar av tobaks- och nikotinprodukter [Internet]. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/

6. Tobaksfakta. Cigaretter - designade för att öka beroende. [Internet]. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: https://tobaksfakta.se/cigaretter-designade-for-att-oka-beroende/.

7. Gilljam H. Tobaksberoende är starkt …och svårt att bryta. [Internet]. Stockholm: Läkartidningen. Nr 11 2012 volym 109. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/tema-tobak-1/2012/03/tobaksberoende-ar-starkt-och-svart-att-bryta/.

8. Psykologer mot Tobak. Metoder för rök- och snusstopp. [Internet]. [citerad 28 april 2020]. Hämtad från: http://www.psychologistsagainsttobacco.org/metoder-for-rok-och-snusstopp/.

9. Statens folkhälsoinstitut. Vattenpipa – rök utan risk? Hälsoeffekter, vanor, attityder och tillsyn. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.

10. Gilljam H. Rökstopp ger snabba hälsovinster. [Internet]. Stockholm: Läkartidningen. Nr 11 2012 volym 109. Hämtad från: https://lakartidningen.se/tema-tobak-1/2012/03/rokstopp-ger-snabba-halsovinster/.

11. Lowery CL, 3rd, Elliott C, Cooper A, et al. Cigarette Smoking-Associated Alterations in Serotonin/Adrenalin Signaling Pathways of Platelets. J Am Heart Assoc. 2017;6(5).

12. SWEDEHEART. Årsrapport 2021 [Internet]. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/arsrapporter-sh-aldre/2-swedeheart-highlights-2021-swedish/viewdocument/3352

13. Tobaksfakta. Snusstopp halverar dödsrisk efter hjärtinfarkt [Internet]. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://tobaksfakta.se/snusstopp-halverar-dodsrisk-efter-hjartinfarkt/

14. Warner DO, American Society of Anesthesiologists Smoking Cessation Initiative Task F.

Feasibility of tobacco interventions in anesthesiology practices: a pilot study. Anesthesiology. 2009;110(6):1223-1228.

15. Svenska Hypertonisällskapet. Tema: Nikotinberoende. [Internet]. Göteborg: Svenska Hypertonisällskapet. Blodktryck nr 2 volym 23 2007. Hämtad från: http://www.hypertoni.org/sites/default/files/magazine/pdf/BLOprocent202_07.pdf.

16. Messner B, Bernhard D. Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2014;34(3):509-515.

17. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet.* 2006;368(9536):647-658.

18. Lloyd A, Steele L, Fotheringham J, et al. Pronounced increase in risk of acute ST-segment elevation myocardial infarction in younger smokers. Heart. 2017;103(8):586-591.

19. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA.* 2013;309(10):1014-1021.

20. Liu X, Bragg F, Yang L, et al. Smoking and smoking cessation in relation to risk of diabetes in Chinese men and women: a 9-year prospective study of 0.5 million people. *Lancet Public Health.* 2018;3(4):e167-e176.

21. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, et al. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *J Intern Med.* 2017;281(4):398-406.

22. Tobaksfakta. Behandling vid hjärtinfarkt fungerar sämre för snusare [Internet]. [citerad 11 december 2023]. Hämtad från: https://tobaksfakta.se/behandling-vid-hjartinfarkt-fungerar-samre-for-snusare/

23. Sharma A, et al. E-cigarettes and myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*. 2023;371, 65-70.

24. Psykologer mot Tobak. – rökning hos personer med psykisk sjukdom. https://www.psykologermottobak.org/psykiatri_bereondevard_socialtjanst

25. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g1151.

26. Sluta-röka-linjen. Tobak i miljö- och hållbarhetsperspektiv. [Internet]. [citerad 14 juni 2021]. Hämtad från: https://www.slutarokalinjen.se/vart-material/

27. Malmberg N. Tobaksindustrins miljöpåverkan – en genomgång av forskningsläget 2018. [Internet]. Stockholm: Riksförbundet VISIR. [citerad 14 juni 2021]. Hämtad från: http://www.visominteroker.se/wp-content/uploads/Rapport-Tobaksindustrins-milj%C3%B6p%C3%A5verkan-en-genomg%C3%A5ng-av-forskningsl%C3%A4get-2018.pdf

28. Tobaksfakta. Tobaksbruk ger ett rejält klimatavtryck [Internet]. [citerad 5 augusti 2021]. Hämtad från: https://tobaksfakta.se/tobaksbruk-ger-ett-rejalt-klimatavtryck/

8.Livssituation

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
< 2 poäng	2 - 3 poäng	4 - 5 poäng	
Åtgärd: Grön	**Åtgärd**: Gul	**Åtgärd:** Orange	

Summering av riskpoäng

Riskpoängen utgör summan av poängen i frågorna 1-3 och 5-6 i avsnittet Livssituation.

Fråga 1: Hur bor du? Flera alternativ kan anges
Fråga 2: Har du någon du kan dela dina innersta känslor med?
Fråga 3: Vad är din sysselsättning?
Fråga 5: Riskerar du att bli arbetslös under det närmaste året?
Fråga 6: Utgör din ekonomi ett hinder för dig?

Åtgärd: Grön:
Ingen åtgärd frånsett allmänt samtal kring hälsokurvans resultat, uppmuntra till goda levnadsvanor.

Åtgärd: Gul/ Orange:

- Samtal utifrån hälsokurvans resultat, uppmärksamma psykisk hälsa (se avsnitt psykisk hälsa i detta metodstöd). Stärk det som är bra.
- Normalisera att stress och oro i livet är något de flesta upplever någon gång.
- Erbjud information om samband mellan livssituation och hjärt-kärlsjukdom.
- Utforska vid behov med frågor från triagehandbok: se psykiatriska symtom[1].
- Vid önskemål om uppföljning eller om samtalsledaren bedömer att uppföljning kan vara bra, rådgör gärna med psykosocial kompetens på vårdcentralen
- Vid kombinerad psykosocial problematik erbjud kontakt med kurator på vårdcentralen och till psykolog eller läkare där svårare psykiska tillstånd behöver bedömas

Snabbguide – Livssituation/psykosociala faktorer

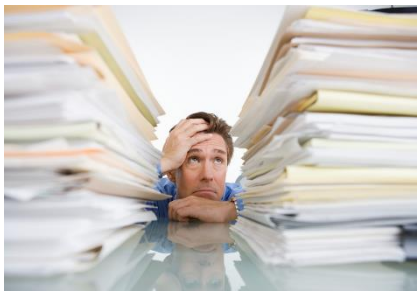
Psykosociala faktorer kan påverka förekomst av hjärt-kärlsjukdom i lika hög eller i högre grad än exempelvis blodtryck, kolesterol och rökning. Olika livshändelser kan orsaka längre stress som exempelvis närståendes sjukdom/död, uppbrott i relationer eller arbete, pension, flytt och större lån. Psykosociala faktorer är också en friskfaktor som arbete, relationer och intressen.

Friskfaktorer:

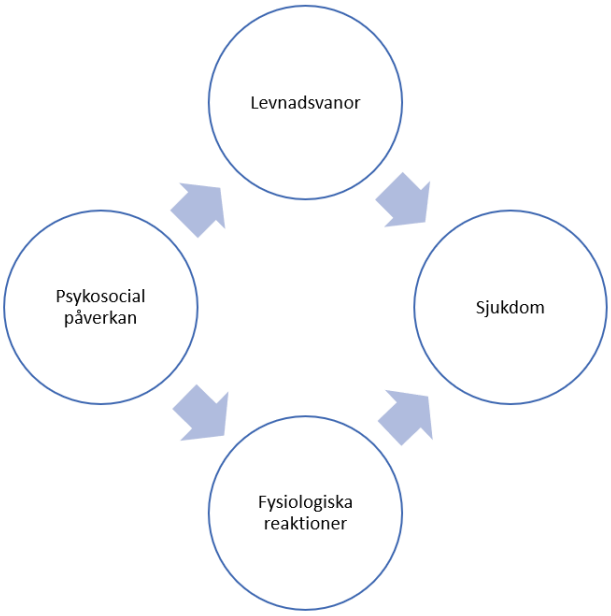
- Social stabilitet med arbete, ekonomi och fritid
- Socialt och emotionellt stöd
- Balans mellan krav, kontroll och stöd i arbetet
- Meningsfullhet och sammanhang
- Livsstil

Riskfaktorer:

- Låg inkomst och arbetslöshet
- Stress i arbetet
- Livsstil



Bakgrund
Livet innehåller flera olika områden som relationer, boende, ekonomi, arbete och fritid som påverkar stabiliteten i tillvaron. Vid större och långvariga omställningar som arbetslöshet, sjukdom och relationsuppbrott kan dessa faktorer leda till vi utveckla ohälsa ofta i kombination med sämre levnadsvanor. Det är vanligt att vid längre stress tar till beteenden som lindrar för stunden med påverkarhälsan negativt på längre sikt. Dessa beteenden kan exempelvis vara sämre alkoholvanor och sämre kost samt mindre fysisk aktivitet och mer nikotinpreparat. Den pressade livssituationen kan öka förekomst av sjukdom genom de fysiologiska reaktionerna som sker genom utsöndring av stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol. Se bild:



Vetenskapliga undersökningar har kunnat påvisa att den psykosociala påverkan är lika stark och i vissa fall en starkare riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom än de traditionella som exempelvis högt blodtryck, rökning och kolesterol[2].

Den psykosociala påverkan vi utsätts kan samtidigt vara en friskfaktor. Socialt stöd har exempelvis en skyddande effekt och gör att människor klarar påfrestningar och andra risker på ett bättre sätt. Detta kan dels ske genom råd och stöd av närstående, dels genom de fysiologiska reaktionerna i kroppen som en effekt av känslomässigt stöd av nära och kära. Detta åskådliggörs i den så kallade **Buffertmodellen.**

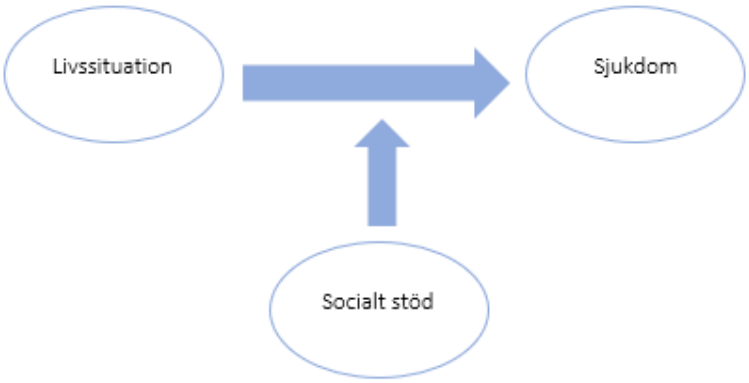


Bild: Buffertmodellen

Här åskådliggörs den psykosociala påverkan kopplat till arbetsmiljön och risken för att få hjärtinfarkt. Psykosociala påverkan delas här in i tre grupper:

1. Höga krav (både från omgivningen och egna inre krav)
2. Oförmåga att ha kontroll över uppgiften
3. Stöd från omgivningen

Höga krav och bristande kontroll innebär en ökad risk och stöd för sjukdom. En stödjande omgivning minskar risken för sjukdom, i första hand hjärtinfarkt. Dessa påverkansfaktorer kan också användas i andra situationer än på arbetet. Här följer några exempel:

Krav: Hög arbetsbelastning, egen sjukdom eller närståendes sjukdom samt familjeliv.

Kontroll: Svårt att påverka sitt arbete, arbetslöshet och ansträngd ekonomi pga bolåneräntor.

Stöd: Närstående, arbetskamrater, grannar och föreningsliv.

Den samlade effekten av dessa tre faktorer har betydelse om den psykosociala påverkan blir till en riskfaktor eller en skyddande faktor.

Medicinsk evidens

Arbetsförhållanden och hjärt-kärlsjukdom

Flera studier visar att socioekonomiskt utsatta individer har den högsta sjukligheten och dödligheten jämfört med andra mer välbeställda grupper. Har vi möjligheter att bestämma över sitt arbete så finns bättre förutsättningar att hantera höga krav på jobbet. Har vi däremot både brist på egenkontroll och stora krav i arbetssituationen innebär det en ökad risk för hjärtinfarkt. Den amerikanske arbetslivsforskaren Robert Karasek har utarbetat en modell som bygger på att kombinationen av höga krav och litet beslutsutrymme leder till ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar[3].

En större långtidsstudie visade att av de medarbetarna med högst krav och samtidigt lägst beslutsutrymme hade 8,6 procent utvecklat symptom på hjärt-kärlsjukdom under en period på sex år. Medarbetare med minst krav och störst beslutsutrymme hade inga symptom på hjärt-kärlsjukdomar under tidsperioden. En jämförelse mellan arbetare och tjänstemän visade på ytterligare förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom hos arbetarna. Utöver krav och egenkontroll har socialt stöd haft en positiv betydelse i efterföljande studier[4].

Upplevelse av höga krav, låg kontroll, bristande meningsfullhet, skiftarbete och lågt socialt stöd förhöjer risken för hjärt-kärlsjukdom[5,6].

Socioekonomisk status och hjärt-kärlsjukdom

Studier visar på ett tydligt samband mellan socioekonomisk utsatthet och ökad risk för hjärtinfarkt. I den engelska långtidsstudien Whitehall framkom att statstjänstemän mellan 40 - 64 år generellt har bättre är levnadsvanor än de med en socioekonomisk situation. Exempelvis fanns där mindre rökare och mer fysisk aktivitet samt mer frukt och grönsaker i kosten. Studien visade också att män med lägre socioekonomisk tillhörighet var kortare, hade högre BMI, högre blodtryck, högre blodsocker, rökte mer och rörde sig mindre[7]. Hjärtfrekvensen framkommer också vara högre bland de med lägre inkomst[8]. Flera andra studier gjorda i Sverige och i Skottland bekräftar betydelsen av socioekonomisk tillhörighet[9,10].

Utbildningsnivå och hjärt-kärlsjukdom

Utbildningsnivån visar på samband med risken för hjärt- och kärlsjukdom, exempelvis i Stanford i USA där de med högre utbildning hade en lägre risk[11]. Samband ses också med livsstilen enligt annans studie i Tromsö där män med högre utbildning var mer fysiskt aktiva, hade bättre matvanor, rökte mindre, lägre förekomst av övervikt och lägre kolesterolnivå[12].

Arbetslöshet och hjärt-kärlsjukdom

Arbete vet vi är en friskfaktor i sig och att vara arbetslös eller stå under hot om att förlora arbetet är däremot en riskfaktor för sjukdom. Arbetslösheten i sig innebär en förlust av det sammanhang och den roll det innebär att ha ett arbete och mindre ekonomiska förutsättningar. Stödet som arbetssökande kan vara långsamt och otydligt. Detta ger en ökad stress och psykisk påfrestning vilket ger fysiologiska reaktioner som ökade kortisolnivåer[13]. Det finns också studier som tyder på samband med exempelvis ökat blodtryck och kolesterol samt rökning och fysisk inaktivitet[14]. Fler studier bekräftar risker och samband där en finsk studie visade på att arbetslöshet var en självständig riskfaktor för ökad dödlighet[15,16].

Socialt nätverk och hjärt-kärlsjukdom

Utöver arbetet med arbetskamrater visar flertal studier att vårt sociala sammanhang har en påverkan som risk- eller friskfaktor. Stöd och gemenskap med närstående, grannar och utifrån fritidsintressen utgör en friskfaktor för att inte utveckla sjukdom. Samtidigt som bristande socialt stöd och ensamhet innebär ökad risk för både hjärt-kärlsjukdom och andra sjukdomar. I större svenska befolkningsundersökningar visade det sig att de män som var minst socialt aktiva hade 3,4 gånger högre dödlighet än de som var mest socialt aktiva. De som inte levde ensamma hade också en betydligt bättre överlevnad[17]. I en amerikansk studie med både män och kvinnor framkom att de som var socialt isolerade visade på en två till tre gånger ökad risk för död under uppföljningstiden på nio år[18].

Interheartstudien

Detta är världens största globala fall-kontrollstudie om riskfaktorer för hjärtinfarkt med drygt 15 000 patienter med hjärtinfarkt som publicerades 2004. Studien innefattar män och kvinnor från olika etniska grupper i olika världsdelar. En av de 9 faktorer som kunde förklara över 90 % av hjärtinfarkternas uppkomst var psykosociala faktorer utöver höga blodfetter, diabetes typ 2, hypertoni och bukfetma samt levnadsvanorna kost, nikotin, fysisk aktivitet och alkohol. [19]. De psykosociala faktorerna som identifierades i studien var stress i arbetet, hemmet och ekonomi samt svåra livshändelser, bristande känsla av kontroll för att hantera livssituationen och depression. Kombinationen av olika faktorer stärkte risken ytterligare för hjärtinfarkt[20].

Interventionsstudier (behandlingsstudier)

Det finns ett antal studier som visat resultat vid intervention mot livssituation och stress, både på minskat antal nya hjärtinfarkter och ökad livslängd. I Stockholm har man studerat effekten av ett interventionsprogram för kvinnor med hjärtinfarkt[21]. Det var ett omfattande program med gruppintervention 20 gånger omfattande bl.a. undervisning om riskfaktorer, avslappning, kognitiv beteendeterapi. Man fann en skyddseffekt på tre gånger (OR=0,33) för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

I en studie från Uppsala på både män och kvinnor fann man att interventionsgruppen efter mer än sju års uppföljning hade en 41 procent minskad risk för dödlig och icke-dödlig ny hjärtinfarkt[22]. Man hade ett liknande interventionsprogram som i Uppsala med 20 gruppträffar. I dessa studier har man funnit en del könsskillnader[23]. På gruppnivå betyder familjen mer än jobbet för kvinnor, medan männen talade mer om konkreta och praktiska saker, särskilt relaterat till arbetet, och inte direkt om känslor. Interventionsprogrammen minskade signifikant den dagliga stressen både för män och kvinnor, men mest för kvinnor. Oro och ängslan minskade signifikant, även där mest för kvinnor.

Europeiska riktlinjer för prevention och behandling av hjärt-kärlsjukdom gällande psykosociala riskfaktorer

European Society of Cardiologi (ESC) uppdaterade 2021 riktlinjerna för förebyggande av hjärt- och kärlsjukdomar i klinisk praxis som ett stöd för hälso-sjukvårdspersonal i sitt arbete hos enksilda patienter och på populationsnivå[24]. ESC baserar riktlinjerna på ett större antal studier. Psykosocial stress framkommer som en faktor som har betydelse för utveckling och progression av hjärt- och kärlsjukdom oberoende av konventionella riskfaktorer och kön. Psykosocial stress inkluderar stressymtom kopplad till ensamhet och kritiska livshändelser. Omvänt är indikatorer på mental hälsa, såsom optimism och en stark känsla av mening, associerade med lägre risk. Psykosocial stress har direkta biologiska effekter, men är också starkt korrelerad med socioekonomiska och beteendemässiga riskfaktorer (t.ex. rökning och dålig följsamhet). Rekommendationen är att screena psykisk stress i arbetet med hjärt- och kärlsjukdom. En nyligen genomförd studie med uppföljningstid på 8,4 år rapporterade gynnsamma effekter av screening för depression.

Samtal om livssituation

En person som mår psykiskt dåligt kan ofta ha andra riskfaktorer. Som allmän regel gäller då att man primärt får lämna de andra riskfaktorerna åt sidan och koncentrera samtalet på livssituationen och det psykiska tillståndet. Vid mötet med en person som mår psykiskt dåligt och som exempelvis har en högre riskpoäng på faktorn” Livssituation” är det en vanlig reaktion att man som ”behandlare” känner sig otillräcklig. Som samtalsledare har vi inte möjligheter att reda upp deltagarens dåliga ekonomi, lösa trassliga förhållanden i familj, vänkrets eller klara ut långdragna konflikter på arbetet. Genom att enbart lyssna gör man sannolikt väsentligt större nytta än man till en början tror. Att inför en annan människa få tala ut om sina problem kan få det på en mera gripbar nivå och också kanske göra det möjligt att hitta infallsvinklar och lösningar på problem som man tidigare trott vara oöverkomliga.
Vi som arbetar i sjukvården har i huvudsak expertrollen. Vi skall efter bästa förmåga ställa diagnos, sätta in olika former av behandling och förutom att bota också lindra och trösta. I ett hälsosamtal kring livssituation och stress är det annorlunda. Att koordinera till rätt kompetens, kurator med ett helhetsperspektiv på individens situation i relation till grupp och samhällskontext där lotsning och coachning för stegförflyttning kan leda till bättre hälsa. Psykologbedömning avseende ångest, depression och screening för annan psykiatrisk diagnostik samt behov av behandling som psykoterapi.

Insikt och avsikt Vi strävar mot att hjälpa deltagaren att komma till insikt om sitt problem, vad som utlöst det och hur det vidmakthålls. Genom att lyssna och prata om deltagarens situation kan deltagare och samtalsledare tillsammans se på situationen utifrån ett annat perspektiv som kan leda till att se nya möjligheter vilket stöttar deltagaren att skapa en avsikt till förändring utifrån vad personen själv ser är möjligt. Det är viktigt att gå igenom avsnittet Psykisk ohälsa i samband med avsnittet Livssituation då dessa till stor del hänger ihop. Hälsosamtalet sker enligt MI-metod (se vidare under avsnittet om MI-metoden i detta metodstöd).

Referenser

1. Triagehandboken [Internet]. [citerad 13 juli 2020]. Hämtad från: https://triagehandboken.se.

2. Orth-Gomér K, Rosengren A, Wilhelmsen L. Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosom Med.* 1993 Jan-Feb;55(1):37-43.

3. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health.* 1981;71(7):694-705.

4. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health.* 1988;78(10):1336-1342.

5. Theorell T, Hamsten A, de Faire U, Orth-Gomer K, Perski A. Psychosocial work conditions before myocardial infarction in young men. *International journal of cardiology.* 1987;15(1):33-46.

6. Knutsson A, Akerstedt T, Jonsson BG, Orth-Gomer K. Increased risk of ischaemic heart disease in shift workers. *Lancet.* 1986;2(8498):89-92.

7. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health (1978).* 1978;32(4):244-249.

8. Marmot MG. Stress, social and cultural variations in heart disease. *J Psychosom Res.* 1983;27(5):377-384.

9. Rosengren A, Wedel H, Wilhelmsen L. Coronary heart disease and mortality in middle aged men from different occupational classes in Sweden. *BMJ.* 1988;297(6662):1497-1500.

10. Woodward M, Shewry MC, Smith WC, Tunstall-Pedoe H. Social status and coronary heart disease: results from the Scottish Heart Health Study. *Prev Med.* 1992;21(1):136-148.

11. Winkleby MA, Fortmann SP, Barrett DC. Social class disparities in risk factors for disease: eight-year prevalence patterns by level of education. *Prev Med.* 1990;19(1):1-12.

12. Jacobsen BK, Thelle DS. Risk factors for coronary heart disease and level of education. The Tromso Heart Study. *Am J Epidemiol.* 1988;127(5):923-932.

13. Mattiasson I, Lindgarde F, Nilsson JA, Theorell T. Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *BMJ.* 1990;301(6750):461-466.

14. Janlert U. Work deprivation and health. Consequences of job loss and unemployment (dissertation]. Stockholm: University of Stockholm, 1991.

15. Cook DG, Cummins RO, Bartley MJ, Shaper AG. Health of unemployed middle-aged men in Great Britain. *Lancet.* 1982;1(8284):1290-1294.

16. Martikainen PT. Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. *BMJ.* 1990;301(6749):407-411.

17. Welin L, Tibblin G, Svardsudd K, et al. Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet.* 1985;1(8434):915-918.

18. Kaplan GA. Social contacts and ischaemic heart disease. *Ann Clin Res.* 1988;20(1-2):131-136.

19. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-952.

20. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):953-962.

21. Orth-Gomer K, Schneiderman N, Wang HX, Walldin C, Blom M, Jernberg T. Stress reduction prolongs life in women with coronary disease: the Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease (SWITCHD). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009;2(1):25-32.

22. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svardsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med.* 2011;171(2):134-140.

23. Orth-Gomer K. Behavioral interventions for coronary heart disease patients. *Biopsychosoc Med.* 2012;6(1):5.

24. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012;33(13):1635-1701.

9. Psykisk ohälsa

Låg risk ⟷ Hög risk

1 2 3 4

< 3 poäng	3 – 4 poäng	5 - 7 poäng	
Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	

Summan av riskpoäng för fråga 10 i avsnitt Livssituation (där antalet mm på stresskalan omvandlas till poäng dvs 20 – 34 mm ger 1 poäng, 35 – 44 mm ger 2 poäng och 45 – 50 mm ger 3 poäng, görs digitalt) och de fyra första frågorna i fråga 8 i avsnitt Hälsa där varje ja-svar ger 1 poäng.

Fråga 10 (Livssituation): Markera på linjen vilken grad av stress du upplevt det senaste året.

Inte alls……..Max

Fråga 8 (Hälsa):

Har du under de senaste 12 månaderna haft något eller några av följande besvär:

Sömnbesvär?
Ängslan, oro eller ångest?
Depression/nedstämdhet?
Allmän trötthet?

Åtgärd: Grön: Mindre än 3 poäng och om deltagaren svarat ”NEJ” på ovan frågor:

- Ingen åtgärd frånsett samtal kring övriga hälsokurvans resultat och ett allmänt hälsofrämjande samtal.

Åtgärd: Gul/ Orange samt om deltagaren svarat ”JA” på någon av ovan frågor

- Normalisera att många människor genom livet någon gång känner sig oroliga och/eller nedstämda och att det kan vara en normal del av livet.
- Se även resultat ”Livssituation” från hälsokurvan då det ofta finns en koppling mellan

livssituation, stress och psykisk ohälsa.

- Utforska vid behov med frågor enligt triagehandbok[1] och uppföljning enligt denna (se under psykiatriska symtom, depressiva besvär, sömnstörning och ångest samt under övriga symtom, huvudsymtom trötthet).
- Utifrån svar på ovan och/eller om deltagaren önskar hjälp angående ovan symtom kan det vara bra att låta detta ta stort fokus i samtalet. Frågor som kan vara viktiga att ställa är:

- Hur länge du känt dig nedstämd/deprimerad?
- Finns det någon utlösande händelse?
- Har du tidigare gjort saker som gett glädje? I så fall vad?
- När man mår dåligt i livet är det vanligt att man får tankar på att skada sig själv eller att inte vilja leva mer? Är det så för dig?
- Finns pågående samtalskontakt, läkarkontakt etc.?

- Erbjud kunskap angående samband psykisk hälsa och hjärt-kärlsjukdom och erbjud vid behov tips vid stresshantering, återhämtning, andning, sömn enligt detta avsnitt.

- Erbjud broschyr vid behov, ”Stress – en skrift om stress och hälsa” från Hjärt-lungfonden[2].

- Följ verksamhetens rutiner för ovan symtom, bestäm eventuellt återbesök. Detta kan ske hos hälsosamtalledaren om hen känner sig trygg och kompetent med detta, eventuellt i samråd med psykosocial kompetens på vårdcentral (psykolog, kurator etc.)

- Vid svårare problem/krisreaktioner, misstänkt depression, suicidmisstanke - hänvisa till/boka tid till läkare, psykolog, kurator, företagshälsovård eller annan resursperson beroende på lokala förhållanden och deltagarens önskan.

Snabbguide – Stress

- Stress är en naturlig del av vårt fungerande.
- Stresspåslaget är en fysisk reaktion som syftar till att hantera hot i vår omgivning.
- Kroppen har ett eget ”anti-stressystem” som kan aktiveras beroende på vad vi gör.
- Rädsla för stressymptomen har ett samband med ökad dödlighet.
- Det är viktigt att skilja på kortvarig och långvarig stress.
- Det är bristande återhämtning, inte stress, som är problemet.
- Många vanliga strategier att minska stress tenderar att öka stressen på lång sikt (alkohol, tobak, minskad motion, nedprioritering av sömn).
- När stressen upplevs stor finns risk att vi bortprioriterar det som är meningsfullt i livet, vilket ofta leder till ytterligare stress.
- Vid svårigheter att somna brukar ansträngningar vi gör för att somna ofta leda till att vi sover sämre och mindre. Kroppen har en självreglerande funktion för att kompensera bristande sömn, om rätt förutsättningar finns.

- Om det är möjligt - försök att sänka krav på dig själv både privat och på arbetet.
- Sök stöd/ta stöd av nära relationer, kollegor, chefer.
- Finns det konkreta problem som du skjuter upp? Skriv en lista på det som stressar dig. Vad går att lösa? Vad behöver du acceptera?
- Har du tid till återhämtning?
- Finns det saker du behöver säga nej till?
- Ta hand om kroppen. Ät varierat och rör på dig.
- Undvik att dra ner på sömnen för att hinna med mer – det är ofta en bättre lösning att dra ner på aktiviteter/krav/ansvar. Minskad sömn gör dig troligen mindre effektiv när du är vaken.
- Undvik att använda alkohol och andra droger för att lugna kroppen.

Bild: Aron Blanco Tejedo/Unsplash

Bakgrund stress – hjärt-kärlsjukdom

Det finns två dominerande teorier om hur stress påverkar kroppens funktion. Den ena kretsar kring stressens direkta påverkan på kroppen och den andra handlar om hur stress indirekt påverkar kroppens funktion genom förändrade hälsobeteenden[3].

I meta-analyser som undersöker associationen mellan stress och hjärt-kärlsjukdom syns att personer som upplever stress i arbetslivet löper 10 - 40 procent ökad risk att utveckla hjärt-kärlsjukdom[4]. Stress förefaller även förhöja risken för andra typer av sjukdomar såsom diabetes typ 2[5].

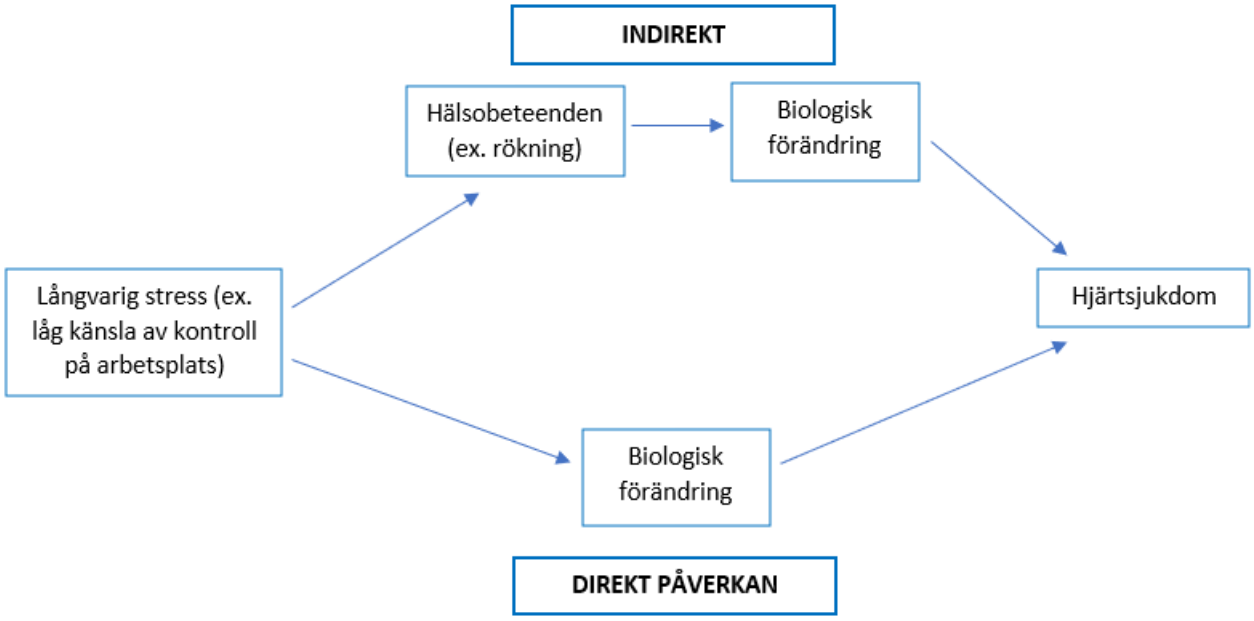


Bild: Direkt och indirekt påverkan av stress på hjärtsjukdom[3]

Vad är stress och vad fyller det för funktion?

Genom evolutionen har stress haft en viktig funktion för människans överlevnad. Vårt autonoma (icke-viljestyrda) nervsystem består av det parasympatiska nervsystemet och det sympatiska nervsystemet. Man kan säga att det parasympatiska är bromsen (används när man tar det lugnt) och det sympatiska är gasen (ökar aktiviteten i kroppen när det behövs).

När det sympatiska nervsystemet aktiveras medför det flera fysiologiska förändringar i kroppen som har som syfte att mobilisera kroppen att antingen fly eller fäkta i relation till ett upplevt hot. Detta har genom evolutionen varit avgörande för människans överlevnad då stressreaktionen medför en aktivering i människan som leder till ökad chans för överlevnad. Alltså mycket funktionell i relation till faktiska livshotande situationer, såsom närmandet av ett hotfullt rovdjur, då stressen mobiliserar kroppen att fly. En annan typ av stress för kroppen är exempelvis svält som gör att kroppen går på sparlåga och utvinner energi från reservbränsle som finns i form av eget fett och protein och att ämnesomsättningen ställs på sparlåga. Även om det fortfarande finns situationer som är av akut fara såsom hot, våld och svält är den troligen mindre nu än tidigare genom evolutionen. Ändå förefaller stress vara ett stort problem. När man talar om stress i nutid brukar det snarare handla om arbetssituation, för

lite tid till återhämtning, tidsbrist eller låg kontroll över sitt liv. Även om dessa faktorer ofta inte är livshotande reagerar kroppen som om de faktiskt var det. Det verkar som om hjärnan är dålig på att göra en distinktion mellan verklig fara och hypotetisk eller upplevd fara. Även om det egentligen inte föreligger någon reell fara (att exempelvis hålla föredrag inför en stor publik) kan det av kroppen ändå upplevas lika hotfull som om ett rovdjur jagade en.

Vad händer vid stress?

Vid en stressreaktion sker flera olika reaktioner i kroppen som lämpligen delas in i känslomässiga, fysiologiska och beteendemässiga.

Känslomässigt är det vanligt att man reagerar med rädsla, ilska eller uppgivenhet vilket beteendemässigt brukar visa sig genom kamp, flykt eller passivitet. Ofta sker den känslomässiga reaktionen mycket snabbt, ofta så snabbt att den till en början är omedveten. På hjärnnivå sker en aktivering av vårt rädslocentrum som kallas amygdala och påverkar vårt autonoma och endokrina system i kroppen. Ofta sker aktivering av amygdala innan de mer medvetna och tolkande delarna av hjärnan aktiveras. Det kan vara en förklaring varför man vid stress eller hot ofta agerar förhastat.

Bild: Hjärnan är en "bli-inte- dödad-maskin" Joseph Ciarrochi

Den fysiologiska reaktionen kan delas in på olika sätt, en indelning är

A. Muskulär komponent
B. Inre organ
C. Hormonell del

Av dessa reaktioner kan människan till skillnad från djur delvis undertrycka den muskulära delen, att exempelvis inte slå ner den hotande chefen, att ha ”pokerface” vid kortspel. De flesta reaktioner är dock automatiska och svåra att kontrollera såsom att hjärtat slår fortare, andningen påskyndas, musklerna spänns, hjärnan går på högvarv, man börjar svettas (kallsvettas), pupillerna vidgas, ”tryck över bröstet, håret reser sig” etc.

Vad beträffar de inre organen så inhiberas aktiviteten i mag-tarmkanalen, blodflödet till muskler, hjärta och hjärna ökar, blodtrycket stiger, blodets koaguleringsförmåga ökar osv. Dessa inre förändringar går inte att påverka.

Hormonellt sker en omfördelning av kroppens bränslereserver i form av fett och kolhydrater. Dessa bryts ner till bland annat blodsocker och fria fettsyror, vilket är nödvändigt för att muskler och hjärna ska fungera optimalt.

Vid långvarig stress är det vanligt med kognitiva symtom i form av störning i perceptionen (varseblivningen), nedsatt koncentrationsförmåga och svårigheter med minne och nyinlärning. Emotionellt kan det leda till ihållande känslor av irritation, aggressivitet, ångest, nedstämdhet och nedsatt sömnförmåga.

Det här är ändamålsenliga förändringar för att omfördela och mobilisera kroppens resurser att hantera ett upplevt hot. Tyvärr är detta inte så förenligt med att leva ett rikt och balanserat

liv.

Stressens påverkan på kroppen

Ett stresspåslag påverkar kroppens autonoma nervsystem och HPA-axeln (se nedan bild), vilket medför förändringar i metabolism, inflammations- och homeostas(jämvikt)-systemet och dessa förändringar ökar i sig risken för hjärt-kärlsjukdom. Stress medför dessutom ofta beteendeförändringar som i sig har en negativ påverkan på kroppen och ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, såsom rökning, minskad tid för motion, mindre hälsosam kost, ökat alkoholintag och minskad sömn[6].

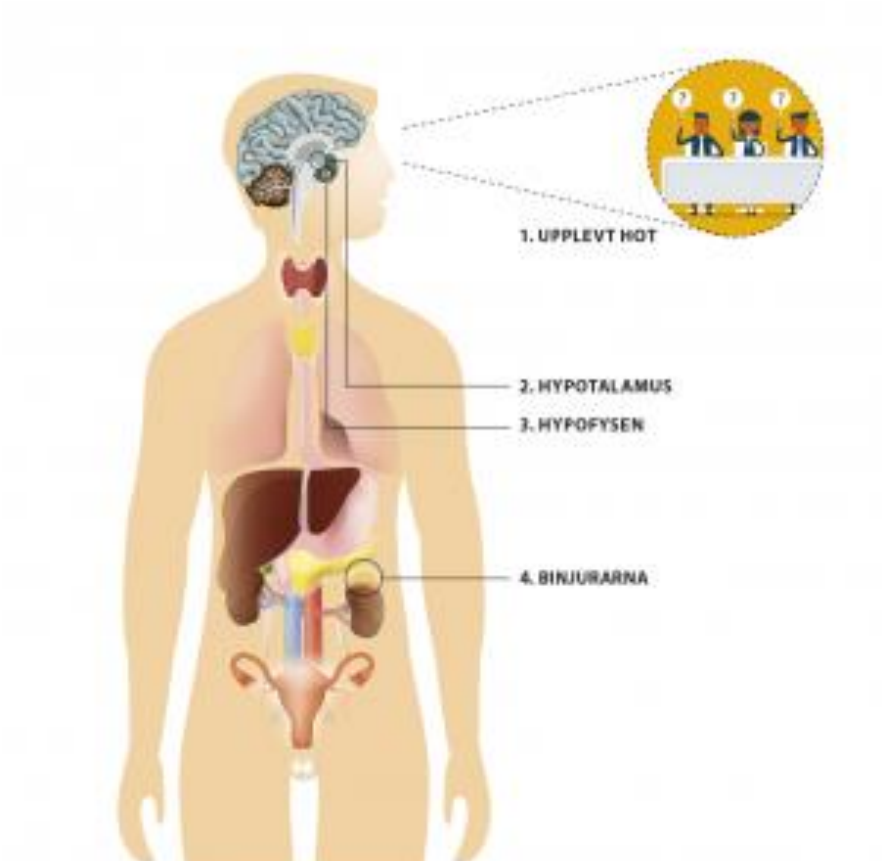


Bild: HPA axeln: ett system av hormonkörtlar och dess hormoner som utgör kroppens svar på stressorer. Vid långvarig stress påverkas hypothalamus och signalerar till hypofysen (pituitary gland) att öka produktionen av ACTH, ett ämne som stimulerar binjurarna (adrenal glands) så att de ökar produktionen av hormonet kortisol. Detta hormon kan i sin tur påverka fettdistrubutionen och leda till bukfetma. Bild från Vetenskap & hälsa

Kroppens antistressmekanismer

I kroppen finns på många olika sätt system som försöker hålla varandra i balans. För att motverka och balansera stressystemen har kroppen olika sätt att balansera detta. Det finns ett antal olika hormoner och signalsubstanser som ingår i antistressmekanismen som: prolaktin, enkefalin, kolecystokinin, betaendorfin, GABA, serotonin och oxytocin. Av dessa olika substanser anses oxytocin var den viktigaste. Oxytocin är ett peptidhormon som bildas i två kärnor (supraopticus och paraventrikularis) i hypothalamus.

Oxytocin har både beteendemässiga och fysiologiska funktioner.

- Det underlättar social inlärning med förmåga att känna igen andra individer, ökar anknytning och tillgivenhet t.ex. mellan förälder och barn och mellan vuxna individer.

- Lugnande och rogivande effekt genom minskad aktivitet av amygdala.
- Sänkt puls och blodtryck genom minskad kortisonhalt.
- Höjer smärttröskeln både i CNS och ryggmärg.
- Bättre sårläkning och mindre inflammation.
- Ökad insulinfrisättning och ökad tillväxt.
- Hämning av den s.k. stressaxeln (HPA) från hypothalamus och hypofys till binjuren.
- Ökad aktivitet i mag-tarmkanalen.

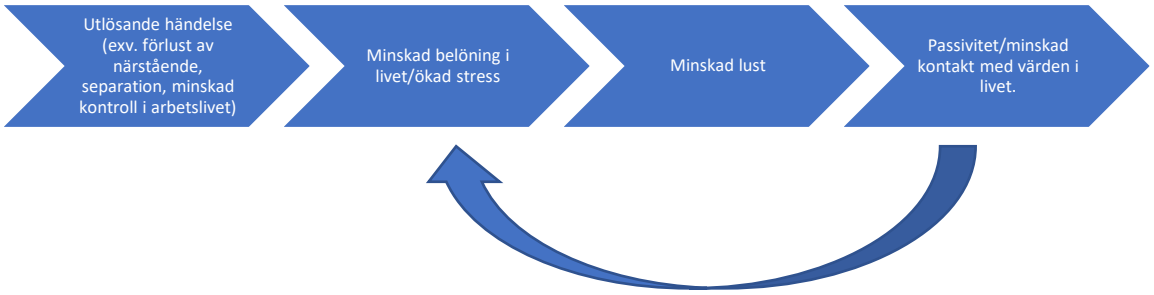
Oxytocinet ökar av olika mekanismer

- Beröring där framsidan av kroppen är extra känslig
- Värme
- Mentalt genom t.ex. en vänlig och stödjande omvärld aktiverar hjärnan så att antistressystemet aktiveras
- Massage
- Akupunktur

Tankar om stress spelar roll

Det har på senare tid kommit studier som visar att tolkandet av stressreaktionen i kroppen påverkar i vilken grad den är farlig för kroppen. Man har sett ett samband mellan de som tolkar stressreaktionen som farlig också är de som får mest negativa konsekvenser av stressen. I studie undersökte man graden av stress och hur personer uppfattar stressymptom och man fann då att de som upplever hög grad av stress löper 43 procent högre risk att dö i hjärt-kärlsjukdom[7]. Men det vara bara sant för dem som också uppfattade stressymptomen som farliga. De som uppfattade stressymptomen som en naturlig följd av omständigheterna eller såg den som ett sätt för kroppen att förbereda sig på utmaningar hade lägst risk av dö i hjärt-kärlsjukdom, oavsett om man upplevde mycket eller lite stressymptom. De som upplevde mycket symtom och var orädda löpte till och med lägre risk att dö än de som upplevde lite symtom men som var rädda för stressen.

Nedstämdhetens negativa spiral



Figur: Enligt illustration av Johannes Malm.

Debut av nedstämdhet eller depression brukar föregås av någon sorts utlösande händelse. En utlösande händelse är sådant som förändrar livsomständigheterna på ett signifikant sätt. Exempelvis genom separation, arbetslöshet, ökad belastning/minskad kontroll på arbetet eller sjukdom. Denna förändring leder då till att sådant man tidigare fått belöning av

försvinner eller att stressen ökar så pass mycket att det blir svårt att tillgodogöra sig belönande element i vardagen. För att vi ska känna lust behöver vi ha belönande element i vår vardag eller att stressen är inom en rimlig nivå. Föreligger inte detta kan det leda till en minskad lust. Vi människor gör i vanliga fall som vi känner för och när allt är bra i livet är det inget problem. Men när vi börjar känna olust finns en risk att vi agerar i enlighet med den och begränsar oss/aktiverar oss i mindre grad, ställer in eller undviker sociala sammanhang eller sådant man tidigare känt motivation till. Detta leder alltså till att vi blir inaktiva och inte längre står i kontakt med det som belönar oss i livet. Denna passivitet leder i sin tur till att vi får än mindre belönande inslag i livet, vilket leder till ännu mindre lust och mer passivitet. Spiralen är igång.

Två modeller om arbetsrelaterad stress och dess påverkan på förekomst av hjärt-kärlsjukdom

1. Ansträngnings-belöningsmodellen

För att en ska må bra i arbetslivet är det viktigt med ömsesidighet i arbetssituationen. Denna ömsesidighet kan beskrivas i termer av ansträngning och belöning. En ansträngning behöver mötas och belönas både socialt, materiellt och individuellt. Modellen utgår från att det finns två komponenter som påverkar ansträngningen hos en individ - den inre drivkraften (*intrinsic)* ochomgivningens krav *(extrinsic)*. En ytterligare faktor är huruvida individen har ambitioner som är extrema eller ej, denna faktor brukar kallas *”övermotivering”*.

Belöningskomponenten består av tre delar – materiellt (lön), socialt (möjlighet till befordran) och psykologiskt (positiv feedback). Föreligger det en obalans mellan den nedlagda ansträngningen och de belöningar som följer är risken för hjärtinfarkt förhöjd för män. För kvinnor förefaller ”övermotivering” vara en särskild risk[8].

2. Krav-kontroll-stöd-modellen

Den enskilde anställdes psykiska stress påverkas enligt modellen av de tre huvudkomponenterna: krav, kontroll (beslutsutrymme) och stöd. Effekterna av krav på arbetsplatsen påverkas av i vilken grad vi har möjlighet att påverka övergripande beslut eller hur det konkreta arbetet ska utföras. Graden av stöd har också visat sig viktigt och kan i viss mån kompensera höga krav och sub-optimal kontroll. Den kombination som har visat sig bidra till hjärt-kärlsjukdom i högst grad, åtminstone hos män, är den där det finns lågt stöd, höga krav och liten möjlighet för den enskilde att påverka beslut på arbetsplatsen. Den kombinationen kallas enligt modellen för iso-spänd. Det upplevda beslutsutrymmet på en arbetsplats har även att göra med hur maktfördelningen på arbetsplatsen ser ut[9]. Krav-kontroll-stöd-modellen används oftast för att förstå stress inom arbetslivet men kan även appliceras på stress i sammanhang utanför arbetslivet.

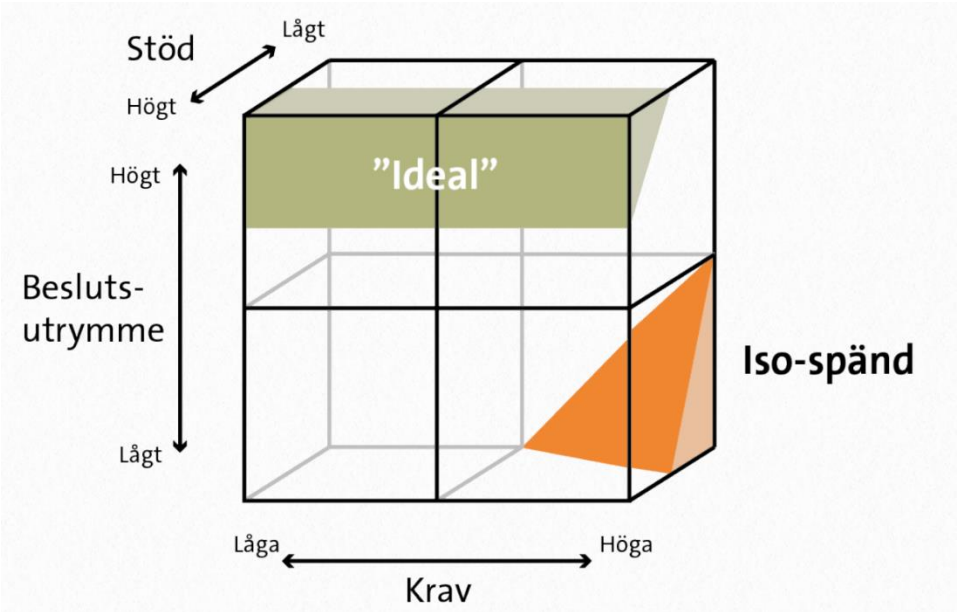
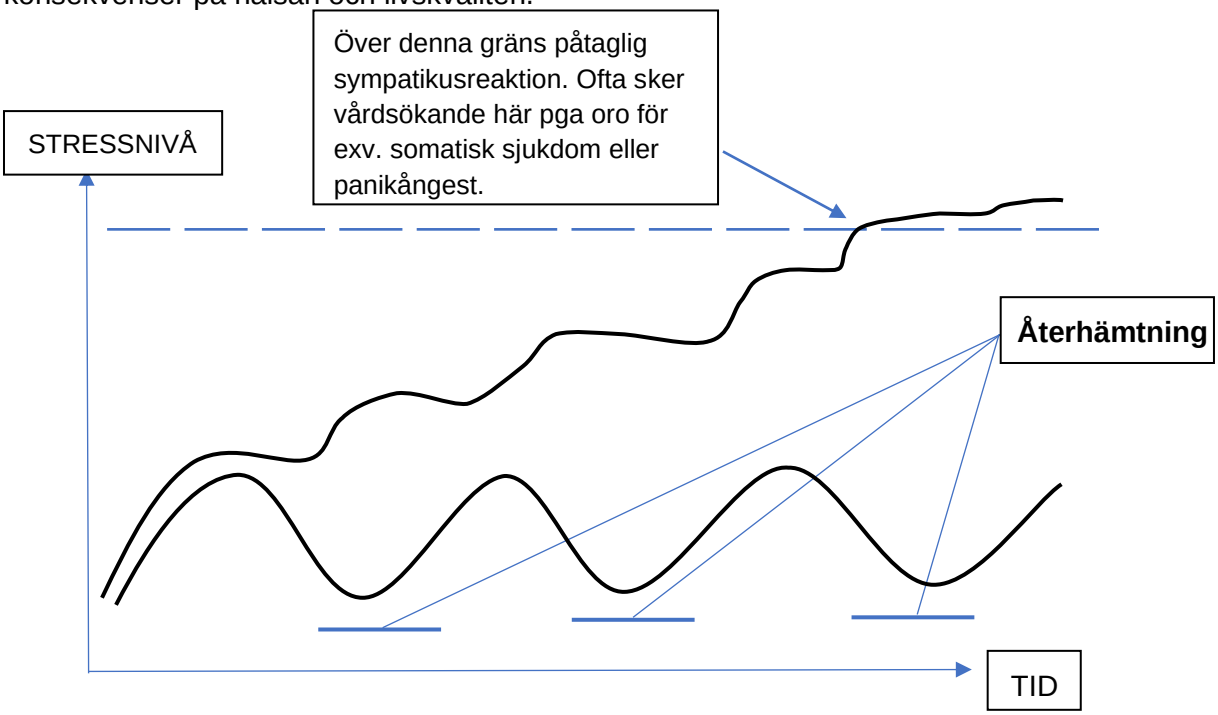


Bild: Modell över krav-kontroll-stödmodellen. Källa: Stressforskningsinstitutets temablad Arbetsorganisation & hälsa, Stressforskningsinstitutet.

Stresshantering

Kortvarig och långvarig stress

Trots det ovan nämnda och den forskning som visar på sambandet mellan stress och olika sjukdomar är det vid behandling av stress viktigt att påpeka att det inte är stressen i sig som är problemet. Stressen är ju kroppens egna sätt att möta utmaningar i livet och gör oss handlingskraftiga. Den kortvariga stressen är ofarlig och kanske till och med en viktig del av livet för att det ska upplevas som meningsfullt, eller ett tecken på att det faktiskt finns något värt att kämpa för. Det är snarare bristen på återhämtning som är viktig att angripa än stressreaktionen i sig då långvarig stress/brist på återhämtning har flera negativa konsekvenser på hälsan och livskvalitén.



Grafen ovan illustrerar vikten av återhämtning. Den svarta linjen visar hur stressnivån går upp och ner under dagen och den blå linjen visar vad som händer med stressnivån när återhämtningsperioder fattas i livet. Genom återhämtning balanseras livet upp med andra viktiga inslag i livet och det som jäktar en är inte ständigt närvarande eller i uppmärksamhetens fokus. Det är när dessa stunder bortprioriteras som stressen blir långvarig och farlig. Konkret brukar det innebära att vi struntar i att träffa vänner, måltider klaras av så snabbt som möjligt, träning nedprioriteras och alkohol används i större utsträckning för att finna lugn.

När stress upplevs belönande

Att ägna sig åt ”stressbeteenden” är ofta belönande och kan förklara varför vi lätt kan fastna i ”stresspiraler”.

Situation	**Vad händer inom oss**	**Vad gör vi?**	**Konsekvens**	
			Kort sikt	**Lång sikt**
Något nytt/oförutsägbart händer i livet som medför ökade krav och gör att vi upplever en minskad kontroll över tillvaron *(sjukdom, separation, arbetslöshet, nya eller fler arbetsuppgifter eller en blandning av flera olika faktorer).*	Vi känner oss stressade, oroliga och spända. Upplever att vi har svårt att möta de krav som ställs på oss i och med den nya situationen.	Vi lägger nu mer tid på att försöka lösa problemet. Exempelvis genom att arbeta över eller hjälpa någon som är i nöd vilket leder till nedprioritering av återhämtande aktiviteter. Eller försöker bli av med symtom genom konsumtion av alkohol eller tobak.	Vi lyckas ta itu med det som stressar och stress och oro minskar något. Mindre symtom.	Beteende att ”stressa” belönas eftersom det ger önskad effekt och sannolikheten att vi använder oss av det igen ökar. Priset vi betalar är minskad tid för återhämtning. För ensidigt användande av stressbeteenden leder till långvarig stress. Ökad konsumtion av alkohol eller tobak leder till försämrad kvalité på återhämtning vilket leder till ökad stress på sikt.

Symtom på hög stressnivå/för lite återhämtning

Kroppen fysiska tecken	**Tänkande**	**Humör**	**Beteende**
sömnproblem, huvudvärk, hjärtklappning, spänningar i kroppen, värk och smärta, torr i munnen, ingen sexlust/impotens, yrsel, darrig, fumlig	virrig, overklighetskänslor, svårt att släppa tankar på det som stressar en, svårt att prioritera, svårt att hålla fokus/koncentrera sig, glömska, tunnelseenden (ser endast problem inte möjligheter)	ångest, oro, skuld, skam, känslomässigt utmattad, ledsenhet, irritation/ilska, gråtmildhet, avsaknad av känslor	effektiviserar saker, skyndar, äter för snabbt, går omkring planlöst, gör flera saker samtidigt, kontrollerar, blir pedant, slutar lyssna, grälar, svär, dövar med alkohol eller droger, äter mycket mer eller mycket mindre

Människan är kortsiktig

Eftersom det för människan har varit viktigt genom evolutionen att vara vaksam på det som upplevs som hot har vi en benägenhet att i första hand röra oss bort från hotet eller hantera det i stunden. Denna benägenhet gör att vi prioriterar det som ger oss kortsiktiga vinster. Som en följd av detta finns det en risk att vi hamnar i stresspiraler. När vi väl hamnat i sådana spiraler tenderar vi att använda oss av fler kortsiktiga lösningar. Exempel på detta är att äta onyttigt, sova mindre för att hinna mer, öka konsumtion av alkohol och tobak och minskar fysisk aktivitet för att kortsiktigt lugna kroppen eller öka känsla av kontroll. Dessa beteenden gör att vi i stunden upplever att vi klarar av att vara i stresspiraler men på sikt leder det till en risk för utebliven återhämtning och att vi förlorar en meningsfull riktning i livet.

Återhämtning

Något som forskarna är överens om är att återhämtning är viktigt för att förebygga stress, det är som sagt inte stress i sig som ger negativa konsekvenser utan när vi inte planerar in återhämtning. Därför kan det vara viktigt att se till att låta återhämtning vara en naturlig del av vardagen. Vilka beteenden eller aktiviteter som är återhämtande finns det inget generellt svar på, det viktiga är vilken funktion de fyller för varje enskild människa. Som princip kan det vara bra att utgå från aktiviteter som innebär kravlöshet och minskade prestationskrav.

Att planera in återhämtning triggar ibland tankar om *”hur ska jag hinna”* eller *”det är onödigt”.* Att stanna kan också innebära att en kommer i kontakt med till vilken grad kroppen är stressad och det kan ibland vara riktigt obehagligt, vilket riskerar att återhämtning undviks av rädsla för kroppens sensationer. Vad har du haft eller har du för aktiviteter som du upplever återhämtande? Nedan kommer några exempel inom olika livsområden.

Arbete/utbildning
Ta korta pauser på jobbet, ge någon beröm eller en komplimang, fika eller gå på långlunch med en arbetskamrat, gå en promenad på lunchen, öva medveten närvaro på jobbet, gå ut och andas i fem minuter, pausa en minut, fokusera på en arbetsuppgift i taget.

Fritid
Spela ett musikinstrument, umgås med ett husdjur, titta på en serie eller film, se ett humorklipp, läs en god bok, lyssna på musik med full närvaro, ta en varm dusch eller bad, gå på bio med eller utan sällskap, vara ensam ett tag, ägna tid åt något du brinner för. Gå på promenad, laga din favoriträtt, drick en god kopp te/kaffe, träna på gymmet, lek med ett barn, ut och jogga, öva medveten närvaro, yoga, be, meditera, ha sex, få/ge massage m.m.

Relationer
Fika med en kompis, ring en vän eller närstående, gå på teater/bio tillsammans med någon, säg något snällt till en god vän, bjud kollega på lunch, boka in aktivitet med någon kompis m.m.

Fysisk aktivitet och psykisk hälsa

Upprepade studier har demonstrerat en positiv effekt på den psykiska hälsan till följd av ökad fysisk aktivitet. Aerob fysisk aktivitet med låg till hög intensitet och minskad tid av stillasittande har visat sig minska risken för utveckling av depression[10]. Hur fysisk aktivitet motverkar psykisk ohälsa är inte helt klarlagt men det är tydligt att den fysisk aktiviteten påverkar flera av hjärnans molekylära system. Genom fysisk aktivitet blir man sannolikt mer motståndskraftig mot stress, bl.a. genom att aktiviteten i HPA-axeln normaliseras. Sömnens kvalitet har också visat sig förbättras genom ökad fysisk aktivitet. Även den ökade tilltron till att klara av fysiska utmaningar kan ha positiva effekter för självförtroendet och tilltron till sin egen förmåga[11]. Det innebär också ett utvidgande av beteenderepetoaren som vi också vet är viktigt vid behandling av depression[12].

Att andas för att hantera stress

Som vi har nämnt tidigare påverkar stress kroppen fysisk på flera olika sätt; hjärtfrekvensen går upp, blodkärl drar ihop sig, kroppens blod omfördelar sig osv. Flera av dessa processer är utom vår kontroll. Vi kan inte direkt påverka hur snabbt vårt hjärta slår och inte heller att blodkärlen drar ihop sig. När vi blir stressade har andningen en tendens att bli ytlig och andningen är också en del vi själva kan påverka med viljas kraft. Därför kan man dämpa kroppens stressreaktion genom att medvetet andas på ett lugnande sätt. Det som händer när vi blir stressade är att inandningen blir längre än utandningen vilket skapar en obalans i kroppen. Därför kan det vara klokt att träna på att andas tvärtom, alltså att försöka förlänga utandningen successivt.

Övningar du kan göra när du märker att du är stressad

Djupa andetag

- Ta ett djupt andetag från magen
- Andas in genom näsan och ut genom munnen.
- Upprepa tre gånger

Långsam utandning

Andningen har som sagt en tendens att bli ytlig under lång tid av stress. Genom att fokusera på att successivt få en så långsam utandning som möjligt sänks hjärtrytmen och du kommer känna dig mer nedvarvad.

Lägg dig ner med en kudde på magen för att underlätta magandningen (genom kuddens rörelse marker du om du andas med magen – när du andas in ska magen expandera och när du andas ut rör sig naveln mot ryggraden)

- Andningen ska nu ske genom näsan. Föreställ dig att du luktar på en bukett med blommor, hur skulle du andas då? Försök att andas på detta sätt.
- Efter en minut kan du försöka förlänga utandningen.
- Ta långsamma andetag ner i magen och försök att helt släppa alla spänningar I kroppen.
- Gör så i två minuter innan du återgår till din normala andning.

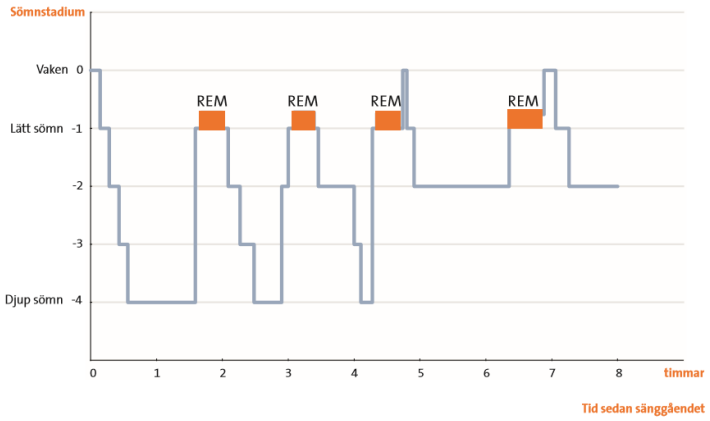
Sömn

Bakgrund

Den bästa formen av återhämtning sker genom god sömn. När vi är stressade och kroppen är uppvarvad brukar det dessutom bli svårare att somna. Då är det inte ovanligt att oro för bristfällig sömn i sig blir till en stress och medför att vi får ännu svårare att somna.

Mycket är fortfarande oklart angående sömnens funktion. Troligen behövs sömnen för att ge kroppen tillfälle till återhämtning efter dagens belastning. Framför allt gäller detta det centrala nervsystemet.

Ämnesomsättning, blodtryck, andningsfrekvens, hjärtfrekvens, kroppstemperatur och muskelspänning sjunker under sömnen.

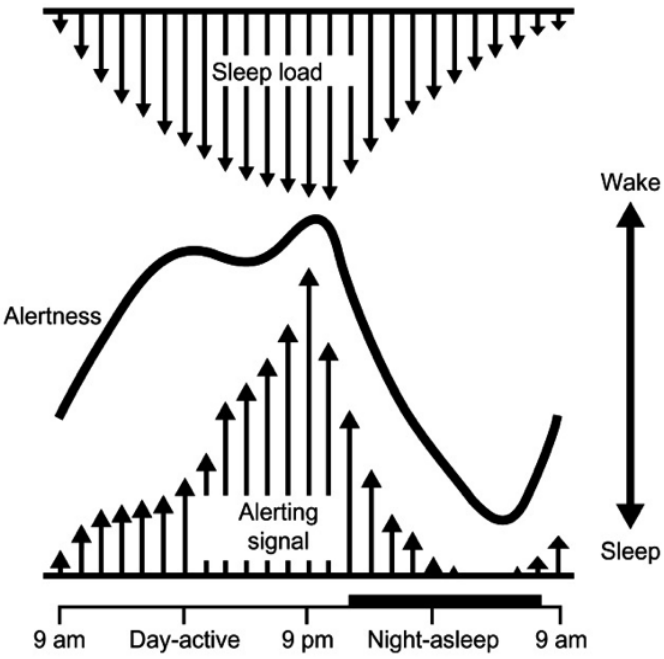


Figur: *Sekvenser av de sömnstadier som förekommer under normal nattsömn.*
Källa: *Stressforskningsinstitutetets temablad. En introduktion till sömn.*

Sömnen indelas vanligen i fyra olika stadier på EEG och dessutom finns perioder av så kallad REM-sömn eller drömsömn. Förkortningen REM står för Rapid Eye Movement. Andningen blir under REM-sömnen oregelbunden, det rycker lätt i muskler, ögonen rör sig och ofta sker korta uppvaknande. Under REM-sömnen ökar ämnesomsättningen, men muskelspänningen minskar och det blir en uttalad muskulär avslappning. Om man efter en förlängd vakenhet får sova så ökar den djupare delen utav sömnen (stadium 4). Det är denna djupare del av sömnen som är viktigast för återhämtandet. Vid perioder av minskad sömn har kroppen ett självreglerande system som medför att vid nästa sömn utökas de djupare delarna av sömnen. En timmes minskad sömn kompenseras vid nästa sömn med 10 minuters extra djupsömn. Detta innebär att det egentligen inte finns någon vits med att ”ta igen förlorad sömn” genom att sova längre på morgonen eller gå till sängs extra tidigt på kvällen, kroppen sköter nämligen det av sig själv. Däremot kan försök att aktivt kompensera missad sömn skapa en stress som medför svårigheter med nedvarvning och gör dessutom att man blir mer passiv på dagen (vilar mer) vilket leder till ett minskat sömnbehov.

Sömntryck, dygnsrytm och sömnansträngning

Sömnbehovet är individuellt och alla behöver inte sova 8 timmar per natt. Om man fungerar bra dagen efter att man har sovit dåligt så är det tecken på att kroppen inte tagit skada. De flesta kan fungera tämligen normalt efter en hel natt utan sömn så länge inte situationen blir sövande exempelvis stillasittande, inaktivitet, värme etc. Det är framförallt djupet på sömnen som avgör om man känner sig utvilad efterföljande dag. Ju längre tid man varit vaken desto djupare sover man upp till en viss gräns. Det är dock inte enbart tiden man varit vaken som spelar roll, utan även hur man spenderar vakentiden. Att vara aktiv fysiskt medför ett större sömnbehov/sömntryck än om man spenderat samma tid stillasittande. Man kan likna det vid en fjäder som under dagen pressas ihop i takt med att man är aktiv och trycket ökar. Vila eller inaktivitet dagtid gör att trycket minskar. För att vi ska somna och sova gott behöver sömntrycket vara tillräckligt högt fram till dess att vi ska somna. Parallellt med sömntrycket spelar också den biologiska klockan roll och våra beteenden behöver tajma in den för att vi ska somna. Det kan vara viktigt att lära sig skilja på att vara *trött* och att vara *sömnig*. Om vi går och lägger oss när vi enbart är trötta finns det risk att vi inte somnar. Istället är det en god idé att lägga märke till när sömnigheten kommer. Den kommer och går under dagen och kvällen och det gäller att hoppa på ”sömntåget” när det kommer. Ett vanligt tecken på att sömntåget har kommit är när ögonen känns tunga eller att man känner sig seg i huvudet. Om det inte finns tid för nedvarvning kan det vara svårt att uppmärksamma sömntåget. Detta kan leda till att man går och lägger sig innan eller efter sömntåget har kommit och då finns det en risk att man försöker somna när det inte är optimala förutsättningar för sömn. Att försöka somna kallas ”sömnansträngning” och kan leda till att vi blir oroliga och stressade i våra försöka att viljemässigt styra något som är utom vår kontroll. Detta kan leda till att vi får en förhöjd vakenhet i våra försök att somna. Vid sömnproblem är det mycket vanligt med oro för



Figur: Visa de tre processerna sömntryck (sleep load), circadianska klockan (Alerting signal) och vakenhet (Alertness). När dessa tre processer "klaffar" somnar vi och sover gott.

negativa konsekvenser av få timmars sömn. Detta spär ofta på oron och ökar sömnansträngningen. Därför är det ofta en viktig del i KBT-behandling för sömn att våga vara mindre tid i sängen för att successivt nedvärdera vikten av antal timmar sömn.

Faktum är att när man har mätt sömn i sömnlaboratorium är medelskillnaden mellan dem som upplever god respektive dålig sömn endast ca 20 minuter.

Långvariga sömnproblem leder ofta till en ökad hunger och ”kolhydratsug”, via en ökning av aptithormon (ghrelin) och en sänkning av mättnadshormon (leptin).

Det är vanligt att äldre upplever att de sover mindre och ytligare.

Patienter med obstruktiv sömnapné kan vakna kanske hundratals gånger per natt, men endast 10 - 20 sekunder åt gången. I allmänhet är dessa patienter helt omedvetna om att de vaknar och upplever sig trötta dagtid. Vid misstanke om sömnapné ska personen hänvisas till läkare för utredning.

Sömnråd

Regelbundenhet
Gå upp och gå och lägg dig ungefär samma tid varje dag. När vi skiftar tid för uppgång och sänggång hänger inte kroppen med och det blir lätt att intajmningen med den inre sömnklockan haltar. För att ha koll på sina sömnrutiner kan det vara bra att använda sig av en sömndagbok.

Ge dig tid att sova
Planera in när du vill gå och lägga dig och se till att påbörja nedvarvning en stund innan då går och lägger dig. Fundera på om du kan skjuta upp andra saker till avsatt tid efterkommande dag om det börja bli knappt om tid innan läggdags.

Nedvarvning
Se till att ge dig ca 1 - 2 timmar av någon avslappnande/rofylld aktivitet innan sänggång så kroppen är redo för sömn. Är hjärnan eller kroppen full med aktivitet finns inte förutsättningar för sömn.

Låt sovrummet vara ett sovrum
Om vi använder sovrummet till aktiviteter som är förknippade med vakenhet kommer också sovrummet signalera vakenhet till oss. Därför är det viktigt att sovrummet i möjligaste mån endast ska användas till vila/sömn eller sådant som är rofyllt. Att läsa en bok, ha sex eller något annat som ger lugn är att föredra. Undvik att engagera tänkandet för mycket genom exempelvis planering eller problemlösning. Ta bort sådant som inte medför ökat lugn, såsom tv eller skrivbord om det är förknippat med arbete.

Undvik uppiggande medel för sent på dagen
Kaffe, te alkohol och nikotin stimulerar kroppens vakenhet. Kaffe bör undvikas fem timmar innan sänggång. Alkohol ska undvikas de sista timmarna. Även om alkohol kan göra det lättare att somna stör det sömnen under natten och gör den ytligare. Snus och cigaretter är centralstimulerande och piggar upp.

Stäng av skärmar
Eftersom skärmar från TV-apparater, datorer och smarta telefoner avger samma typ av ljus som dagsljuset har det visat sig att kroppen luras att tro att det är dag, vilket hämmar utsöndring av melatonin som i sin tur stör dygnsrytmen. Testa att dra ner på skärmtid innan läggdags. Ingen skärm är bättre än en skärm med så kallat blå-ljusfilter.

Var fysiskt aktiv under dagen
Försök att regelbundet vara fysiskt aktiv. Det ökar sömntrycket, sänker stressen och gör kroppen bättre på att reglera kroppstemperaturen, vilket är viktigt för en bra sömn.

Dagsljus
För att den inre biologiska klockan ska gå rätt behöver den dagsljus. Försök därför att ge kroppen detta, helst på förmiddagar. Sitt gärna nära fönster där du befinner dig om dagarna eller ta en lunchpromenad om möjligt.

Skriv ner orostankar
Vid sömnproblem är det vanligt att oro bidrar till problemen. Testa att skriva ner dina tankar kring det du oroar dig. Hjärnan är dålig på att tänka klart på kvällen och det kan därför vara bra att hjälpa hjärnan att tänka strukturerat genom att skriva ner. När du skrivit ner tankarna kan det vara lättare att släppa dem. Att oron kretsar kring sömnbrist (som I sin tur leder till mer oro och sömnbrist) är vanligt. Det kan vara skönt att påminna sig om att kroppen klarar av kortvariga sömnproblem alldeles utmärkt och 1 timmes förlorad sömn tas igen av kroppen nästa natt genom att djupsömnen av sig själv blir 10 minuter längre. Så det finns som sagt ingen anledning att själv kompensera genom att gå upp senare eller gå och lägga sig tidigare. Även om många mår bra av 6 - 8 timmars sömn är det individuellt vilket sömnbehov den enskilda individen har. Det viktiga är hur du fungerar dagtid.

Om du inte somnar – gå upp!
Om du är mycket tid I sängen utan att sova, gå upp istället oavsett vad klockan är eller om det känns onaturligt. Ägna dig åt någon lugnande aktivitet tills nästa sömntåg kommer. Om vi är vakna I sängen blir den förknippad med vakenhet snarare än sömn vilket riskerar att det gör det svårare att sova. Därför är det viktigt att vara i sängen så lite som möjligt utan att somna. 20 - 30 min kan vara ett bra riktmärke. Tar det lång tid att somna kan det vara en bra idé att testa att lägga sig lite senare, eventuellt är det så att du lägger dig innan kroppen behöver sova.

Samtal om stress och psykisk ohälsa

En person som mår psykiskt dåligt kan ofta ha andra riskfaktorer. Som allmän regel gäller då att man primärt får lämna de andra riskfaktorerna åt sidan och koncentrera samtalet på livssituationen och det psykiska tillståndet. Vid mötet med en person som mår psykiskt dåligt och som exempelvis har en högre riskpoäng på faktorn ”Livssituation” är det en vanlig reaktion att man som ”behandlare” känner sig otillräcklig. Vi har som samtalsledare inte möjligheter att reda upp deltagarens dåliga ekonomi, reda upp trassliga förhållanden i familj, vänkrets eller klara ut långdragna konflikter på arbetet. Genom att enbart lyssna gör man säkert väsentligt större nytta än man till en början tror. Att inför en annan människa tala ut om sina problem kan få det på en mera gripbar nivå och också kanske göra det möjligt att hitta infallsvinklar och lösningar på problem som man tidigare trott vara oöverkomliga. Vi som arbetar i sjukvården har i huvudsak expertrollen. Vi skall efter bästa förmåga ställa diagnos, sätta in olika former av behandling och förutom att bota också lindra och trösta. I ett hälsosamtal kring livssituation och stress är det annorlunda.

Insikt och avsikt Vi strävar mot att hjälpa deltagaren att komma till insikt om sitt problem, vad som utlöst det och hur det vidmakthålls. Genom att lyssna och prata om deltagarens situation kan deltagare och samtalsledare tillsammans se på situationen ur en ny synvinkel och nya möjligheter kan möjligtvis skönjas vilket stöttar deltagaren att skapa en avsikt till förändring utifrån vad personen själv ser är möjligt. Det är viktigt att gå igenom avsnittet Psykisk ohälsa i samband med avsnittet Livssituation då dessa till stor del hänger ihop. Hälsosamtalet sker enligt MI-metod (se vidare under avsnittet om MI-metoden i detta metodstöd).

Verktyg och material Livssituation/Psykisk ohälsa

Till deltagaren

- Stress - 1177
  Information på 1177 om stresshantering.

- Mindfulness i vardagen – övningar – 1177
  Information på 1177 om mindfulness, som är en metod som kan användas för att hantera stress och oro, det är enkelt men kräver övning. Här får du en introduktion till hur du kan öva mindfulness.

- Sömndagbok från Region Örebro län
- Sömndagbok som kan ges för att kartlägga sömnmönster och i kombination med ”Råd för en bättre sömn”.

- Det sympatiska och parasympatiska nervsystemet
  En sammanfattning över stress- och antistressreaktionens vanliga symtom.

- Medveten närvaro
  En guide till enkel övning i medveten närvaro.

- Stress – en skrift om stress och hälsa – Hjärt-lungfonden
  En broschyr om stress och hälsa som tar upp både symptom, behandling och ny forskning.

Till samtalsledaren

- Viktigt på Riktigt
  Viktigt på riktigt har som mål att bidra till individers hälsa och är politiskt och ekonomiskt obundet, gratis och reklamfri för dig som individ och dig som arbetar i vården. Här finns guider, länkar, boktips om stress/stresshantering, sömn etc.

Referenser

1. Triagehandboken [Internet]. [citerad 13 juli 2020]. Hämtad från: https://triagehandboken.se.

2. Hjärt-Lungfonden. Beställ material [Internet]. [citerad 14 juli 2020]. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/om-oss/bestall-material/.

3. Stansfeld SA, Marmot MG, redaktörer. Stress and the heart: Psychosocial pathways to coronary heart disease. London: BMJ Books; 2002.

4. Kivimaki M, Kawachi I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Curr Cardiol Rep.* 2015;17(9):630.

5. Nyberg ST, Fransson EI, Heikkila K, et al. Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of 124,808 men and women. *Diabetes Care.* 2014;37(8):2268-2275.

6. Laszlo KD, Ahnve S, Hallqvist J, Ahlbom A, Janszky I. Job strain predicts recurrent events after a first acute myocardial infarction: the Stockholm Heart Epidemiology Program. *J Intern Med.* 2010;267(6):599-611.

7. Keller A, Litzelman K, Wisk LE, et al. Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health Psychol.* 2012;31(5):677-684.

8. Peter R, Hammarstrom A, Hallqvist J, Siegrist J, Theorell T, Group SS. Does occupational gender segregation influence the association of effort-reward imbalance with myocardial infarction in the SHEEP study? *Int J Behav Med.* 2006;13(1):34-43.

9. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health.* 1988;78(10):1336-1342.

10. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med.* 2013;45(5): 649-57.

11. Andersson E. Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression. Läkartidningen, 2015, 17/11, sid. 112

12. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Beteendeaktivering vid depression, 2013, Lund, Studentlitteratur AB

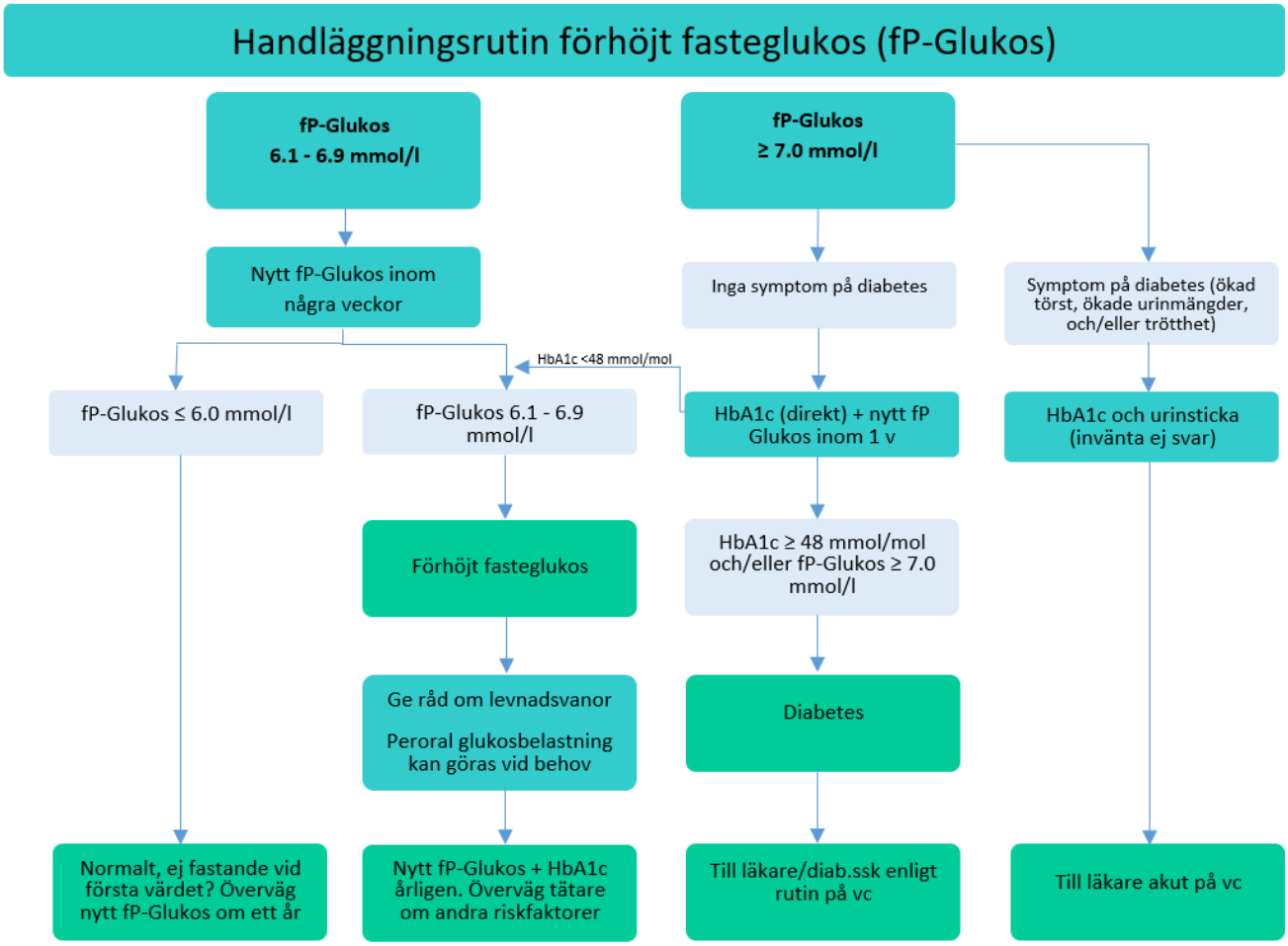
13. Kohn M, Persson Lundholm U, Bryngelsson IL, Anderzen-Carlsson A, Westerdahl E. Medical yoga for patients with stress-related symptoms and diagnoses in primary health care: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:215348.

14. Wahlstrom M, Rosenqvist M, Medin J, Walfridsson U, Rydell-Karlsson M. MediYoga as a part of a self-management programme among patients with paroxysmal atrial fibrillation - a randomised study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(1):74-82.

11. Blodsocker

Blodsocker har inte en egen rad i hälsokurvan. Fastande blodsocker (fP-Glukos) tas, se nedan handläggningsrutin:

- **fP-Glukos ≤ 6,0:** ingen åtgärd förutom allmänt samtal kring levnadsvanor utifrån hälsokurvans övriga resultat, främja goda levnadsvanor.
- **fP-Glukos 6,1 och över:** följ handläggningsrutin nedan:



Figur: Flödesschema vid förhöjt fasteglukos. Omarbetad av Mats Lowen, specialistläkare internmedicin, ST-läkare socialmedicin, Region Östergötland.

Vid förhöjt fP-Glukos 6,1 - 6,9 (dvs prediabetes):

- Erbjud kunskap om diabetes typ 2 och hur man kan förebygga och/eller fördröja debut av denna sjukdom.
- Erbjud broschyr ”En skrift om förhöjt blodsocker”[1].
- Erbjud råd om levnadsvanor enligt hälsokurvans resultat enligt MI-metod.
- Nytt fP-Glukos och HbA1c årligen om deltagaren inte har några andra riskfaktorer. Denna uppföljning görs enligt vårdcentralens ordinarie rutiner.
- Vid flera riskfaktorer rådgör med läkare som då också kan ta beslut om eventuell peroral glukosbelastning[2] och/eller andra blodprover, läkarundersökning mm.

- De deltagare som har en etablerad hjärt-kärlsjukdom (ex. genomgången hjärtinfarkt, stroke, perifer kärlsjukdom eller annan kronisk sjukdom):

  - erbjud råd om levnadsvanor och meddela patientansvarig läkare för individuell åtgärds- och behandlingsplan. Om det inte finns någon patientansvarig läkare, kontakta läkare på vårdcentralen.

Vid diagnos diabetes typ 2:

- följ er vårdcentrals rutiner för diabetes typ 2, kontakta läkare och diabetessköterska för återbesök och provtagning med mera.
- följ vårdriktlinjer för diabetes typ 2 i Skåne[3].
- följ behandlingsriktlinjer för diabetes typ 2 i Region Skåne (se bilaga 2).

Bakgrund och snabbguide – Diabetes typ 2

Diabetes typ 2 är en levnadsvanesjukdom, där det ofta föreligger ärftlighet. Insulin behövs för att ta upp socker från blodet till cellerna. Individer med diabetes typ 2 har fortfarande insulinproduktion men cellernas känslighet för insulin är nedsatt så cellerna kan inte ta upp socker från blodet i normal utsträckning, så kallad *insulinresistens*[1]. Bukspottskörteln försöker kompensera genom att öka produktionen av insulin och inledningsvis stiger både socker och insulin i blodet. På sikt kan bukspottskörteln ”tröttna” och insulinnivåerna blir då låga. I fettvävnad ger insulinresistensen en ökad produktion av fett som går ut i blodet. Detta kan ge leverförfettning och inlagring av fett i musklerna som ytterligare hämmar insulinsignalen till musklerna. Insulinresistens är ofta förenat med blodfettsrubbningar, högt blodtryck och bukfetma, det så kallade *metabola syndromet*, och medför ökad risk för sjukdomar i hjärta och kärl.

Behandling

Förutom levnadsvaneförändringar kan man ibland behöva tillägg med tabletter/injektioner som sänker blodsockret. Senare i sjukdomen kan man behöva behandla med insulin när bukspottskörteln börjar svikta och inte längre orkar producera den mängd insulin som krävs.

Följdsjukdomar

Diabetes typ 2 kan leda till olika följdsjukdomar. Vanligast är makrovaskulära komplikationer, vilka yttrar sig främst som åderförfettning i blodkärlen. Det kan på sikt leda till hjärtinfarkt och stroke, samt andra former av hjärt-kärlsjukdom. Mikrovaskulära komplikationer är skador i små kärl (ögon, njurar, fötter). *Risken för hjärt-kärlsjukdom är mellan 3 - 4 gånger högre än för de som inte har diabetes*. Det förhöjda sockret försämrar kärlväggens funktion, ökar den inflammatoriska processen i kroppen, ökar blodfettsansamling i kärlväggen och därför påskyndas åderförfettningsprocessen i kroppens kärl. Ett förhöjt blodsocker ökar även risken för proppbildning.

Förebygga diabetes typ 2

Det är väldigt bra att hitta förstadier till diabetes typ 2. Man får då möjlighet att sätta in behandling tidigt, t.ex. stöd till förändrade levnadsvanor för att förhindra, eller åtminstone fördröja debuten av diabetessjukdomen.

- Övervikt ökar risken att få diabetes typ 2.
- Högt BMI i kombination med bukfetma ökar risken ytterligare.
- Övervikt kombinerat med ärftlighet ökar risken för diabetes typ 2 kraftigt.
- Fysisk aktivitet ökar insulinkänsligheten och underlättar upptaget av glukos i cellerna.

Ett växtbaserat matmönster innehållande rikligt med fullkorn, grönsaker, baljväxter, frukt, nötter, vegetabiliska oljor samt kaffe och te har associerat med 34 procents sänkt risk för att utveckla typ 2-diabetes[4]. Flertalet stora studier från olika delar av världen visar att regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för diabetes typ 2. En kombination av råd om ökad fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor ger bäst resultat.

Goda levnadsvanor för att förebygga och behandla diabetes typ 2:

- Bra matvanor: kostmönster liknande medelhavskost dvs rikligt med grönsaker, frukt, fisk, nötter, fullkorn, omättat fett och minskat intag av rött kött, chark, sockersötade drycker och feta mejeriprodukter
- Undvika övervikt och bukfetma
- Regelbunden fysisk aktivitet
- Rök/snusstopp
- Minskad psykisk stress
- Mindre mängd alkohol om alkoholkonsumtionen är hög

Bild: Ingrid Ohlsson, hjärtmottagningen Landskrona

Tänk på deltagarens helhetsbild – hälsokurvan
Samtal kring friskfaktorer och det som fungerar
Stärk självtillit
Samtal kring levnadsvanor enligt MI-metod

Medicinsk evidens för diabetes typ 2 och hjärt-kärlprevention

Sammandrag från Socialstyrelsens riktlinjer för diabetes typ 2 reviderade 2018[5]

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna i världen som kan orsaka förtida död främst genom hjärt-kärlsjukdomar. De vanligaste formerna av diabetes är typ 1- och typ 2-diabetes. Cirka 5 procent av Sveriges vuxna befolkning har diabetes, av dessa har ca 90 procent diabetes typ 2. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för akuta och långsiktiga komplikationer. Risken för komplikationer är större ju längre tid man haft sjukdomen, och ju högre blodglukosnivån har legat över tid.

Att förebygga typ 2-diabetes och diabeteskomplikationer

Omkring 10-15 % av Sveriges befolkning uppskattas ha en så kallad prediabetes (fP-Glukos 6,1-6,9) och har då stor risk att i framtiden utveckla diabetes typ 2. Risken att utveckla typ 2-diabetes kan minska med åtgärder som rör mat och motion, och som leder till viktminskning. Hälso- och sjukvården kan därför erbjuda strukturerade program för påverkan på levnadsvanor (kost och fysisk aktivitet). Genom att angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av förändringar i blodkärlen kan diabeteskomplikationer fördröjas eller förhindras. Därför bör hälso- och sjukvården satsa på en effektiv blodtrycksbehandling och blodfettsbehandling med statiner. Vidare bör hälso- och sjukvården stödja personer med diabetes att sluta röka och att vid behov öka sin fysiska aktivitet. Hälso- och sjukvården bör även ge intensiv blodglukossänkande behandling (i syfte att minska blodglukos) vid typ 1-diabetes samt nyupptäckt typ 2 diabetes utan känd hjärt-kärlsjukdom för att uppnå bästa möjliga glukoskontroll. Viktreduktion har effekt på såväl högt blodglukos, högt blodtryck som höga blodfetter. Icke-kirurgisk behandling vid övervikt och obesitas minskar vikten cirka 5 procent på 1–2 års sikt, men vanligen leder det inte till någon bestående viktreduktion. Obesitaskirurgi ger stor viktminskning under lång tid och förbättrad glukoskontroll. Därför bör hälso- och sjukvården efter noggrann klinisk bedömning erbjuda obesitaskirurgi med strukturerad uppföljning till personer med typ 2-diabetes och svår obesitas (BMI över 40 kg/m^2). Vid svårigheter att uppnå glukos- och riskfaktorkontroll kan kirurgi övervägas även vid ett BMI på 35–40 kg/m^2.

Patientutbildning

Patientutbildning i egenvård har en central roll i vården av personer med diabetes. Hälso- och sjukvården bör erbjuda gruppbaserad patientutbildning som leds av personer med såväl ämneskompetens som pedagogisk kompetens för att nå bästa tänkbara behandlingsresultat. Det är också viktigt att anpassa egenvården och ta hänsyn till eventuella skillnader i synen på hälsa och sjukdom. Därför bör hälso- och sjukvården även erbjuda kulturellt anpassad utbildning i grupp.

Kvinnor som haft graviditetsdiabetes

Kvinnor som har haft graviditetsdiabetes (nedsatt glukostolerans som uppträder eller diagnostiseras under en graviditet) löper ökad risk för diabetes också senare i livet. Hälso- och sjukvården bör därför erbjuda stöd till att förändra ohälsosamma levnadsvanor efter en genomgången graviditetsdiabetes. Vården bör även systematiskt följa upp kvinnans vikt, blodglukos och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar.

Det vetenskapliga underlaget är starkt för att en förbättrad behandling av högt blodtryck och blodfettrubbningar medför minskad risk för mikrovaskulära komplikationer och hjärt-kärlsjukdom vid typ 2-diabetes.

Verktyg och material

Till deltagaren

- Diabetes typ 2 - 1177
  Information på 1177 om de vanligaste symptomen, behandling och vad som händer i kroppen vid diabetes typ 2.

- Diabetes – en skrift om förhöjt blodsocker – Hjärt-lungfonden
  Broschyr om diabetes som bland annat tar upp symptom, behandling och ny forskning.

Till samtalsledaren

- Vårdriktlinjer för diabetes typ 2 i Region Skåne
  AKO-Skåneriktlinjer för primärvården utifrån regional riktlinje (E118P Diabetes typ 2 med komplikationer, E119 Diabetes typ 2 utan komplikationer).

Referenser

1. Hjärt-Lungfonden. Grundläggande fakta om diabetes [Internet]. Stockholm: Hjärt-Lungfonden; 2021. [citerad 14 februari 2022]. Hämtad från: https://assets.ctfassets.net/vsg3mjkzpeus/1dF9Hb62hEQQkqPgXPHFBw/b7f6580a25a904a8b372738932bd6a58/Fakta_Diabetes_2021_WEB.pdf.

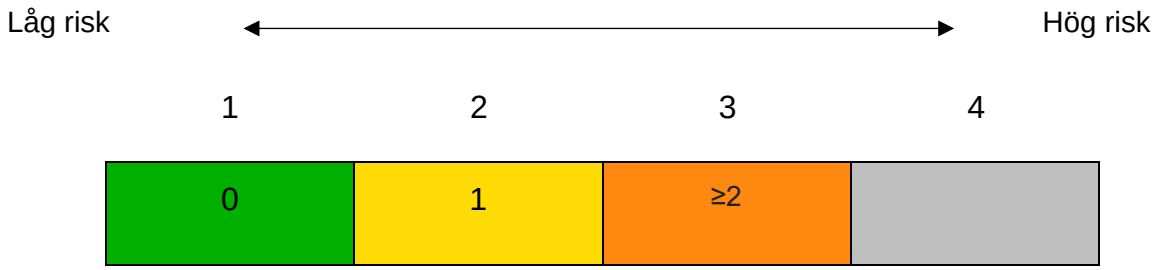
2. Region Skåne. fPt-Oral glukostolerans test (OGTT) (NPU 02196) . Skåne: Region Skåne; 2020. [citerad 18 juni 2020]. Hämtad från: http://analysportalen-labmedicin.skane.se/pics/Labmedicin/Verksamhetsomr%E5den/Klinisk%20kemi/Analyser/Skane/Glukosbelastning%20(OGTT).pdf.

3. Diabetes mellitus typ 2 - Vårdriktlinje för primärvården. Region Skåne. [Internet]. [citerad 4 augusti 2020]. Hämtad från: https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/endokrina-sjukdomar/ako/diabetes-mellitus-typ-2/.

4. Satija A, Bhupathiraju SN, Rimm EB, et al. Plant-Based Dietary Patterns and Incidence of Type 2 Diabetes in US Men and Women: Results from Three Prospective Cohort Studies. *PLoS Med.* 2016;13(6):e1002039.

5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård [Internet]. Socialstyrelsen; 2018 [uppdaterad 11 juni 2019; citerad 18 juni 2020]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/diabetes/.

12. Ärftlighet för diabetes typ 2



Deltagaren hamnar i i kolumn:

- **Grön: Ingen biologisk förälder/syskon har diabetes**
- **Gul: 1 biologisk förälder/syskon har diabetes**
- **Orange: om 2 eller flera biologiska föräldrar/syskon har diabetes**

Ärftlighet för diabetes typ 2 är betydligt starkare än för diabetes typ 1. Om en tvilling får diabetes typ 2 är risken att den andra tvillingen skall få diabetes typ 2 90 procent, om båda har ungefär samma levnadsvanor. Detta att jämföra med diabetes typ 1 där nio av tio av alla barn som insjuknar inte har någon nära släktning med typ 1-diabetes[1]. Ärftligheten är heterogen, dvs. flera olika kombinationer av genetiska rubbningar kan ge diabetes.

Invandrare från Mellanöstern utgör en högriskgrupp för diabetes typ 2, då de har dubbelt så hög diabetesprevalens som den svenskfödda populationen[2]. Den fullständiga orsaken till den höga diabetesrisken är multifaktoriell och ännu ofullständigt klarlagd, men kan sannolikt relateras till välkända riskfaktorer för diabetes såsom levnadsvanor och socioekonomisk kontext. Den populationsbaserade MEDIM studien som genomfördes 2010 - 2012 visade att i den invandrade Mellanöstern-populationen i Malmö hade över 45 procent fyra eller fler diabetesdrivande riskfaktorer[3]. Mer än varannan individ hade en eller flera förstagradssläktingar med diabetes, jämfört med var femte i den svenskfödda populationen. I studier av befolkningsgrupper med liknande genetisk bakgrund har man visat att miljön har stor betydelse för obesitas och diabetesutveckling, dvs. epigenetik har inflytande på diabetesrisk där vissa riskgener kommer till utryck i en viss miljö. På liknande sätt har man i MEDIM-studien sett att diabetesrisken är högre hos de som lider av obesitas och allra högst risk har de som har obesitas och ärftlighet för diabetes. *Så har man ärftlighet för diabetes, är det extra viktigt att undvika obesitas, i syfte att minska risken att utveckla diabetes.*

13. Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom

Låg risk ⟷ Hög risk

		1	2	3	4
Lägst ålder för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom hos biologisk:	pappa/bror/son:	Män: ≥ 70 år	55 - 69 år	45 - 54 år	<45 år
	mamma/syster/dotter:	Kvinnor: ≥ 75 år	60 - 74 år	50 - 59 år	<50 år

Villkor i hälsokurvan enligt algoritm:

- Om båda kryss hamnar i kolumn **gul,** flytta till kolumn **orange**
- Om båda kryss hamnar i kolumn **orange**, flytta till kolumn **röd**
- Det är alltid det kryss längst till höger som alstrar svar i hälsokurvan

Med ärftlighet för förtida hjärt-kärlsjukdom menas här att man har/haft en förstagradssläkting (föräldrar, barn, syskon) som fått hjärtinfarkt före 55 år vad gäller män och före 65 år för kvinnor. Kvinnor insjuknar i hjärtinfarkt cirka 8 - 10 år senare än män. Det senare insjuknandet hos kvinnor kan delvis förklaras av att kvinnor skyddas av sitt östrogen fram till menopausen samt att vissa riskfaktorer föreligger tidigare hos män än hos kvinnor (t.ex. hyperkolesterolemi). Många vetenskapliga undersökningar visar att *ärftlighet är en självständig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom* och att det dessutom verkar genom andra faktorer som blodfetter och förhöjt blodtryck. Risken ökar ju tidigare som föräldern fått hjärt-kärlsjukdom. Exempel på studier som belyser detta:

- I den amerikanska Framinghamstudien har man statistiskt kunnat visa att ärftlighet är en självständig riskfaktor[4]. De män och kvinnor som hade en ökad ärftlig belastning för hjärtinfarkt hade en 29 procents ökad risk att få hjärtinfarkt.

- I en 28-årig uppföljning av en grupp medelålders män i Göteborg, ur den primärpreventiva studien, fann man 40 procent riskökning hos de män som hade antingen mamma eller pappa som haft hjärtinfarkt[5].

- I en stor svensk registerstudie av sjukhusdata från alla svenskar födda från 1932 och deras föräldrar fann man att risken var större att få hjärtinfarkt om mamman hade haft hjärtinfarkt jämfört med pappan[6]. Risken ökade ju tidigare som föräldrarna haft hjärtinfarkt, och om båda hade haft det.

- Inom ramen för den nu pågående svenska befolkningsstudien *SCAPIS* (2013 - 2018) har det tagits blodprover och ytterligare undersökningar på totalt 30000 studiedeltagare i åldern 50-64 år[7]. Syftet är bl. a. att kartlägga den genetiska profil som är förenad med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom.

Referenser

1. Diabetesförbundet [Internet]. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: www.diabetes.se.

2. Bennet L. Hög diabetesrisk bland icke-västerländska invandrare [Internet]. Läkartidningen. 2018;115:EWPF. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2018/02/hog-diabetesrisk-bland-icke-vasterlandska-invandrare/.

3. Saha S, Leijon M, Gerdtham U, et al. A culturally adapted lifestyle intervention addressing a Middle Eastern immigrant population at risk of diabetes, the MEDIM (impact of Migration and Ethnicity on Diabetes In Malmo): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14:279.

4. Myers RH, Kiely DK, Cupples LA, Kannel WB. Parental history is an independent risk factor for coronary artery disease: the Framingham Study. *Am Heart J.* 1990;120(4):963-969.

5. Wilhelmsen L, Lappas G, Rosengren A. Risk of coronary events by baseline factors during 28 years follow-up and three periods in a random population sample of men. *J Intern Med.* 2004;256(4):298-307.

6. Sundquist K, Li X. Differences in maternal and paternal transmission of coronary heart disease. *Am J Prev Med.* 2006;30(6):480-486.

7. Scapis. Världsunik studie ska förhindra hjärtkärlsjukdom [Internet]. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: www.scapis.se.

14. Kroppsmasseindex (BMI)

Låg risk ←——————————→ Hög risk

1	2	3	4
<25,0	25,0 – 29,9	30,0 – 34,9	≥35,0
Åtgärd: Grön	**Åtgärd**: Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd:** Röd

OBS! Även BMI under 18,5 bör uppmärksammas då detta kategoriseras som undervikt och medför hälsorisker, samtidigt som sambandet med hjärtkärlsjukdom är svagt.

Åtgärd: Grön

- Bekräfta hälsofördelar med att bibehålla normalvikt (BMI 18,5–24,9)
- Erbjud broschyren ”Goda levnadsvanor gör skillnad”.

Åtgärd: Gul

- Informera om att även ett BMI som motsvarar övervikt (BMI 25,0–29,9) kan innebära ökad risk för framtida hjärtkärlsjukdom.
- Utgå från avsnitten och åtgärderna avseende matvanor, fysisk aktivitet och motiverande samtal i metodstöden. Huvudfokus bör läggas på att skapa hälsosamma matvanor som ger förutsättningar till viktnedgång, helst i kombination med att rekommendationen om fysisk aktivitet uppnås.
- Erbjud eventuell uppföljning av matvanor och fysisk aktivitet efter 4–8 veckor. Beräkna nytt BMI.
- Erbjud broschyren ”Goda levnadsvanor gör skillnad” eller hänvisa till Sunda vanor - 1177.

Åtgärd: Orange

- Erbjud behandling av obesitas enligt Region Skånes riktlinje för primärvården.

Åtgärd: Röd

- Erbjud behandling av obesitas enligt Region Skånes riktlinje för primärvården.

Snabbguide – Kroppsmasseindex (BMI)

Att mäta BMI:

1. Längd mäts utan skor och kan avrundas till närmsta 0,5 cm.
2. Vikt mäts utan skor och fullt påklädd (ej ytterkläder). Avlägsna tyngre föremål från fickor.
3. Ange vikt i kg med en decimal. Viktavdrag för kläder kan göras med 1kg[1].
4. BMI beräknas genom att dividera deltagarens vikt (i kilogram) med längden (i meter) i kvadrat (kg/m^2):

$$BMI = \frac{vikt\ i\ kg}{(längd\ i\ m)^2}$$

- BMI-kalkylator
- BMI tar inte hänsyn till hur fettet är fördelat i kroppen. Därför är det bra att även mäta midjemått eller midja-stusskvot (se avsnitt Midja-stusskvot).
- Även vid normalvikt enligt BMI kan en individ ha ett större midjemått än vad som är hälsosamt.
- All förändring av matvanorna som minskar energiintaget leder till en viktnedgång, oberoende av fördelning av kolhydrater, protein och fett. Det viktigaste är att det dagliga energiintaget reduceras med 500 - 1000 kcal under aktuellt energibehov.
- Förändrade matvanor har större betydelse för viktnedgång än ökad fysisk aktivitet. Bäst effekt uppnås dock vid en kombination av de båda levnadsvanorna.
- Betydande hälsovinster kan ses redan vid en viktnedgång på 5 - 10 procent.
- Stigmatisering vid obesitas är vanligt förekommande. Det är därmed särskilt angeläget att ha en förståelse för alla de bakomliggande faktorer som bidrar till obesitas och bemöta deltagare med en övervikt eller obesitas med ett personcentrerat förhållningssätt som undviker skuldbeläggande och pekpinnar.
- Region Skånes riktlinje för primärvården baseras på nationellt kliniskt kunskapsstöd och instruerar hur primärvården bör utreda och behandla obesitas[2].

Bakgrund

I hälso- och sjukvården behandlas flertalet sjukdomar och symptom som till viss eller stor del orsakas av övervikt och obesitas[2]. Klassificering av övervikt och obesitas sker oftast med hjälp av kroppsmasseindex (BMI). Förekomsten av obesitas har mer än fördubblats i världen sedan 1990[3]. Idag har två av fem vuxna en övervikt eller obesitas (BMI ≥25) och nästan var sjätte vuxen har obesitas (BMI ≥30). Övervikt och obesitas har blivit vanligare än undervikt (BMI <18.5) och orsakar fler dödsfall än vad undernäring gör.

Vid obesitas föreligger en kraftigt ökad risk för typ 2 diabetes, hypertoni, dyslipidemi, fettlever, insulinresistens, gallsten, sömnapnésyndrom och psykosociala problem[2]. Många av dessa sjukdomar är kopplade till bukfetma. En måttligt ökad risk ses för olika former av hjärt-kärlsjukdom, en del cancerformer, artrosförändringar i viktbärande leder, uratförhöjning och gikt. Obesitas är också korrelerat med psykisk ohälsa[4].

Övervikt och obesitas orsakas på individnivå av ett energiintag som kontinuerligt överstiger individens energibehov[3]. Den kraftigt ökade globala förekomsten har uppstått bland annat till följd av en ökad konsumtion av energitäta livsmedel (rika på fett och socker) och minskad fysisk aktivitet och ökat stillasittande till följd av ändrade arbetsformer, passiva transportmedel och urbanisering. Ärftlighet är också en starkt bidragande faktor och utveckling av övervikt och obesitas beror ofta på ett samspel mellan gener och livsmiljö.

Att mäta BMI

BMI beräknas genom att dividera individens vikt (i kilogram) med längden (i meter) i kvadrat (kg/m^2). Längd mäts utan skor och kan avrundas till närmsta 0,5 cm. Vikt mäts utan skor med deltagaren fullt påklädd (ej ytterkläder). Avlägsna tyngre föremål, såsom t.ex. mobiltelefon. Vikten anges i kg med en decimal. Viktavdrag för kläder kan göras med 1 kg[1].

Tabell. Gränsvärden för normalvikt, övervikt och obesitas enligt WHO.

Grupp	BMI
Normalvikt	18,5 - 24,9
Övervikt	25 - 29,9
Obesitas grad I	30 - 34,9
Obesitas grad II	35 - 39,9
Obesitas grad III	>40

Observera att BMI inte tar hänsyn till var fettet är fördelat i kroppen. Därför är det bra att även kontrollera midjemått eller midja-stusskvot (se avsnitt Midja-stusskvot). Även vid normalvikt enligt BMI kan en individ ha ett större midjemått än vad som är hälsosamt.

Övervikt och obesitas i Sverige

Över hälften (54 procent) av Sveriges vuxna befolkning, 16 - 84 år, har övervikt eller obesitas (BMI >25) enligt självrapporterade data[5]. Högst andel ses i Gävleborgs län och Västernorrlands län (61 procent), medan lägst andel ses i Stockholm (47 procent). Andelen svenskar med övervikt och obesitas har successivt ökat. Andelen med övervikt och obesitas ökar med åldern (upp till 65 år) och är lägst vid 16 - 29 år (31 procent) och högst vid 45 - 64 år (64 procent). En högre andel män än kvinnor rapporterar övervikt (41 procent vs 30 procent), i alla ålderskategorier, medan andelen är lika när det gäller obesitas (18 procent).

Andelen med övervikt och obesitas i Skåne återspeglar Sverige i stort, med 40 procent män och 29 procent kvinnor med rapporterad övervikt och 19 procent män och 16 procent kvinnor med obesitas[5]. Totalt har drygt hälften (52 procent) av Skånes vuxna befolkning övervikt eller obesitas enligt självrapporterade data.

Viktstigma

Människor med obesitas blir ofta diskriminerade både på sina arbetsplatser, i skolan och inom hälso- och sjukvården[6,7]. Diskriminering på grund av vikt är en av de vanligast förekommande formerna av diskriminering i dagens samhälle och kvinnor är mer utsatta än män.

Forskning visar att viktstigma kan orsaka både fysisk och mental ohälsa och att de som är utsatta i mindre utsträckning får tillräcklig vård[7,8]. Individer med obesitas uppfattas ofta som lata och glupska, med en avsaknad av viljestyrka och självdisciplin, även av hälso- och sjukvårdspersonal.

Vuxna och barn som utsätts för viktstigma har större sannolikhet för att undvika träning och fysisk aktivitet, samt att äta ohälsosamt och vara stillasittande[7,9]. Forskning visar därmed paradoxalt att viktstigma snarare leder till viktökning och förvärrad obesitas än till viktnedgång.

Rädsla för fördomar och stigmatisering orsakar skada genom att individer med obesitas i större utsträckning drar sig för att söka vård, både för sin obesitas och för andra åkommor.

Folkhälsoinsatser som enbart betonar det personliga ansvaret och en hälsosam livsstil, med fokus på matvanor och fysisk aktivitet, bortser från andra viktiga bestämningsfaktorer som är starkt bidragande till obesitasepidemin.

Tänk på att! Alltid be om lov att prata om vikt innan dialogen inleds. Tänk även på att använda ”people-first language” genom att undvika ord som ”fet”, ”överviktig” och ”obes”, och istället prata att om att individen har en övervikt eller obesitas[10].

Vetenskaplig evidens

<u>Risker med övervikt och obesitas</u>

Både övervikt och obesitas har associerats med en ökad risk för framtida hjärt-kärlsjukdom[3]. I en studie med 190 000 vuxna sågs en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom med 20 procent hos män och 30 procent hos kvinnor med övervikt, 67 procent hos män och 85 procent hos kvinnor med obesitas grad I och II, och 214 procent hos män och 153 procent hos kvinnor med obesitas grad III, jämfört med normalvikt[11]. En systematisk översikt och meta-analys med 4,5 miljoner metabolt friska deltagare identifierade en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom med 34 procent vid övervikt och 58 procent vid obesitas, jämfört med normalvikt[12]. I en

annan stor studie med en halv miljon deltagare (EPIC-CVD) sågs en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom hos metabolt friska vuxna med 26 procent vid övervikt och 28 procent vid obesitas, jämfört med normalvikt[13]. Liknande resultat sågs även i en studie av 90 000 kvinnor (Nurses' Health Study), där metabolt friska hade en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom med 21 procent vid övervikt och 39 procent vid obesitas, och metabolt sjuka (diabetes, hypertoni eller hyperkolesterolemi) en ökad risk med 140 procent redan vid normalvikt, 160 procent vid övervikt och 215 procent vid obesitas, jämfört med de metabolt friska och normalviktiga[14].

Vinster med viktnedgång vid övervikt och obesitas

Viktnedgång vid övervikt och obesitas leder till både förbättrade riskmarkörer, minskad risk för hjärt-kärlsjukdom och minskad död i hjärt-kärlsjukdom. I en interventionsstudie med 600 vuxna med övervikt eller obesitas (PREDIMED-plus) så delades deltagarna in i en interventionsgrupp (med råd om energibegränsad medelhavskost och ökad fysisk aktivitet), eller i en kontrollgrupp (med basala kostråd utan fokus på viktnedgång)[15]. Efter ett år sågs både en signifikant viktnedgång och signifikant bättre fasteglukos, triglycerider, HDL-kolesterol och midjemått hos interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen. I en systematisk översikt och meta-analys av ett stort antal interventionsstudier från 2017 så fann forskarna att viktnedgång vid obesitas ledde till en signifikant minskad dödlighet, oavsett orsak[16]. Vidare sågs en icke-signifikant minskning i hjärt-kärldödlighet och en icke-signifikant minskad risk för hjärt-kärlsjukdom.

För att uppnå varaktig viktnedgång bör råd om hälsosamma matvanor helst ges i kombination med råd om fysisk aktivitet. Enbart reduktion av energiintag kan föranleda viktnedgång med relativt stor förlust av muskelmassa. I ett amerikanskt register av över 10 000 individer som lyckats gå ner i vikt och bibehålla sin viktnedgång över tid så fann man att kombinationen av förändrade matvanor och ökad fysisk aktivitet var tydliga framångsfaktorer[17]. Specifikt så var daglig frukost, vägning varje vecka, begränsning av tv-tittande och fysisk aktivitet minst 60 min per dag särskilt bidragande. I en systematisk översikt och meta-analys av interventionsstudier från 2014 studerades vuxna med övervikt eller obesitas som under minst ett år fått stöd till viktnedgång[18]. Författarna utvärderade resultatet utifrån enbart förändrade matvanor eller en ökad fysisk aktivitet, eller förändrade matvanor i kombination med ökad fysisk aktivitet. Kombinationen av förändrade matvanor och fysisk aktivitet visade bäst resultat, både vad gällde viktminskning, fettmassa, blodfetter och blodtryck, jämfört med varje levnadsvana var för sig. Förändrade matvanor gav bättre utfall än ökad fysisk aktivitet när de både levnadsvanorna jämfördes med varandra.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utförde 2013 en systematisk översikt av den vetenskapliga litteraturen kring råd om mat vid obesitas[19]. Avseende råd om mat för viktnedgång kom SBU till slutsatsen att det inte fanns en specifik kost som gav bäst resultat, utan att "flera olika råd om ändrade kost- och dryckesvanor kan minska vikt eller midjeomfång hos personer med fetma". På kort sikt (sex månader) så såg man att råd om strikt eller måttlig lågkolhydratkost var mer effektivt för viktnedgång än råd om lågfettkost. På längre sikt sågs dock inga skillnader i viktnedgång mellan olika kostråd, såsom lågkolhydratkost, lågfettkost, högproteinkost, medelhavskost, m.fl. Vid bibehållen obesitas leder intensiv rådgivning om medelhavskost (med extra olivolja eller nötter och mandel) till lägre risk för insjuknande eller död i hjärt-kärlsjukdom jämfört med råd om lågfettkost.

Senare forskning ger ytterligare stöd för att det inte finns ett specifikt kostmönster som är bättre än något annat för viktnedgång, utan att målsättningen är att upprätta och bibehålla matvanor som leder till negativ energibalans[20]. En systematisk översikt från 2016 fokuserade på interventionsstudier och jämförde medelhavskost med fem andra kostmönster avseende viktnedgång och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hos vuxna med övervikt eller obesitas[21]. Författarna fann att alla dieterna ledde till viktnedgång och förbättrade riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och att inget kostmönster gav bättre resultat än något annat.

Vårdriktlinjer för behandling av obesitas

AKO Skåne har utarbetat en riktlinje för behandling av obesitas inom primärvården som finns tillgänglig på Vårdgivare Skåne: Region Skånes riktlinje för primärvården.

The Obesity Management Task Force of the European Association of the Study of Obesity har tagit fram europeiska riktlinjer för behandling av obesitas hos vuxna[22]. Likaså finns det europeiska riktlinjer som riktar sig specifikt till primärvården[23]. Båda riktlinjerna poängterar vikten av en realistisk och långsiktig viktnedgång med samtidig behandling av samsjuklighet, samt efterföljande stöd till bibehållande av den nya vikten och till förhindrande av viktuppgång. En realistisk målsättning anses vara en viktnedgång på 5 - 15 procent över sex månader, med en viktnedgång på ca 0,5 - 1 kg i veckan. Vid BMI 35 och över kan en högre målsättning övervägas (20 procent eller mer). Påtagliga hälsovinster kan ses redan vid en viktnedgång på 5 - 10 procent. Matvanornas sammansättning av kolhydrater, fett och protein är av mindre betydelse för viktnedgång. Det viktiga är att det dagliga energiintaget reduceras med 500 - 1000 kcal under aktuellt energibehov. Behandling av obesitas bör ske av ett multidisciplinärt team och genom personcentrerad vård med motiverande samtalsmetodik. Att förhindra stigmatisering samt stärka individens självkänsla, kroppsuppfattning och livskvalitet är viktiga komponenter som inte bör förbises. Förändrade matvanor kan med fördel kombineras med fysisk aktivitet och styrketräning för att underlätta viktnedgång, reducera sjukdomsrisk, bibehålla muskelmassa och ny vikt, samt förebygga viktuppgång.

Patientinformation

1177 - Obesitas – fetma och övervikt hos vuxna

Referenser

1. Whigham LD, Schoeller DA, Johnson LK, Atkinson RL. Effect of clothing weight on body weight. *Int J Obes (Lond).* 2013;37(1):160-161.

2. Region Skåne. Fetma – AKO Skåne-riktlinje för primärvården [Internet]. [citerad 14 oktober 2025]. Hämtad från: https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/endokrina-sjukdomar/ako/fetma/

3. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. [citerad 14 oktober 2025]. Hämtad från: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

4. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, et al. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep.* 2015;4(3):303-310.

5. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor [Internet]. [citerad 14 oktober 2025]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/

6. Puhl RM. Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. Gastroenterology clinics of North America. 2023; 52(2), 417–428.

7. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med. 2020 Apr;26(4):485-497.

8. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. J Adv Nurs. 2018 May;74(5):1030-1042.

9. Pearl RL, Wadden TA, Jakicic JM. Is weight stigma associated with physical activity? A systematic review. Obesity (Silver Spring). 2021 Dec;29(12):1994-2012.

10. Crowley N. Person-First Treatment Strategies: Weight Bias and Impact on Mental Health of People Living with Obesity. Primary care. 2023; 50(1), 89–101.

11. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, et al. Association of Body Mass Index With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Compression of Morbidity. JAMA Cardiol. 2018;3(4):280-287.

12. Opio J, Croker E, Odongo GS, Attia J, Wynne K, McEvoy M. Metabolically healthy overweight/obesity are associated with increased risk of cardiovascular disease in adults, even in the absence of metabolic risk factors: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Obesity Reviews. 2020; 21:e13127.

13. Lassale C, Tzoulaki I, Moons KGM, et al. Separate and combined associations of obesity and metabolic health with coronary heart disease: a pan-European case-cohort analysis. *Eur Heart J.* 2018;39(5):397-406.

14. Eckel N, Li Y, Kuxhaus O, Stefan N, Hu FB, Schulze MB. Transition from metabolic healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk across BMI categories in 90 257 women (the Nurses' Health Study): 30 year follow-up from a prospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(9):714-724.

15. Salas-Salvado J, Diaz-Lopez A, Ruiz-Canela M, et al. Effect of a Lifestyle Intervention Program With Energy-Restricted Mediterranean Diet and Exercise on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors: One-Year Results of the PREDIMED-Plus Trial. *Diabetes Care.*

2019;42(5):777-788.

16. Ma C, Avenell A, Bolland M, et al. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2017;359:j4849.

17. NWCR. National Weight Control Registry [Internet]. [citerad 28 mars 2020]. Hämtad från: http://www.nwcr.ws/

18. Schwingshackl L, Dias S, Hoffmann G. Impact of long-term lifestyle programmes on weight loss and cardiovascular risk factors in overweight/obese participants: a systematic review and network meta-analysis. *Syst Rev.* 2014;3:130.

19. SBU. Mat vid fetma. En systematisk litteraturöversikt. . Vol SBU-rapport nr 218. . Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2013.

20. Yannakoulia M, Poulimeneas D, Mamalaki E, Anastasiou CA. Dietary modifications for weight loss and weight loss maintenance. *Metabolism.* 2019;92:153-162.

21. Mancini JG, Filion KB, Atallah R, Eisenberg MJ. Systematic Review of the Mediterranean Diet for Long-Term Weight Loss. *Am J Med.* 2016;129(4):407-415 e404.

22. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts.* 2015;8(6):402-424.

23. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts.* 2019;12(1):40-66.

15. Midja-stusskvot

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
Män: <0,90 Kvinnor: <0,78	0,90 - 0,94 0,78 - 0,82	0,95 - 0,99 0,83 - 0,87	≥ 1,00 ≥ 0,88
Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd:** Röd

OBS! Världshälsoorganisationens (WHOs) gränser motsvarar inte gränserna i hälsokurvan.

Åtgärd: Grön

- Bekräfta hälsofördelar med att bibehålla en hälsosam midja-stusskvot
- Erbjud broschyren ”Goda levnadsvanor gör skillnad”.

Åtgärd: Gul

- Utgå från avsnitten och åtgärderna avseende matvanor, fysisk aktivitet och motiverande samtal i metodstödet. Huvudfokus bör läggas på att skapa hälsosamma matvanor som ger förutsättningar till viktnedgång, helst i kombination med att rekommendationen om fysisk aktivitet uppnås.
- Erbjud uppföljning av matvanor och fysisk aktivitet efter 4 - 8 veckor. Uppmät nytt BMI.
- Erbjud broschyren ”Goda levnadsvanor gör skillnad” eller hänvisa till Sunda vanor - 1177.

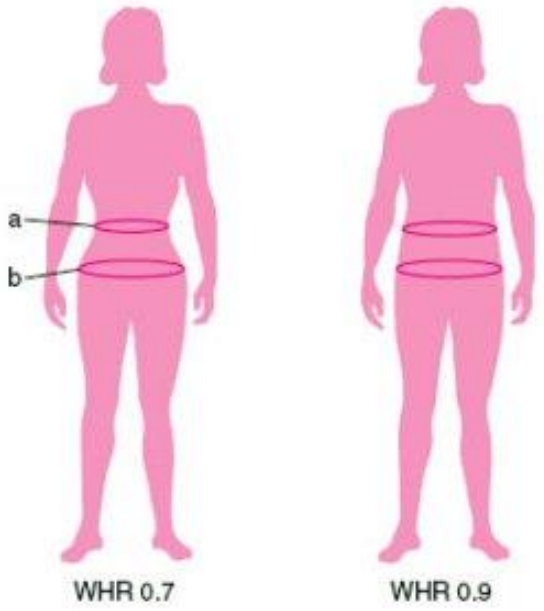
Åtgärd: Orange/ Röd

- Råd enligt åtgärd Gul
- Vid BMI ≥30, erbjud stöd och uppföljning för behandling av obesitas vid enligt Vårdprogram för fetma hos vuxna och vårdcentralens rutiner.

Snabbguide – Midja-stusskvot

Att mäta midjemått:

1. Midjemåttet mäts med måttband genom att be deltagaren att ställa sig upp och dra undan tjockare kläder. Känn dig fram till punkten mellan övre delen på höftbenskanten och nedre delen av revbensbågen. Placera måttbandet vid denna punkt och be deltagaren att andas ut med händerna hängande längst sidan av kroppen. Mät midjemåttet utan att dra åt måttbandet.
2. Höftmåttet mäts vid bredaste stället runt stussen med måttband.
3. Midja-stusskvot beräknas sedan genom att dividera midjemåttet med höftmåttet.



Figur: Exempel på en normal (0,7) och en förhöjd (0,9) midja-stusskvot hos en kvinna.

- Det finns ett tydligt vetenskapligt samband mellan högre midja-stusskvot och ökad risk för att insjukna i hjärtinfarkt. Kopplingen är något starkare hos kvinnor än hos män.
- Till skillnad från BMI så ger midja-stusskvot en indikation på hur fettet är fördelat i kroppen. Midjemåttet anger graden av bukfetma, som i sig är en oberoende riskfaktor för ohälsa.
- Region Skåne har ett utarbetat ”Vårdprogram för fetma hos vuxna”.

Bakgrund

Midjemåttet är ett sätt att mäta bukfetma (och därmed även indirekt det viscerala fettet) som i studier visat sig vara särskilt hälsofarligt. Samtidigt tycks ett ökat stussomfång snarare vara skyddande. Därmed blir kvoten mellan dessa, där en riskfaktor ställs mot en skyddande faktor, av särskilt intresse vid bedömning av risk för framtida ohälsa. En individ kan ha en förhöjd midja-stusskvot eller ett ökat midjemått trots ett normalt BMI och därmed ändå ha en ökad risk för ohälsa. Likaså kan en mycket vältränad individ med ett högre BMI ändå ha en normal midja-stusskvot. Det är därför viktigt att göra en helhetsbedömning som tar hänsyn till både BMI och midja-stusskvot, då det ur ett hälsoperspektiv är angeläget att få en indikation på hur fettmassan är fördelad i kroppen. Observera att midja-stusskvot ibland omnämns som midja-höftkvot.

Att mäta midja-stusskvot

Midja-stusskvot beräknas genom att dividera midjemåttet med höftmåttet. Observera att båda måtten måste vara i samma måttenhet, vanligtvis centimeter. Midjemåttet mäts med måttband genom att be deltagaren att ställa sig upp och dra undan tjockare kläder. Känn dig fram till punkten mellan övre delen på höftbenskanten och nedre delen av revbensbågen. Placera måttbandet vid denna punkt och be deltagaren att andas ut med händerna hängande längst sidan av kroppen. Mät midjemåttet utan att dra åt måttbandet. Höftmåttet mäts vid bredaste stället runt stussen med måttband.

Tabell. Gränsvärden för midja-stusskvot och midjemått

	Män	Kvinnor
Förhöjd midja-stusskvot	>1,0*	>0,85
Ökat midjemått	>94 cm	>80 cm
Kraftigt ökat midjemått	>102 cm	>88 cm

Vetenskaplig evidens

Risker med hög midja-stusskvot

I en systematisk översikt och meta-analys publicerad 2018 undersöktes sambandet mellan midja-stusskvot och risk för hjärtinfarkt[1]. Författarna konkluderade att en högre midja-stusskvot var associerat med en tydligt ökad risk för hjärtinfarkt och att sambandet var starkare hos kvinnor än hos män.

Likaså visades i en norsk prospektiv studie, publicerad 2016, med en kohort på över 140 000 deltagare att midja-stusskvot kunde förutspå risk för hjärtinfarkt bättre än andra mått på kroppsammansättning, såsom kroppsmasseindex och midjemått[2]. I studien kunde man se att en dryg fjärdedel (26 procent) av alla fall av hjärtinfarkt hos kvinnor och knappt var tionde (9,3 procent) fall hos män kunde förklaras av en förhöjd midja-stusskvot, jämfört med de med normal midja-stusskvot efter justering för BMI och andra riskfaktorer.

I en brittisk prospektiv studie från 2018 med över 500 000 medelålders män och kvinnor

** Senare gränsvärden från WHO gör gällande att det troligtvis råder en förhöjd risk redan vid ≥0,9 för män.*

kunde också ses att sambandet mellan förhöjd midja-stusskvot och risken att insjukna i hjärtinfarkt var starkare hos kvinnor (49 procent ökad risk) än hos män (36 procent ökad risk)[3]. Vidare sågs även i denna studie att sambandet var starkare vid en hög midja-stusskvot än vid ett högt BMI.

I INTERHEART, en världsomspännande fallkontrollstudie om riskfaktorer för hjärtinfarkt, fann författarna att en högre midja-stusskvot visade ett tydligt samband med att insjukna i hjärtinfarkt[4]. Likaså sågs att en femtedel (20 procent) av alla fall av hjärtinfarkt kunde förklaras av en högre midja-stusskvot. I en uppföljande studie såg författarna att en betydligt högre andel fall av hjärtinfarkt kunde förklaras av en förhöjd midja-stusskvot (24,3 procent) än av ett högt BMI (7,7 procent)[5].

Fysisk aktivitet och midja-stusskvot

Oberoende av potentiell effekt på BMI och kroppsvikt från fysisk aktivitet, så kan fysisk aktivitet också bidra till en hälsosammare midja-stusskvot och kroppssammansättning. Detta till följd av att regelbunden fysisk aktivitet bidrar till en reducerad fettmassa och en ökad muskelmassa, vilket kan leda till ett minskat midjemått samtidigt som stussmåttet förblir oförändrat eller till och med ökar något. Ökad fysisk aktivitet kan också påverka insulinkänsligheten och därigenom minska risken för bukfetma. Fysisk aktivitet kan dock inte möjliggöra punktförbränning av fettmassa, till exempel vad gäller midja och stuss, och våra genetiska anlag har fortsatt stor betydelse för hur fettmassan är fördelad i kroppen.

Vårdriktlinjer för behandling av obesitas

Region Skåne har utarbetat ett styrande dokument, ”Vårdprogram för fetma hos vuxna”, som det åligger alla utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne att följa såvida inte särskilda skäl föreligger.

Verktyg och material

Till deltagaren

- Så bedömer du din vikt - 1177
  Information på 1177 med instruktioner kring mätning av vikt, längd och midjemått.

- Riksförbundet HOBS (Hälsa oberoende av storlek)
  En ideell patientorganisation som jobbar med frågor som rör övervikt och obesitas.

Till samtalsledaren

- Övervikt och fetma - Livsmedelsverket
  Information om övervikt och obesitas.

- BMI-kalkylator

Referenser

1. Cao Q, Yu S, Xiong W, et al. Waist-hip ratio as a predictor of myocardial infarction risk: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(30):e11639.

2. Egeland GM, Igland J, Vollset SE, Sulo G, Eide GE, Tell GS. High population attributable fractions of myocardial infarction associated with waist-hip ratio. *Obesity (Silver Spring).* 2016;24(5):1162-1169.

3. Peters SAE, Bots SH, Woodward M. Sex Differences in the Association Between Measures of General and Central Adiposity and the Risk of Myocardial Infarction: Results From the UK Biobank. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(5).

4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-952.

5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet.* 2005;366(9497):1640-1649.

16. Blodtryck

Låg risk ⟷ Hög risk

	1	2	3	4
Systoliskt Diastoliskt	< 140 < 90	140 - 169 90 - 104	170 - 199 105 - 114	≥ 200 ≥ 115
	Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd**: Röd

Villkor i hälsokurvan enligt algoritm:

- Om systoliskt och diastoliskt blodtryck hamnar i olika kolumner, väljs den kolumn som motsvarar högst risk

OBS! Blodtrycksgränserna i handläggningsrutinen för förhöjt blodtryck motsvarar inte blodtrycksgränser/algoritmer i hälsokurvan.

Åtgärd: Grön:
Systoliskt blodtryck ≤130 och/eller diastoliskt blodtryck ≤ 85 räknas som normalt blodtryck hos en i övrigt frisk individ (för vissa kroniska sjukdomar t.ex. diabetes, njursjukdom kan lägre gränsvärden gälla)

- ingen åtgärd förutom genomgång av deltagarens hela hälsokurva och samtal utifrån den samt främja goda levnadsvanor

Åtgärd: Gul/Orange/Röd dvs. vid förhöjt blodtryck >130/85:

1. Gör SCORE bedömning utifrån deltagarens resultat från hälsokurvan.
2. Bedöm risknivå; låg, måttlig eller hög eller mycket hög risk.
3. Följ handläggningsrutin för förhöjt blodtryck och uppföljning enligt denna.
4. Erbjud kunskap om högt blodtryck och samband med hjärt-kärlsjukdom
5. Erbjud broschyr "Blodtrycket – en skrift om högt blodtryck" från Hjärt-Lungfonden[1].
6. Samtal kring levnadsvanor utifrån deltagarens hälsokurva enligt MI-metod.

Deltagare som redan har känd hjärt-kärlsjukdom, njursjukdom, diabetes, m.fl. andra kroniska sjukdomar - behandlande läkare meddelas för individuell åtgärds- och behandlingsplan. Finns ingen behandlande läkare kontaktas läkare på vårdcentral. Erbjud alltid råd om levnadsvanor utifrån deltagarens hälsokurva.

I de fall där läkare behöver kopplas in gäller det oftast att man behöver komplettera med status (hjärt/lungauskulation mm) och ytterligare blod/urinprov/EKG. Detta gör man för att utesluta andra orsaker till förhöjt blodtryck (se bakgrund hypertoni) och för få en bättre helhetsbild. Ibland kan det också bli aktuellt med läkemedelsbehandling.

1. Gör SCORE bedömning utifrån deltagarens resultat från hälsokurvan.

Hur använda SCORE[2]

Gå in i SCORE tabell; plotta in efter ålder, kön, rökare/icke-rökare, blodtryck, totalkolesterol från hälsokurvans resultat och läs av riskvärde i aktuell ruta (anges i procent).

	KVINNOR											MÄN									
	ICKE-RÖKARE					RÖKARE					ÅLDER	ICKE-RÖKARE					RÖKARE				
SYSTOLISKT BLODTRYCK (mmHg)	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	2	3	4	4	5	5	6	7	8	10	65	6	7	9	10	12	12	14	17	20	23
160	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7		4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
140	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5		3	4	4	5	6	6	7	8	10	12
120	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3		2	2	3	3	4	4	5	6	7	8
180	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	60	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16
160	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4		3	3	4	5	6	6	7	8	9	11
140	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3		2	2	3	3	4	4	5	5	7	8
120	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2		1	2	2	2	3	3	3	4	5	5
180	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	55	2	3	4	4	5	5	6	7	8	10
160	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2		2	2	2	3	3	4	4	5	6	7
140	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2		1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
120	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
180	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	50	2	2	2	3	3	3	4	4	5	6
160	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	2	2	2	3	3	4	4
140	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	2	2	3	3
120	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
180	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	40	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0	1	1	1	1	1	1	1	2
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

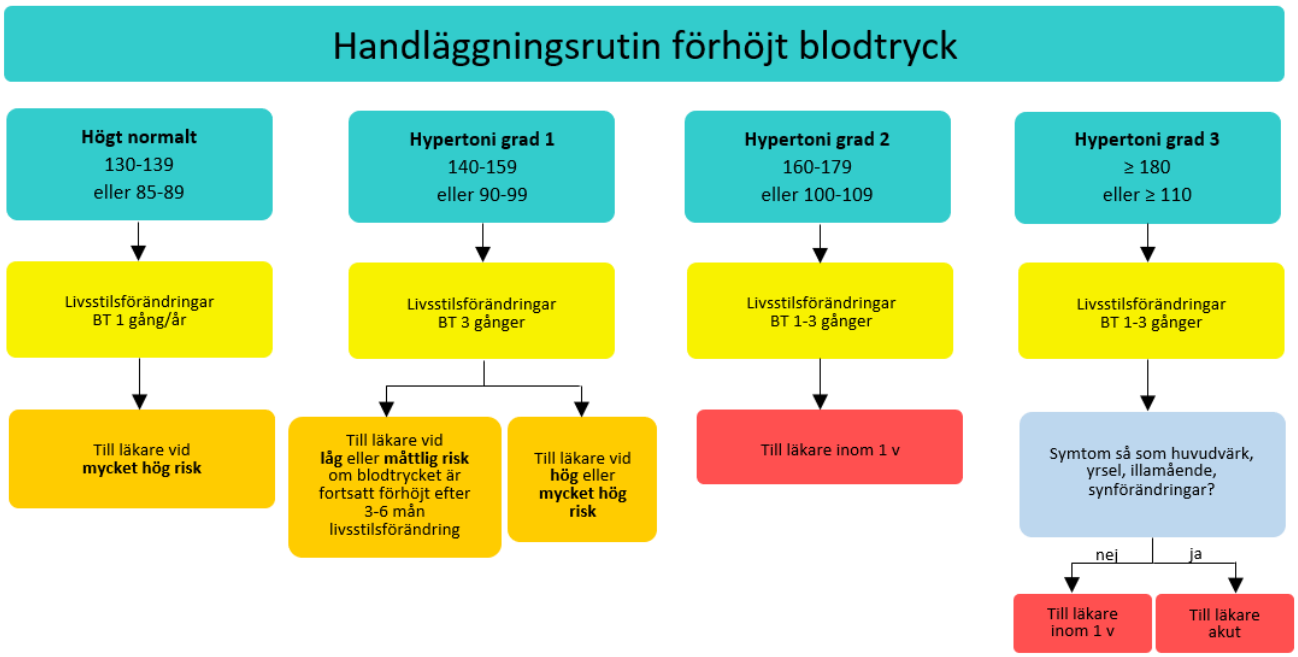
TOTAL KOLESTEROL (mmol/L)

Score är en algoritm för att uppskatta procentuell beräknad risk att avlida i kardiovaskulär sjukdom (stroke, hjärtinfarkt, perifer kärlsjukdom) inom 10 år. Bygger på data från epidemiologiska europeiska undersökningar som adapterats för svenska förhållanden. Används till deltagare **utan** känd diabetes eller hjärtkärlsjukdom.

2. Bedöm risknivå; låg, måttlig eller hög eller mycket hög risk

Risknivå	**Beräknad SCORE**	**Innefattar även**
Låg risk	<1 procent	
Måttlig risk	1 procent - < 5 procent	Unga patienter med diabetes (typ-1 < 35 år, typ-2 <50 år) med diabetesduration <10 år, utan övriga riskfaktorer
Hög risk	5 - < 10 procent	Markant förhöjning av enskilda riskfaktorer; t ex totalkolesterol> 8mmol/L, LDL kolesterol >4,9 mmol/L, systoliskt blodtryck≥180mmHg och/eller diastoliskt blodtryck≥ 110mmHg Rökare med > 20paketår Diabetes utan komplikationer, med diabetesduration ≥10 år eller 1-2 övriga riskfaktorer Familjär hyperkolesterolemi (FH) utan övriga riskfaktorer Måttligt nedsatt njurfunktion GFR < 30-59 mL/min/1,73 m²
Mycket hög risk	≥ 10 procent	Tidigare dokumenterad kardiovaskulär sjukdom Diabetes med komplikationer eller minst 3 övriga riskfaktorer Diabetes typ-1 med minst 20 års duration FH med minst en övrig riskfaktor Kraftigt nedsatt njurfunktion GFR< 30mL/min/1,73 m²

3. Följ handläggningsrutin för förhöjt blodtryck och uppföljning enligt denna.



Figur: Flödesschema förhöjt blodtryck. Omarbetad efter ESC guideline för hypertension 2018[3]

Blodtryck 130 - 139/85-89 benämns högt-normalt blodtryck. Risken för att utveckla hypertoni ökar ju närmare gränsen för hypertoni man kommer. Personer med högt-normalt blodtryck har ungefär dubbelt så hög risk att inom 10 år utveckla hypertoni jämfört med personer med blodtryck < 130/85. Deltagare med högt-normalt blodtryck rekommenderas själva se till att blodtrycket kontrolleras årligen (inte nödvändigtvis på vårdcentralen). Tänk på att informera om att regelbunden fysisk aktivitet halverar risken att utveckla hypertoni inom fem år för patienter med högt-normalt blodtryck.

Blodtrycksmätning 3 gånger: görs enligt vårdcentralens rutiner enligt rekommendation nedan:

Vid hypertoni grad 1:

- Om låg till måttlig risk - tre blodtryck tas inom 6 månader.
- Vid hög/mycket hög risk – läkarbesök bokas för bedömning inom ca en månad, parallellt kan då ytterligare två blodtryckskontroller bokas in före detta läkarbesök.

Vid hypertoni grad 2:

- Läkartid bokas helst inom 1 vecka (upptill några veckor). Blodtrycket tas två gånger före detta läkarbesök.

Vid hypertoni grad 3:

- Akut till läkare på vårdcentralen vid symtom annars inom någon vecka och då kan ytterligare ett blodtryck tas före detta läkarbesök.
- Inför läkarbesök behöver det ofta tas kompletterande *blodprover, urinprov, EKG* mm, rådgör därför med läkare direkt.

Vem ska göra blodtryckskontrollerna?

Blodtryckskontrollerna kan göras av samtalsledaren eller av annan personal enligt vårdcentralens rutiner. Vissa vårdcentraler har t.ex. blodtrycksmottagningar. Vid misstanke om vitrockseffekt kan man be deltagaren ligga ner, blunda och bukandas och därefter ta blodtrycket på nytt.

24-timmarsmätning

I stället för att mäta blodtrycket vid tre tillfällen kan **24-timmarsmätning** av blodtrycket göras. Här gäller lägre gränsvärden för diagnos, ≥ 130/80mmHg över dygnet eller ≥135/85mmHg dagtid eller ≥120/70mmHg nattetid.

Hemblodtryck

Även **hemblodtryck** kan göras men viktigt då med noga information så att blodtrycksmätningen genomförs på ett korrekt sätt. Dessa blodtryck ligger 5mmHg lägre än mottagningstryck. Den diagnostiska gränsen för hypertoni vid hemblodstrycksmätning är således ≥135/85mmHg. Handledsmanschett ska aldrig användas.

Standardiserad blodtrycksmätning:

Metod: använd standardiserad blodtrycksmätning enligt nedan:

Standardiserad blodtrycksmätning
• Undvik kaffe, te eller tung fysisk ansträngning innan blodtrycksmätningen
• Vila minst 5 min under tystnad inför mätning
• Blodtrycket mäts i sittande med stöd för rygg och arm
• Flera mätningar kan behövas vid arytmi, t.ex.vid förmaksflimmer då manuell mätning bör användas eftersom de flesta digitala mätare inte är validerade för mätningar hos patienter med förmaksflimmer
• Manschetten bör sitta på överarmen i höjd med hjärtat, ett par cm ovan armvecket.(OBS! Benen ska ej vara korsade i knähöjd och handledsmanschett ska ej användas)
• Vid första besöket bör blodtrycket mätas i både höger och vänster arm för att upptäcka en eventuell skillnad mellan armarna. Använd sedan den arm där blodtrycket är högst som referensvärde. (OBS! Vid skillnad på 10 mmHg eller mer finns en ökad risk för perifer kärlsjukdom och behandlande läkare skall kontaktas[4])

Inför registrering av blodtrycket i webbstödet för hälsokurvan:

Blodtrycket mäts enligt ovan två ggr med en minuts intervall. Vid stora variationer (mer än 10mm Hg mellan mätningarna) bör fler mätningar ske. Medelvärdet för dessa mätningar skrivs in i webbstödet. Värdet för diastolisk och systoliskt blodtryck bedöms var för sig och värdet som signalerar högst risk avgör placeringen på hälsokurvan.

Kolla alltid radialispulsen före blodtryckskontroll: kontroll av frekvens och om pulsen är regelbunden. Vid oregelbunden puls använd manuell blodtrycksmanschett. Vid oregelbunden puls och/eller vid puls under 50 slag/minut eller vid puls över 100 slag/minut rådgör med läkare på vårdcentralen.

Snabbguide – Förhöjt blodtryck

Blodtrycket är det tryck som uppstår i artärerna när blodet drivs från hjärtat och ut i kroppen och tillbaka till hjärtat[1]. Blodtrycket är som högst när hjärtat drar ihop sig och tömmer sig. Det kallas det systoliska trycket eller övertrycket. När hjärtat vilar mellan sammandragningarna sjunker blodtrycket till en lägre nivå som kallas det diastoliska trycket eller undertrycket. Blodtrycket mäts i mmHg.

En av fem svenskar har högt blodtryck men många är inte medvetna om sitt höga blodtryck då måttligt förhöjt blodtryck inte ger några tydliga symtom. Ett obehandlat högt blodtryck förvärrar på sikt åderförfettningsprocessen i kroppens kärl och är en riskfaktor för stroke, hjärtinfarkt, diabetes, njursjukdom och demens. Blodtrycksnivån styrs av ett komplicerat samspel mellan flera olika organ, blodkärlen, njurarna, det centrala nervsystemet och olika hormoner.

Bild: Niklas Laurin

Bra levnadsvanor vid högt blodtryck:

- viktnedgång vid övervikt
- regelbunden fysisk aktivitet och träning
- kostmönster liknande Medelhavskost: dvs. rikligt med grönsaker, frukt, fisk, nötter, omättat fett och minskat intag av rött kött och feta mejeriprodukter
- mindre mängder alkohol om alkoholkonsumtionen är för hög (*10 - 18 procent av alla förhöjda blodtryck orsakas av alkohol*)
- reducerat saltintag, Livsmedelsverket rekommenderar högst 6gram salt/dag dvs. en tesked. Observera att detta är totalmängden salt/dag och att större delen av vårt saltintag kommer från bröd, ost, charkprodukter och färdigmat. Högt och kontinuerligt intag av lakrits kan för vissa individer rubba saltbalansen och ge högt blodtryck[5].
- stresshantering
- rökstopp (då rökning höjer blodtrycket och högt blodtryck är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom samt att rökstopp minskar risken för hjärt-kärlsjukdom oberoende av blodtrycket)
- snusstopp (då snus höjer blodtrycket)

Tänk på deltagarens helhetsbild – hälsokurvan
Samtal kring friskfaktorer och det som fungerar
Stärk självtillit
Samtal kring levnadsvanor enligt MI-metod

Bakgrund förhöjt blodtryck

Definition förhöjt blodtryck: Blodtrycksnivåer ≥ 140/90 efter upprepade undersökningar (enligt svenska rekommendationer)

Primär hypertoni (förhöjt blodtryck) innebär att man inte kan hitta någon enstaka utlösande orsak till det förhöjda blodtrycket[1]. Omkring 95 procent av alla fall av förhöjt blodtryck räknas som primär hypertoni och har multifaktoriell etiologi. Högt blodtryck är mycket ovanligt i kulturer med hälsosamma levnadsvanor. Vi vet inte exakt hur blodtrycket regleras i kroppen, det är ett komplicerat samspel mellan flera olika organ, blodkärlen, centrala nervsystemet och olika hormoner.

I 5 procent av fallen är det höga blodtrycket ett symtom på andra sjukdomar och kallas då *sekundär hypertoni*. Sekundär hypertoni bör misstänkas hos yngre patienter (under 40 år) med grad 2-hypertoni och vid symtom som inger misstanke om annan genes. Det kan handla om hormonrubbningar, sjukdom i njurarna mm.

Primär aldosteronism är den vanligaste orsaken till sekundär hypertoni med en uppskattad prevalens bland hypertonipatienter på 5–13 procent[6]. Primär aldosteronism orsakas av överproduktion av aldosteron från den ena eller båda binjurarna. Mindre än hälften av patienter med primär aldosteronism har lågt kaliumvärde. Screening för primär aldosteronism görs med aldosteron/reninkvot i plasma.

Vissa läkemedel som t.ex. p-piller (kan orsaka högt blodtryck hos fem procent av användarna) och kortison kan orsaka sekundär hypertoni.

Kvinnor som får högt blodtryck under graviditeten löper fyra gånger så hög risk att få hypertoni tio år senare i livet.
5 -10 procent av alla patienter med hypertoni har *obstruktiv sömnapné* som karaktäriseras av korta andningsuppehåll under sömnen. Vanliga symtom på sömnapné är bl. a. orolig sömn, dagtrötthet, humörsvängningar, ökad nattlig urinproduktion, bevittnade uppgifter om snarkningar och andningsuppehåll. Det är kraftigt ökat förekommande hos patienter med svårbehandlat blodtryck, övervikt, bukfetma, diabetes, hjärtsvikt och förmaksflimmer. I dessa fall ska man vara frikostig med utredning (sömnregistering).

Det finns en viss genetisk bakgrund till högt blodtryck. *Ungefär hälften av de som drabbas av högt blodtryck har hypertoni i släkten*. Det finns även vissa gener som påverkar saltupptaget i njurarna och därmed blodtrycket. Tio procent av Sveriges befolkning har vid 30 år ett förhöjt blodtryck[7]. *Vid 60 år uppfyller hälften kriterier för hypertoni*. *Högt blodtryck ökar risken för att insjukna i kranskärlssjukdom, hjärtsvikt, stroke och njurinsufficiens*. Denna riskökning är oberoende av andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och lika för män och kvinnor. Målblodtryck vid behandling i Sverige är 140/90 mm Hg eller lägre. De grupper av blodtryckssänkande läkemedel som används i Sverige ger en likartad sänkning av blodtrycket (cirka 10/5 mm Hg) när läkemedlen används som monoterapi.

Icke farmakologisk behandling
Det starka sambandet mellan högt blodtryck och det metabola syndromet gör det till en självklarhet att råd om levnadsvanor alltid ska ingå i behandlingen av högt blodtryck. Viktnedgång vid övervikt, regelbunden fysisk aktivitet, rikligt med grönsaker och frukt, högst måttlig alkoholkonsumtion (om alkoholkonsumtionen är ökad) samt reducerat saltintag har väl dokumenterade effekter vid hypertoni. Exempel på sådana kostmönster är DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) och Medelhavsdieten som båda är rika på grönsaker och frukt (se avsnitt mat i detta metodstöd).

Se nedan tabell över levnadsvaneåtgärder och dess effekter på blodtrycket:

Tabell: Levnadsvanor som kan rekommenderas vid högt blodtryck (efter British Hypertension Society 2004). När det gäller alkohol så gäller reduktionen av blodtrycket om man går från hög alkoholkonsumtion till måttlig.

	Rekommendation	Förväntad reduktion av systoliskt blodtryck*
Viktbalans	Upprätthåll BMI 20–25 (gäller vuxna) Viktminskning	5–10 mm Hg per 10 kg
Frukt och grönt	Minst 5 portioner frukt och grönsaker (> 70 g vardera) dagligen	8–14 mm Hg
Begränsat saltintag	< 100 mmol Na per dag (< 2,4 g Na eller < 6 g NaCl)	2–8 mm Hg
Fysisk aktivitet	Regelbunden aerobisk fysisk aktivitet, t ex rask promenad ≥ 30 min de flesta dagar	4–9 mm Hg
Måttlig alkohol-konsumtion	Män ≤ 21 enheter per vecka Kvinnor ≤ 14 enheter per vecka	2–4 mm Hg

**Den förväntade blodtrycksreduktionen för en enskild intervention är inte oberoende av övriga interventioner.*

Medicinsk evidens gällande förhöjt blodtryck och hjärt-kärlsjukdom

Slutsatser från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, 2008, ingen ändring efter revidering av riktlinjerna 2018[8]

- Förhöjt blodtryck ökar risken för insjuknande och död i hjärtinfarkt och total död (mycket gott vetenskapligt underlag).
- Vid hypertoni minskar blodtryckssänkande behandling risken för stroke, hjärtinfarkt och död (evidensstyrka 1*).
- Det finns ett flertal olika livsstilsförändringar (fysisk aktivitet, viktminskning, kostförändring, stresshantering, rökstopp och minskning av högt alkoholintag), som gynnsamt kan påverka riskfaktorer för framtida hjärtkärlsjukdom med eller utan samtidig sänkning av blodtrycket (evidensstyrka 1).
- Livsstilsåtgärder kan minska behovet av behandling med läkemedel och ska vara basen i omhändertagandet av personer med högt blodtryck (evidensstyrka 1).
- Även för personer med högt blodtryck är rökstopp en prioriterad åtgärd, som kan medföra stora behandlingsvinster (evidensstyrka 1).
- Den absoluta behandlingseffekten är större med högre initialt blodtryck (evidensstyrka 1).
- Den relativa behandlingseffekten av blodtryckssänkande behandling är lika för kvinnor och män men den absoluta vinsten är lägre för kvinnor (evidensstyrka 1).
- Det finns god dokumentation för att behandla hypertoni upp till 80 års ålder (evidensstyrka 1).

*** Evidensstyrka 1** är den högsta evidensgraden (finns grad 1-4): kräver minst 2 oberoende studier med högt bevisvärde eller en systematisk översikt av flera originalstudier med högt bevisvärde.

Verktyg och material

Till deltagaren

- Högt blodtryck - 1177
  Information på 1177 om vad högt blodtryck är, vad för behandlingar som finns och information om komplikationer.

- Läkemedel vid högt blodtryck - 1177
  Information från 1177 om olika typer av läkemedel vid högt blodtryck.

- Blodtrycket – en skrift om högt blodtryck - Hjärt-lungfonden
  Broschyr om blodtrycket från Hjärt-lungfonden som bland annat tar upp symptom, behandling och ny forskning.

Till samtalsledaren

- Vårdriktlinjer för hypertoni i Region Skåne
  Skånelistan 2020 - Rekommenderade läkemedel från Läkemedelsrådet.

Referenser

1. Hjärt-Lungfonden. Högt blodtryck [Internet]. [citerad 18 juni 2020]. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/halsa/riskfaktorer/hogt-blodtryck/.

2. Läkemedelsverket. Läkemedel för att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom – behandlingsrekommendation [Internet]. Läkemedelsverket; 2019 [citerad 18 juni 2020]. Hämtad från: https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/lakemedel-for-att-forebygga-aterosklerotisk-hjart-karlsjukdom--behandlingsrekommendation.

3. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021-3104.

4. Clark CE, Taylor RS, Shore AC, Ukoumunne OC, Campbell JL. Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2012 Mar 10;379(9819):905-914. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61710-8. Epub 2012 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2012 Jul 21;380(9838):218. PMID: 22293369

5. Livsmedelsverket. Råd - Salt [Internet]. Livsmedelsverket; 2020 [citerad 22 juni 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/rad-om-bra-mat-hitta-ditt-satt/salt.

6. Läkartidningen. Primär aldosteronism är en under-diagnostiserad orsak till hypertoni [Internet]. Stockholm: Läkartidningen; 2015 [citerad 22 juni 2020]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2015/12/primar-aldosteronism-ar-en-underdiagnostiserad-orsak-till-hypertoni/.

7. Region Skåne. Bakgrundsmaterial till Skånelistans rekommendationer 2020 [Internet]. Skåne: Läkemedelsrådet, Region Skåne; 2020 [citerad 22 juni 2020]. Hämtad från: https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/riktlinjer/skanelistan/bakgrundsmaterial-2020.pdf.

8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [Internet]. Socialstyrelsen; 2018 [uppdaterad 11 juni 2019; citerad 22 juni 2020]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/hjartsjukvard/.

17. Kolesterol

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
Under 5	Kvinnor: 5 - 7,09 Män: 5 - 6,49	Kvinnor: 7,10 - 9 Män: 6,5 - 9	≥ 9
Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd:** Röd

Ovan värden är svar på totalkolesterol i mmol/l

Totalkolesterol, LDL-kolesterol och HDL-kolesterol tas fastande inför hälsosamtalet

OBS! Kolesterolgränserna i handläggningsrutin för LDL motsvarar inte kolesterolgränser/algoritmer i hälsokurvan.

Åtgärd: Grön, Åtgärd: Gul, Åtgärd: Orange, Röd

1. Om **totalkolesterol ≥ 7,5mmol/L och/eller LDL ≥ 4,9 mmol/L** - rådgör med läkare på vårdcentral angående uppföljning, speciellt viktigt att upptäcka *familjär hyperkolesterolemi* (se under ärftlighet och hyperkolesterolemi).
2. Om **totalkolesterol < 7,5mmol/L och/eller LDL < 4,9 mmol/L** - gör SCORE för att bedöma risknivå (anges i procent).
3. Kartlägg om det är låg, måttlig, hög eller mycket hög risknivå.
4. Följ därefter handläggningsrutin för LDL-kolesterol utifrån svar på LDL-kolesterol och risknivå.
5. När det i handläggningsrutinen står ”livsstilsintervention med ev. läkemedel” eller ”livsstilsintervention tillsammans med läkemedel” (gul/röd ruta):

- rådgör med läkare på vårdcentral angående uppföljning
- erbjud deltagaren kunskap om kolesterol och samband hjärt-kärlsjukdom
- erbjud broschyr ”Kolesterol - en skrift om blodfetter” från Hjärt-Lungfonden[1]
- samtal om levnadsvanor utifrån deltagarens resultat på hälsokurvan enligt MI-metod

De deltagare som har en etablerad hjärt-kärlsjukdom (ex. genomgången hjärtinfarkt, stroke, perifer kärlsjukdom), diabetes eller annan kronisk sjukdom:

- meddela patientansvarig läkare för individuell åtgärds- och behandlingsplan. Om det inte finns någon patientansvarig läkare tas kontakt med läkare på vårdcentralen.
- erbjud råd om levnadsvanor utifrån deltagarens hälsokurva.

I de fall där läkare behöver kopplas in gäller det oftast att man behöver komplettera med status (kontroll av eventuella lipidstigmata, hjärtauskultation mm) och ytterligare blodprovstagning för att utesluta andra orsaker till förhöjda värden av kolesterol (se bakgrund kolesterol). Ibland kan det bli aktuellt med läkemedel.

Score är en algoritm för att uppskatta procentuell beräknad risk att avlida i hjärt-kärlsjukdom (stroke, hjärtinfarkt, perifer kärlsjukdom) inom 10 år[2]. Bygger på data från epidemiologiska europeiska undersökningar som adapterats för svenska förhållanden. Används till deltagare utan känd diabetes eller hjärt-kärlsjukdom.

SYSTOLISKT BLODTRYCK (mmHg)	KVINNOR ICKE-RÖKARE 4	5	6	7	8	KVINNOR RÖKARE 4	5	6	7	8	ÅLDER	MÄN ICKE-RÖKARE 4	5	6	7	8	MÄN RÖKARE 4	5	6	7	8
180	2	3	4	4	5	5	6	7	8	10	65	6	7	9	10	12	12	14	17	20	23
160	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7		4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
140	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5		3	4	4	5	6	6	7	8	10	12
120	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3		2	2	3	3	4	4	5	6	7	8
180	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	60	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16
160	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4		3	3	4	5	6	6	7	8	9	11
140	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3		2	2	3	3	4	4	5	5	7	8
120	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2		1	2	2	2	3	3	3	4	5	5
180	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	55	2	3	4	4	5	5	6	7	8	10
160	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2		2	2	2	3	3	4	4	5	6	7
140	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2		1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
120	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
180	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	50	2	2	2	3	3	3	4	4	5	6
160	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	2	2	2	3	3	4	4
140	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	2	2	3	3
120	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
180	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	40	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0	1	1	1	1	1	1	1	2
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

TOTAL KOLESTEROL (mmol/L)

Gå in i SCORE tabell: plotta in efter ålder, kön, rökare/icke rökare, blodtryck, kolesterol och läs av risk som anges i procent, se nedan tabell:

Risknivå	**Beräknad SCORE**	**Innefattar även**
Låg risk	<1 procent	
Måttlig risk	1 procent - < 5 procent	Unga patienter med diabetes (typ-1 < 35 år, typ-2 <50 år) med diabetesduration <10 år, utan övriga riskfaktorer
Hög risk	5 - < 10 procent	Markant förhöjning av enskilda riskfaktorer; t ex totalkolesterol> 8mmol/L, LDL kolesterol >4,9 mmol/L, systoliskt blodtryck≥180mmHg och/eller diastoliskt blodtryck≥ 110mmHg Rökare med > 20paketår Diabetes utan komplikationer, med diabetesduration ≥10 år eller 1-2 övriga riskfaktorer Familjär hyperkolesterolemi (FH) utan övriga riskfaktorer Måttligt nedsatt njurfunktion GFR < 30-59 mL/min/1,73 m²
Mycket hög risk	≥ 10 procent	Tidigare dokumenterad kardiovaskulär sjukdom Diabetes med komplikationer eller minst 3 övriga riskfaktorer Diabetes typ-1 med minst 20 års duration FH med minst en övrig riskfaktor Kraftigt nedsatt njurfunktion GFR< 30mL/min/1,73 m²

Handläggningsrutin LDL						
	Obehandlade nivåer av LDL (mmol/l)					
SCORE	**< 1.4**	**1.4 – 1.8**	**1.8 - < 2.6**	**2.6 - < 3.0**	**3.0 - < 4.9**	**≥ 4.9**
< 1 % **låg risk**	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Livsstilsintervention, eventuellt läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel
≥ 1 till 5 % eller **måttlig risk**	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Livsstilsintervention, eventuellt läkemedel	Livsstilsintervention, eventuellt läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel
≥ 5 till 10 % eller **hög risk**	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Livsstilsintervention, eventuellt läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel
≥ 10 % eller **mycket hög risk** pga särskilda riskfaktorer	Livsstilsråd	Livsstilsintervention, eventuellt läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel	Livsstilsintervention tillsammans med läkemedel

Figur: Flödesschema LDL, omarbetad version från ESC 2019 primärprevention[3]

Snabbguide – Blodfetter

Åderförfettning ligger bakom majoriteten av alla fall av hjärtinfarkt, kärlkramp och fönstertittarsjuka samt många fall av stroke. Åderförfettning är resultatet av att fett och kalk lagrats in i kärlväggen och bildat så kallade plack. *Förhöjda kolesterolvärden, främst LDL-kolesterol, ökar risken för hjärt-kärlsjukdom*. Kopplingar mellan kost, kolesterolnivåer och hjärt-kärlsjukdomar är komplexa och mycket forskning pågår[1].

Fett i kosten

Fett innehåller mer energi än andra näringsämnen. Ett gram fett innehåller 9 kcal, vilket är mer än dubbelt så mycket som ett gram kolhydrater eller protein[4]. Det finns olika typer av fett: *mättat, enkelomättat och fleromättat fett*.

- *Mättat fett:* finns främst i animaliska livsmedel, palmolja och kokosfett. I allmänhet kan man säga att ju hårdare ett matfett är i kylen desto mer mättat fett innehåller det.
- *Omättat fett*: indelas i *enkelt och fleromättat fett*. Omättat fett finns bland annat i fet fisk, olivolja, rapsolja och nötter. En större andel omättade fetter i maten kan bidra till att minska risken för hjärt-kärlsjukdomar. Kroppen kan bilda de flesta fettsyrorna från kolhydrater och protein i maten. Undantag är de livsnödvändiga, så kallade essentiella, fettsyrorna alfa-linolensyra och linolsyra. Dessa fettsyror är fleromättade och kallas omega-3 och omega -6.
- *Transfetter*: transfettsyror, en typ av omättade fettsyror som ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och intaget bör därför vara så lågt som möjligt. Finns naturligt i kött och mjölkprodukter. Kan även bildas om flytande växtoljor delvis härdas (d v s att man gör fettet hårdare och mer hållbart). Mängden industriellt framställt transfett har sjunkit kraftigt de senaste åren, så halterna i livsmedel är mycket låga.

Bild: Pixabay

Blodfetter

Kolesterol är ett fettämne som är nödvändigt för kroppens alla celler och är också viktig byggsten för vissa hormoner och gallsyror. Det kolesterol vi har i kroppen kommer delvis från födan via tarmen (ca 30 procent) samt nybildas framförallt i levern (ca 70 procent) som fungerar som en centralstation för kolesterolet. Eftersom fett inte är vattenlösligt måste fettpartiklarna få hjälp att transporteras runt i blodet med lipoproteiner (som är små runda strukturer som binder till sig kolesterol och triglycerider). I levern utsöndras fettet som VLDL-partiklar (very low density lipoprotein) som i sin tur kan omvandlas till bl a LDL-kolesterol i blodet.

- *LDL* (low-density lipoprotein), utgör omkring 80 procent av kolesterolet i plasma, kallas det onda kolesterolet och lämnar kolesterol till vävnaderna. Ökat intag av omättat fett och lösliga fibrer samt fysisk aktivitet minskar LDL-kolesterol. Vid överskott av LDL-kolesterol kan det fastna i kärlväggarna, härskna och bilda åderförfettning. Apolipoprotein B är en komponent av LDL.
- *HDL* (high-density lipoprotein): kallas det goda kolesterolet som hämtar upp överflödigt kolesterol från vävnaderna och lämnar tillbaka till levern. HDL-kolesterol ökar vid fysisk aktivitet, intag av omättat fett och lösliga fibrer och sjunker vid rökning. Apolipoprotein A1 är en komponent av HDL.

- *Triglycerider*: (glycerolestrar av fettsyror) är fett som kroppen använder som energikälla och som vi huvudsakligen får i oss via kosten. Alla triglycerider består av en blandning av olika mättade, enkelomättade och fleromättade fettsyror med olika proportioner för olika fettråvaror. Ett högt värde på triglyceriderna kan ge upphov till bl.a. fettlever och öka risken för hjärt-kärlsjukdom, speciellt tillsammans med ett högt värde på LDL-kolesterolet och ett lågt värde på HDL-kolesterolet.

Levnadsvanor för en bra kolesterolbalans:

- rökstopp
- kostmönster liknande Medelhavskost: dvs. rikligt med grönsaker, frukt, fisk, nötter, omättat fett, lösliga fibrer, minskat intag av socker och minskat intag av rött kött och feta mejeriprodukter
- regelbunden fysisk aktivitet och träning
- undvik övervikt och bukfetma
- stresshantering
- med stigande alkoholkonsumtion ses ökad risk för åderförfettning

Tänk på deltagarens helhetsbild – hälsokurvan
Samtal kring friskfaktorer och det som fungerar
Stärk självtillit
Samtal kring levnadsvanor enligt MI-metod

Bakgrund blodfetter

Risken för hjärt-kärlsjukdom, i synnerhet vid tidigare hjärt-kärlhändelser, ökar med stigande värden av totalkolesterol och LDL-kolesterol[5]. Lågt HDL-kolesterol och höga triglycerider ökar var och en risken för hjärt-kärlsjukdom men det är osäkert hur oberoende de är av varandra eftersom de uppvisar en stark invers korrelation. Triglycerider stiger vid såväl alkoholöverkonsumtion som kolhydratrik kost (även till synes nyttig sådan) vilket ibland kan vara vilseledande. Lågt HDL kan ses som en renodlad riskmarkör snarare än en variabel som bör höjas. Man bör kontrollera blodfetterna (kolesterol, LDL, HDL och helst triglycerider):

• vid diagnosticerad aterosklerossjukdom i hjärta, hjärna, ben eller njurar
• vid ökad risk för hjärt-kärlsjukdom: bukfetma, diabetes (alla typer), hypertoni, kronisk njursjukdom (GFR < 60 mL/min/1,73 m2), hereditet (hjärt-kärlsjukdom hos 1:a gradssläkting: man före 55 år, kvinna före 65 år), rökning, kronisk autoimmun sjukdom (RA, SLE, psoriasis)

Den samlade risken är viktigare än absoluta blodfettsnivåer. Råd om levnadsvanor är alltid motiverade vid lipidrubbning, oavsett om läkemedel sätts in eller inte.

Beakta att flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt tycks medföra en negativ synergieffekt, vars risk överstiger summan av de enskilda levnadsvanorna. T ex för *en person som röker och samtidigt har högt kolesterol är risken för hjärt-kärlsjukdomar 14 gånger högre än för en person som inte röker och har normalt kolesterol*[1].

Metabola rubbningar, som diabetes typ 2 eller metabola syndromet är ofta förenade med förhöjda nivåer av både kolesterol och triglycerider. Tänk även på att kronisk stress bidrar till bukfetma och högt blodtryck som i sin tur påverkar kolesterolhalten.

Hyperkolesterolemi kan också orsakas av andra sjukdomstillstånd såsom hypothyreos, leversjukdom, njursjukdom och av vissa läkemedel Det kallas då för *sekundär hyperkolesterolemi*.

Hyperkolesterolemi och ärftlighet

De flesta personer med förhöjt kolesterol har det sannolikt genom en kombination av gener och levnadsvanor. Genetisk påverkan är komplex med många olika gener involverade men hyperkolesterolemi kan också vara orsakad av enstaka genetisk rubbning som vid familjär hyperkolesterolemi.

Familjär hyperkolesterolemi (FH) är en genetisk sjukdom som kraftigt ökar risken för hjärt-kärlsjukdom[6]. Sjukdomen orsakar påtagligt förhöjda nivåer av kolesterol i blodet. Risken för hjärt-kärlsjukdomar, särskilt kranskärlssjukdom, är kraftigt ökad hos FH- patienter. Tidig diagnos och behandling av FH minskar risken för tidigt insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom. Ärftligheten för sjukdomen är autosomalt dominant och i regel monogen, dvs den beror på en mutation i en enskild gen. Den drabbar således män och kvinnor lika och varje barn och syskon till en drabbad individ har 50 procent risk att ha sjukdomen. När en patient får diagnosen är det mycket viktigt att hitta andra drabbade i familjen då preventiva insatser ger största möjligheter för lyckad behandling. Prevalensen av familjär hyperkolesterolemi (FH) har i västeuropeiska länder visats vara 0.2 - 0.5 procent. Endast i Skåne, med en befolkning på 1,3 miljoner, innefattar detta ca 6500 individer. Kraftfull

kolesterolsänkande behandling har en mycket stark evidensgrad för reduktion av hjärt-kärlsjukdom och död. Patienter med höga kolesterolnivåer bör fortsatt genomgå provtagning och undersökning inom primärvården för att utesluta andra orsaker till hyperkolesterolemi. Vid kvarstående misstanke om FH bör patienten remitteras till specialistvård, där riskskattning enligt DLCN (Dutch Lipid Clinical Network) görs. Riskskattningen innefattar ärftlighet, kolesterolnivå och lipidstigmata som senxantom, xantelasmata och arcus corneae. Remissmall till lipidmottagningen i Malmö (se bilaga 3).

Medicinsk evidens gällande förhöjda blodfetter hos hjärt-kärlfrisk individ

Sammanfattning från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008/ingen ändring efter revidering av riktlinjerna 2018[7]:

- Risken för insjuknande och död i hjärtinfarkt ökar vid förhöjda nivåer av totalkolesterol, LDL-kolesterol och triglycerider liksom vid en förhöjd kvot mellan LDL- och HDL-kolesterol, förhöjd kvot mellan totalkolesterol och HDL-kolesterol eller förhöjd kvot mellan apolipoprotein B och A1 (mycket gott vetenskapligt underlag).

- Behandling med läkemedel, råd om ökad fysisk aktivitet, förbättrade matvanor eller rökstopp påverkar blodfetterna i gynnsam riktning (evidensstyrka 1*).

- Råd till hjärtkärlfriska patienter med förhöjda kolesterolvärden om att förbättra sina matvanor avseende fettkvalitet leder till en förbättrad lipidprofil och minskat insjuknande i hjärtkärlsjukdomar (evidensstyrka 1).

- Behandling med statiner av hjärtkärlfriska män med måttligt förhöjda kolesterolnivåer minskar insjuknande och död i hjärtinfarkt (gott vetenskapligt underlag).

***Evidensstyrka 1** är den högsta evidensgraden (finns grad 1-4): kräver minst 2 oberoende studier med högt bevisvärde eller en systematisk översikt av flera originalstudier med högt bevisvärde.

Verktyg och material

Till deltagare och samtalsledare

- Höga blodfetter - 1177
  Information på 1177 om höga blodfetter, behandling och symptom.

- Läkemedel vid höga blodfetter - 1177
  Information på 1177 om läkemedel att sätta in vid höga blodfetter.

- Kolesterol – En skrift om blodfetter – Hjärt-lungfonden
  Broschyr om kolesterol från hjärt-lungfonden som bland annat tar upp symptom, behandling och ny forskning.

Referenser

1. Hjärt-Lungfonden. Högt kolesterol [Internet]. [citerad 14 juli 2020]. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/halsa/riskfaktorer/hogt-kolesterol/

2. Läkemedelsverket. Läkemedel för att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom – behandlingsrekommendation [Internet]. Läkemedelsverket; 2019 [citerad 18 juni 2020]. Hämtad från: https://www.sls.se/globalassets/svkf/att_forebygga_aterosklerotisk_hjart-karlsjukdom_med-_lakemedel_behandlingsrekommendation.pdf.

3. European Society of Cardiology. ESC Guidelines on Dyslipidaemias (Management of) [Internet]. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of.

4. Livsmedelsverket. Vad är nyttigt och onyttigt fett? [Internet] Uppsala: Livsmedelsverket; 2016. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrer-foldrar/vad-ar-nyttigt-och-onyttigt-fett.pdf.

5. Skånelistan. Läkemedelsrådet i Region Skåne. [Internet]. [citerad 4 augusti 2020]. Hämtad från: https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/#94422.

6. Juhlin K, Reinhardt W. Underlag för patienter med familiär hyperkolesterolemi [Internet]. Region Skåne; 2019. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: https://www.skane.se/Public/Protokoll/HprocentC3procentA4lso-procent20ochprocent20sjukvprocentC3procentA5rdsnprocentC3procentA4mnden/2019-09-25/InitiativprocentC3procentA4rende.procent20VprocentC3procentA5rdprogramprocent20fprocentC3procentB6rprocent20EDS,procent20FHprocent20ochprocent20CFSME/FamiliprocentC3procentA4rprocent20hyperkolesterolemi_underlag.pdf.

7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [Internet]. Socialstyrelsen; 2018 [uppdaterad 11 juni 2019; citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/hjartsjukvard/

18. Kronisk sjukdom

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
	SMI (svår psykisk sjukdom) Sömnapné	Prediabetes	Hjärtinfarkt Stroke Diabetes
	Beroende på svårighetsgrad, ålder, kön: Hypertoni, njursvikt och hjärt-kärlsjukdom som angina pectoris, claudicatio intermittens (kolumn 2–4)		
	Beroende på svårighetsgrad: Reumatoid artrit, SLE, parodontit, psoriasis (kolumn 2–3)		

Vissa sjukdomar innebär en klar ökad risk för hjärt-kärlsjukdom även om sjukdomarna är välkontrollerade. Detta gäller genomgången hjärtinfarkt eller stroke, diabetes, angina pectoris, claudiatio intermittens, hypertoni, familjär hyperkolesterolemi, njursvikt, systemiska inflammatoriska sjukdomar som till exempelvis reumatoid artrit och SLE, diagnosticerad leversteatos, obehandlad sömnapné m.m. Även kronisk parodontit (tandlossning) hör till dessa sjukdomar. Parokrankstudien visade att individer med tandlossningssjukdom hade 30 procent högre risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom än individer utan tandlossningssjukdom[1.] Måttlig till svår psoriasis är också kopplad till ökad samsjuklighet, t.ex. till metabola syndromet och kardiovaskulära sjukdomar[2].

Hos personer med svår psykisk sjukdom så som schizofreni och bipolär sjukdom finns en hög förekomst av metabola störningar så som övervikt, metabola syndromet och diabetes[3-6]. Dödligheten hos patienter med schizofreni är nästan tredubblad jämfört med befolkningen i stort och de dör ofta i förtid, vilket bland annat anses bero på livsstilsfaktorer som rökning och fysisk inaktivitet samt biverkningar från psykofarmaka där hjärt-/kärlsjukdom är den dominerande orsaken[7-8].

För samtliga sjukdomar så varierar risken med sjukdomens svårighetsgrad och duration. Ju yngre patienten är vid insjuknandet, desto större risk.

Kronisk sjukdom i hälsokurvan

Kronisk sjukdom dokumenteras manuellt i webbstödet av samtalsledaren enligt följande:

- Diabetes mellitus medför kryss i ruta 4 och prediabetes medför kryss i ruta 3.
- Genomgången hjärtinfarkt eller stroke kryss i ruta 4.
- Hypertoni och hjärt-kärlsjukdom som angina pectoris, claudicatio intermittens

mm medför kryss i ruta 2, 3 eller 4 beroende på svårighetsgrad, ålder och kön. Att ha hypertoni är således en riskfaktor även om blodtrycket är välreglerat med mediciner.

- Reumatoid artrit, SLE, parodontit, psoriasis, sömnapné kryss i kolumn 2-3 beroende på svårighetsgrad.
- Familjär hyperkolesterolemi utan övriga riskfaktorer, kryss i ruta 3, men om minst en övrig riskfaktor, kryss i ruta 4.
- Njursvikt med eGFR <30ml/min/1,73m^2 kryss i ruta 4, eGFR 30-59 kryss i ruta 3.
- Diagnosticerad leversteatos medför kryss i ruta 2-4 beroende på svårighetsgrad.
- Svår psykisk sjukdom som schizofreni och bipolär sjukdom medför kryss i ruta 2-4 beroende på svårighetsgrad.

Deltagare med kroniska sjukdomar har förhoppningsvis redan en etablerad läkarkontakt som kan kontaktas angående resultat på hälsokurvan och vidare uppföljning/behandling. *Finns ingen sådan läkarkontakt rekommenderas läkarbesök på vårdcentral.*

Referenser

1. Hjärt-Lungfonden. Tandlossning farligt för hjärtat [Internet]. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/mer-lasning/tandlossning-farligt-for-hjartat/.

2. Duvetorp A, Ljungberg A, Seifert O. Psoriasis är mer än bara en hudsjukdom [Internet]. Läkartidningen. 2013;110:CDAC. [citerad 20 juli 2020]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2013/10/psoriasis-ar-mer-an-bara-en-hudsjukdom/.

3. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M, Scheen A, et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. (2006) 2:14. doi: 10.1186/1745-0179-2-14

4. Mukherjee S, Decina P, Bocola V, Saraceni F, Scapicchio P. Diabetes mellitus in schizophrenic patients. Compr Psychiatry. (1996) 37:68– 73. doi: 10.1016/S0010-440X(96)90054-1

5. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. Schizophr Bull. (2000) 26:903–12. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033504

6. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br.JPsychiatry. 2000;177: 212-7

7. Cohn T, Prud'homme D, Streiner D, et al. Characterizing Coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. Can J Psychiatry. 2004;49:753-60

19. Tandhälsa

I hälsoenkäten finns det en fråga om tandhälsa, denna fråga genererar inte svar i hälsokurvan. Nedan följer åtgärder beroende på svar på frågan.

Fråga i hälsoenkäten:

- **Hur tycker du att din tandhälsa är?**

Svar: Mycket bra, Ganska bra

Åtgärd:

- Bekräfta och uppmuntra att fortsätta med nuvarande rutiner som en viktig preventiv åtgärd.

Svar: Varken bra eller dålig

Åtgärd:

Förslag på frågor att ställa för att gå vidare:

- När var du senast hos din tandläkare/tandhygienist? Har du för vana att regelbundet (vart annat år) gå för undersökning av din tandhälsa? Om ja, finns ingen anledning till ytterligare åtgärd. Om det var >24 månader sedan senaste besöket, kan det vara bra att uppmana patienten till att själv söka tid hos sin tandläkare/tandhygienist.

Svar: Ganska dålig, Mycket dålig

Åtgärd:

Förslag på frågor att ställa för att gå vidare:

- Ser att du upplever att din tandhälsa är ganska dålig eller mycket dålig. Varför är det på det sättet?
- När var du senast hos din tandläkare/tandhygienist? Jag skulle rekommendera dig att snarast kontakta tandvården för en undersökning så att du kan få hjälp med din mun/dina tänder.

Snabbguide – Tandhälsa

- Både parodontit (tandlossning) och hjärt-kärlsjukdom har komplicerade sjukdomsförlopp. Sjukdomarna har många gemensamma riskfaktorer.
- Studier har visat att hos patienter med hjärt-kärlsjukdom är det 1,5 - 2 gånger vanligare med tandlossning än i befolkningen i stort.
- Tobaksrökning är en mycket stark riskfaktor för parodontit.
- En god oral hälsa är starkt förknippat med en bättre livskvalitet.
- Rekommenderat råd är att aktivt arbeta hälsofrämjande och se till att patienten får adekvat hjälp för att behandla sjukdom och förhindra att sjukdom uppstår på nytt.

Vinster med god tandhälsa:

- Bättre livskvalitet och ett ökat självförtroende. Risk för infektioner och tandvärk minimeras.
- Minskad systemisk inflammation till följd av parodontit minskar insulinresistens samt bidrar till bättre förhållanden avseende serologiska parametrar, vilket kan vara kopplat till hjärt-kärlsjukdom.
- Minskade kostnader för reparativa åtgärder hos tandläkare.

<u>Tips till deltagare som vill minska risken för dålig munhälsa:</u>

- Sköt din munhygien enligt 2+2+2-metoden. D.v.s. borsta tänderna 2 ggr/dag med 2 cm fluoridinnehållande tandkräm i 2 minuter. Lägg därtill tandtråd/mellanrumsborste/tandsticka en gång per dag.
- Skaffa dig hälsosamma kostvanor – begränsa dina kostintag till 5 ggr/dag och välj produkter med lågt socker innehåll.
- Gå regelbundet till tandvården för undersökning och behandling av eventuella sjukdomstillstånd.

Bakgrund

Parodontit och hjärt-kärlsjukdomar med bakgrund i ateroskleros (kranskärlsjukdomarna angina pectoris, hjärtinfarkt och plötslig död, och cerebrovaskulära sjukdomar såsom aterotrombotisk hjärninfarkt (stroke) samt perifera kärlsjukdomar) är vanligt förekommande i befolkningen. Båda sjukdomarna har ett komplicerat sjukdomsförlopp. De kliniska manifestationerna i form av vävnadsdestruktion i parodontiet (käkben, bindvävsfibrer och tandkött) respektive i kärlväggen är en effekt av individens inflammatoriska svar och immunologiska reaktioner. Ett samband mellan sjukdomarna har under senare år studerats.

Studier har visat att parodontit är 1,5 - 2 gånger vanligare hos patienter med hjärt-kärlsjukdom än hos befolkningen i stort[1]. De parodontala variabler som används för att definiera parodontit är antal tänder, förekomst av djupa fickor med blödning, antal sites med fästenivå ≥3 mm samt alveolär benförlust på röntgen. Parodontit har i en metaanalys visats ge en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, men riskökningen skiljer något beroende på typ av studie[2].

Att sakna fler än 10 tänder tycks öka risken för förekomst av hjärt-kärlsjukdom samt har visat sig vara en riskfaktor för för tidig död oavsett orsak samt död i hjärt-kärlsjukdom. Epidemiologiska studier kan emellertid inte bevisa orsaksfaktorer.

Definition

Tandhälsa är en tydlig indikator på generell hälsa, välmående och livskvalitet. Tandhälsa omfamnar många olika sjukdomar och tillstånd, såsom karies, parodontal sjukdom, tandförluster, oral cancer, orala manifestationer av HIV, trauma, förvärvade eller medfödda defekter såsom läpp-, käk- och gomspalter[3].

Karies, den vanligaste sjukdomen i munnen, orsakas av att bakterier på tänderna metaboliserar socker och andra kolhydrater i maten till laktat (syra). Förskjutning till lägre pH-värde i bakteriebeläggningen resulterar i en demineralisering, tandytan blir ojämn och porös. Syran brukar verka i ungefär en halvtimme efter en måltid. Oftast kan saliven neutralisera syrorna och reparera en ytlig skada på tandytan, speciellt om fluorid finns närvarande. Vid ogynnsamma förhållanden finns en uppenbar risk att demineraliseringen resulterar i ”synliga” kaviteter/hål i tandens emalj respektive dentin, som då kan behöva förses med fyllning.

Parodontal sjukdom är den näst vanligaste sjukdomen i munnen. Sjukdomarna kan delas in i två olika huvudgrupper. 1) Gingivit, vilket är en ospecifik inflammation i gingivan (tandköttet), orsakat av dysbios i den orala mikrofloran (biofilmen) i anslutning till tandytan och gingivan. Gingivit är reversibel och kan försvinna utan permanenta defekter under förutsättning att biofilmen mekaniskt avlägsnas, t.ex.vid tandborstning och vi brukar kalla detta tillstånd för gingivit. 2) Parodontit förutsätter att gingivan är inflammerad, men nu har biofilmen hunnit utvecklas och är mer dysbiotisk och är till övervägande del anaerob. Inflammationen i mjukvävnaden involverar även hårdvävnadsfästet till tanden. Detta resulterar över tid till att tandens fäste förloras och tanden/tänderna kommer efter ett tag att kännas lösa. Om parodontit inte behandlas kommer vävnadsförlusten resultera i tandförlust.

Allmän rekommendation för vuxna

Den allmänna rekommendationen för en god tandhälsa är att sköta sin egenvård, där det är lämpligt att utföra munhygienrutiner med fluoridtandkräm 2 gånger/dag. Dessutom är rekommendationen att besöka tandvården regelbundet baserat på individuella behov. Det är också av största vikt att försöka upprätthålla goda kostvanor och inte ha >5 födoämnesintag /dag. Dessutom är den allmänna rekommendationen att avstå all form av tobak. Det vetenskapliga läget visar inte att snusning har någon negativ effekt på parodontit eller oral cancer. Dock är det visat att snusning har toxiska effekter på tandkött och slemhinnor vid appliceringsstället, vilket kan resultera i mjukvävnadsförluster som kan ha estetiska konsekvenser. Bruk av e-cigarett ska inte rekommenderas, då det är en okontrollerad produkt utan klarlagda effekter på vår hälsa.

Vetenskaplig evidens

Orsaker

En systemisk påverkan av den subgingivala mikrofloran vid parodontit har diskuterats, där denna föreslås framdriva inflammation och immunsvar.

Parodontit har föreslagits kunna påverka följande processer som är negativa för hjärt-kärlsjukdomens utveckling:

- Endotelcellsdysfunktion
- Aktivering av trombocyter, vilket ökar risken för proppbildning
- Påverkan på systemiska markörer för inflammation, såsom C-reaktivt protein (CRP), cirkulerande leukocyt- och neutrofilcellsnivåer, högre nivåer av proinflammatoriska cytokiner
- Påverkan på nivåer och fördelning av blodfetter, så att risken för ateroskleros ökar

Gemensamma riskfaktorer

Parodontit och hjärt-kärlsjukdom delar många riskfaktorer, såsom ålder, kön, familjehistoria av sjukdom, övervikt, tobaksrökning, diabetes och psykologisk stress. Dessa faktorer påverkar de båda sjukdomarna oberoende av varandra.

Behandling av parodontit

Motstridiga resultat har presenterats angående huruvida parodontit ger ökad risk för en ny hjärt-kärlhändelse hos individer med redan känd hjärt-kärlsjukdom.

Behandling av parodontit tycks ha en viss positiv systemisk effekt. Behandlingen ger en måttlig reduktion av CRP, viss förbättring av endotelcellsfunktionen, samt positiv påverkan på markörer för systemisk inflammation[4-6]. Hur stor effekt detta har för att förebygga hjärt-kärlsjukdom är inte beskrivet.

Preventionsstudier där man studerar om behandling av parodontit ger lägre risk för utveckling av hjärt-kärlsjukdom (primärprevention) saknas ännu och är sannolikt svåra att genomföra. Endast enstaka studier har studerat om behandling av parodontit ger lägre risk för förnyad hjärt-kärlhändelse (sekundärprevention)[7,8].

Sammanfattning

Parodontit är vanligare hos patienter med hjärt-kärlsjukdomar orsakade av ateroskleros. Med anledning av detta är det av största vikt att förebygga utveckling av parodontal sjukdom samt bibehålla inflammationsfria förhållanden i parodontiet.

Behandling av parodontit kan ge positiva effekter på markörer för systemisk inflammation men det är i nuläget inte bevisat att parodontal behandling minskar risken för utveckling av hjärt-kärlsjukdom eller förbättrar prognosen vid redan känd hjärt-kärlsjukdom.

Samtal kring upplevd dålig/mycket dålig tandhälsa

Det motiverande samtalet om tandhälsa syftar till att öka deltagarens motivation till att bibehålla och/eller förbättra tandhälsa. Mycket kan göras genom god egenvård, men en del åtgärder kräver professionell hjälp av tandläkare och/eller tandhygienist. För detta krävs att man uppsöker tandvården för inledande undersökning och därefter att en behandlingsplan upprättas.

Förslag på frågor att ställa för att gå vidare:

- Ser att du upplever att din tandhälsa är ganska dålig eller mycket dålig. Varför är det på det sättet?
- När var du senast hos din tandläkare/tandhygienist? Jag skulle rekommendera dig att snarast kontakta tandvården för en undersökning så att du kan få hjälp med din mun/dina tänder.

Verktyg och material

Till deltagaren

- Folktandvården Skåne
  Folktandvården Skåne har lättillgänglig patientinformation på sin hemsidan.

För samtalsledaren

- Folktandvården Skåne
  Folktandvården Skåne har lättillgänglig information på sin hemsidan.

Referenser

1. Bahekar AA, Singh S, Saha S, Molnar J, Arora R. The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: a meta-analysis. *Am Heart J.* 2007;154(5):830-837.

2. Hansen GM, Egeberg A, Holmstrup P, Hansen PR. Relation of Periodontitis to Risk of Cardiovascular and All-Cause Mortality (from a Danish Nationwide Cohort Study). *Am J Cardiol.* 2016;118(4):489-493.

3. World Health Organization. Oral health [Internet]. [citerad 13 augusti 2020]. Hämtad från: https://www.who.int/health-topics/oral-health/

4. Monteiro AM, Jardini MA, Alves S, et al. Cardiovascular disease parameters in periodontitis. *J Periodontol.* 2009;80(3):378-388.

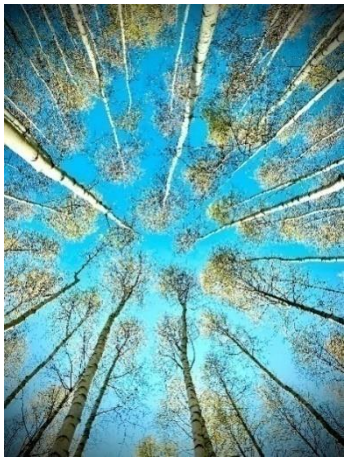
5. Offenbacher S, Beck JD, Moss K, et al. Results from the Periodontitis and Vascular Events (PAVE) Study: a pilot multicentered, randomized, controlled trial to study effects of periodontal therapy in a secondary prevention model of cardiovascular disease. *J Periodontol.* 2009;80(2):190-201.

6. Teeuw WJ, Slot DE, Susanto H, et al. Treatment of periodontitis improves the atherosclerotic profile: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2014;41(1):70-79.

7. Tonetti MS. Periodontitis and risk for atherosclerosis: an update on intervention trials. *J Clin Periodontol.* 2009;36 Suppl 10:15-19.

8. Ryden L, Buhlin K, Ekstrand E, et al. Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction: A Report From the PAROKRANK Study. *Circulation.* 2016;133(6):576-583.

20. Motiverande samtal (MI)



Motiverande samtal, MI (Motivational Interwiewing), är en samarbetsinriktad samtalsstil med syfte att locka fram och stärka en persons egen motivation och åtagande till förändring. I MI finns en tro på att människan vill sitt eget bästa och har förmåga att påverka sitt beteende. Samtalet utgår alltid från deltagarens egna erfarenheter och värderingar. Samtalsledaren styr och stöttar deltagaren till att hitta sin egen motivation och drivkraft för en eventuell förändring. Att känna sig sedd, förstådd och lyssnad på leder till en känsla av delaktighet och en ökad tilltro till sin egen förmåga, vilket är viktigt för att vilja och kunna genomföra förändringar.

MI är en personcentrerad samtalsmetod som bygger på ett aktivt, empatiskt lyssnande. Det är ett förhållningssätt och en stil med vissa principer, strategier och färdigheter. Samtalet anpassas efter individen och är därför inte manualstyrt.

Enligt William R. Miller, förgrundsgestalt inom MI, är ingen människa helt omotiverad, det gäller bara att på ett lyhört och målinriktat sätt locka fram personens egen motivation och bemöta motstånd på ett empatiskt vis. Det förhållningssättet gör att vi lockar fram i stället för att tillföra motivation och kraft till förändring. En viktig grundpelare i motiverande samtal.

Det finns alltid ett mål och syfte med ett motiverande samtal. Målen kan se olika ut beroende på var i förändringsprocessen patienten befinner sig. Det kan exempelvis handla om att så ett frö, att locka fram och stärka individens tro på att klara av att genomföra en förändring, att locka fram individens egen motivation att påbörja, fortsätta eller fullfölja en behandling, en levnadsvaneförändring, acceptera en diagnos eller liknande.

Det grundläggande förhållningssättet i MI beskrivs som empatiskt, respektfullt, jämlikt, värderingsfritt, accepterande, öppet och neutralt. Det förmedlar ansvar, stöttar och stärker självtillit och betonar autonomi.

Utforska, locka fram och lyssna aktivt
Om man som William Miller, tror på att alla individer har motivation, resurser och förmågor så behöver vi vara nyfikna och utforskande och locka fram det ur patienten.

Att utforska vad patienten känner till om olika hälsotillstånd och samband med t.ex. levnadsvanor gör att vi kan möta patienten där den faktiskt befinner sig, ge den information eller de råd som är av betydelse för patienten. Samtalet kommer troligen röra sig kring det som är betydelsefullt för patienten. I ett sådant samtal kan motivation visa sig och drivkraft till positiva levnadsvaneförändringar uppstå.

Att vara nyfiken på och utforska hur patienten ser på sitt liv, vad som är viktigt för hen och hur hen förhåller sig till det som vi pratar om, gör att vi kan skapa ett klimat där patienten känner sig fri att reflektera över sitt liv.

Bekräfta och stärk självtillit
För att öka en persons motivation och beredskap till förändring behöver vi stärka personens tro på sin egen förmåga. Att utforska tidigare erfarenheter och styrkor, locka fram och bekräfta patientens resurser och förmågor visar på möjligheter och stärker patientens självtillit. Det är oerhört viktigt eftersom motivation och benägenhet att ta till sig information och råd ökar hos personer som känner sig bekräftade och kompetenta.

Reflektivt lyssnande - BÖRS

Aktivt lyssnande
Att verkligen lyssna aktivt på vad patienten har att säga ger förutsättningar för att patientens egna tankar, förhoppningar och oro kommer i fokus. När man lyssnar aktivt upptäcker man lättare det som inte sägs med ord utan som uttrycks med kroppsspråket, det som sägs mellan raderna. Genom att uppmärksamma och ge tillbaka det till patienten känner sig patienten bekräftad, sedd och lyssnad på.

De grundläggande kommunikationsfärdigheter som vi använder i MI kallas reflektivt lyssnande och består av **B**ekräftelser, **Ö**ppna frågor, **R**eflektioner och **S**ammanfattningar.

Reflektioner
Enkla reflektioner speglar det som deltagaren säger. De kan bestå av en upprepning eller omformulering av ett eller ett par ord och styr samtalet beroende på vad man väljer att reflektera på. Enkla reflektioner leder samtalet vidare, de visar att man lyssnar och förstår.

Komplexa reflektioner speglar en underliggande outtalad mening eller känsla och utvecklar det som deltagaren uttryckt. De leder också samtalet vidare och hjälper deltagaren att utforska sina tankar, känslor och värderingar. Komplexa reflektioner tillför mer till det sagda än enkla reflektioner och styr samtalet. De är alltid formulerade som ett påstående och deltagaren kan korrigera om samtalsledaren missförstått.

Sammanfattningar
Sammanfattningar, både mindre under samtalets gång och större i slutet av samtalet är verktyg som verkligen visar att vi lyssnar och förstår patienten.
Sammanfattningar ger struktur, överblick och tydlighet, de skapar en gemensam grund och förståelse. Sammanfattningar kan vara en utgångspunkt för att låta samtalet ta en ny riktning. De har delvis samma funktion som reflektioner, kan vara enkla eller mer komplexa. Komplexa reflektioner och sammanfattningar ger deltagaren möjlighet att korrigera eventuella missförstånd.
Ett sätt att sammanfatta är att be deltagaren göra en sammanfattning, -*Vad är det viktigaste du tar med dig härifrån idag?*

Ett reflektivt lyssnande är i sig bekräftande. Att lyfta fram positiva egenskaper på ett sant och uppriktigt sätt blir också ett sätt att stärka/bekräfta deltagaren.

Öppna och slutna frågor
En öppen fråga, som inte kan besvaras med endast ja eller nej, öppnar upp samtalet och utgår i högre grad från vad som är viktigt för patienten. Det ger patienten möjlighet att reflektera och resonera kring sin situation och eventuell förändring. Exempel på öppna frågor kan vara

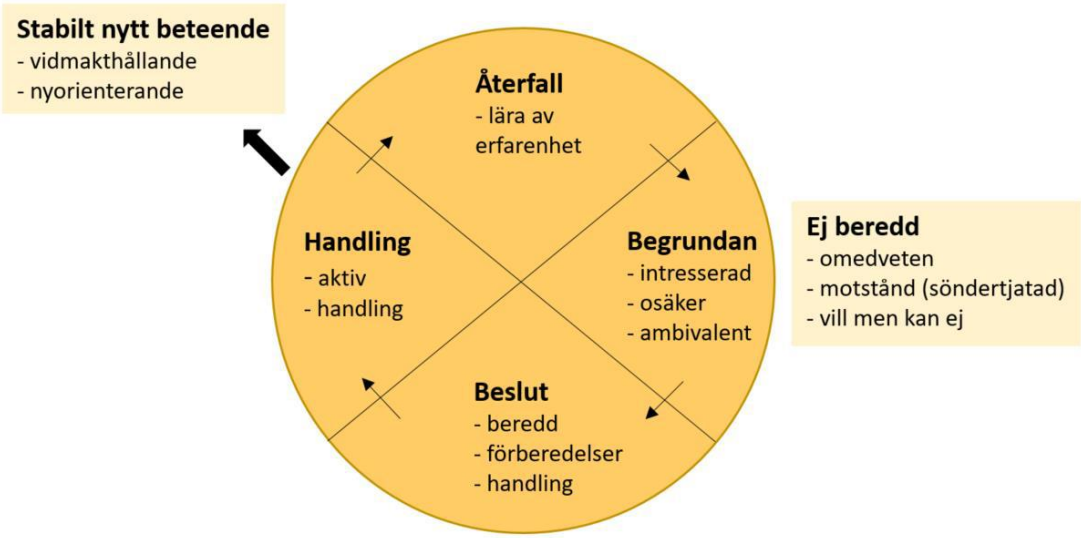
- *Vad är det som gör att du kommer hit idag?*
- *Vilka besvär har du?*
- *Berätta, vad är det som oroar dig?*

Öppna frågor aktiverar berättaren, har ett oändligt antal svarsalternativ och ger ofta fylliga svar. Öppna frågor förstärker ett personcentrerat förhållningssätt.

Slutna frågor har få svarsalternativ ock kan endast besvaras med Ja, Nej eller Kanske, en siffra eller liknande. Slutna frågor handlar om att ta ställning till något som samtalsledaren har i tankarna och styr samtalet utifrån sin utgångspunkt.

Förändring – en process

Att förändra ett beteende är en process, som kan beskrivas i olika modeller. En vanlig modell är Prochaska och Di Clementes förändringshjul (Stages of change). Modellen visar olika faser i en förändringsprocess och hur vi kan röra oss fram och tillbaka mellan de olika faserna. Vi tar oss inte raka vägen igenom hjulets olika faser utan förflyttar oss mellan dem i olika takt. Vi kan också balansera fram och tillbaka mellan olika faser och backa i processen likväl som snurra flera varv innan beteendet blir en del av vår vardag.



Beroende på var i förändringsprocessen patienten befinner sig behöver vi bemöta patienten på lite olika vis. Samtalstekniken behöver matchas mot patientens situation och fas i förändringsprocessen. Att patienten uppvisar ambivalens, osäkerhet eller tvekan är ett naturligt och viktigt steg på vägen till förändring. Om vårdpersonalen tolkar patienten som ”Ej beredd” behöver det inte betyda att patienten helt saknar motivation, utan bara att hen av olika skäl behöver mer tid att i en icke dömande dialog reflektera över sin situation, vad som är riktigt viktigt för just hen och vad hen skulle önska i framtiden.

Före begrundan
Deltagaren upplever inte ett problem, har ingen önskan om förändring, ointresserad, uppgiven, söndertjatad.
Samtalsfokus blir att väcka intresse, utforska vad som är viktigt för hen. Visa på diskrepans, koppla till hälsan och erbjud information. Så ett frö.

Begrundan
Deltagaren är intresserad, osäker, ambivalent och kan se både för och nackdelar med förändring.
Samtalsfokus blir att utforska ambivalens, titta på för och nackdelar, locka fram och utveckla förändringsprat. Utforska hinder och möjligheter, stärka självtillit.

Beslut/förberedelse
Deltagaren har fattat ett beslut om förändring och planerar för att nå målen. Strategier för att förhindra återfall.
Samtalsfokus blir att stötta i att sätta mål och utveckla en plan. Hur ska målen uppnås? Behöver deltagaren stöd i förändring, av vem?

Handling
Uppmuntra vinster och fördelar med förändring och förebygga återfall
Stötta i förändring, stärka självtillit

Återfall
Se återfall som en erfarenhet och inte ett misslyckande.
Stötta i ny förändring, hur kan man förebygga återfall. Stärka självtillit

Stabilisering
Förändringen har blivit en vana.
Stötta i hållbarhet. Påminna om fördelar med förändring.

Informera i dialog

Information i MI ges i dialog med deltagaren. Samtalsledaren ber om lov att få ta upp ett ämne och utforskar vad deltagaren redan vet. Det innebär att man inte behöver ödsla tid på att berätta sådant som den andre redan vet, du anpassar informationen till det som är relevant för just den personen. Samtidigt får du reda på hur hen tar emot informationen. Samtalsledaren ber om lov att få ge information, utforskar igen, vad tänker deltagaren kring det som sagts?

Be om lov att ta upp frågan
- *Är det ok om vi talar om……?*

Utforska
- *Vad känner du till om…..?*
- *Vad tänker du kring det?*

Erbjud/Tillför information
- *Du känner till en hel del om…. Det kan finnas andra saker som är viktiga, är det ok att jag berättar lite om dem, informerar om dem?*
- *Vill du höra om en metod som vi brukar rekommendera?*
- *Folk brukar vilja veta…….*
- *Många kan uppleva att…….*

Utforska igen
- *Hur ser du på det här?*
- *Vad skulle du vilja veta mer om?*

Uttalanden som speglar motivation

Uttalanden som innehåller motivation är uttalanden som rör sig i riktning mot en förändring. Det kan vara uttalanden om nackdelar med nuläget eller om fördelar med en förändring. Det kan vara något som uttrycker tilltro till sin förmåga att kunna genomföra en förändring. Det kan vara uttryck om att vilja, behov eller önskan om att förändra eller att man bestämt sig. Motivationsuttalanden har stor betydelse för om förändring kommer ske eller ej så vi vill gärna inte missa några av dessa guldkorn i samtalet. Vi kan locka fram motivationsuttalanden genom hjälpsamma frågor, till exempel:

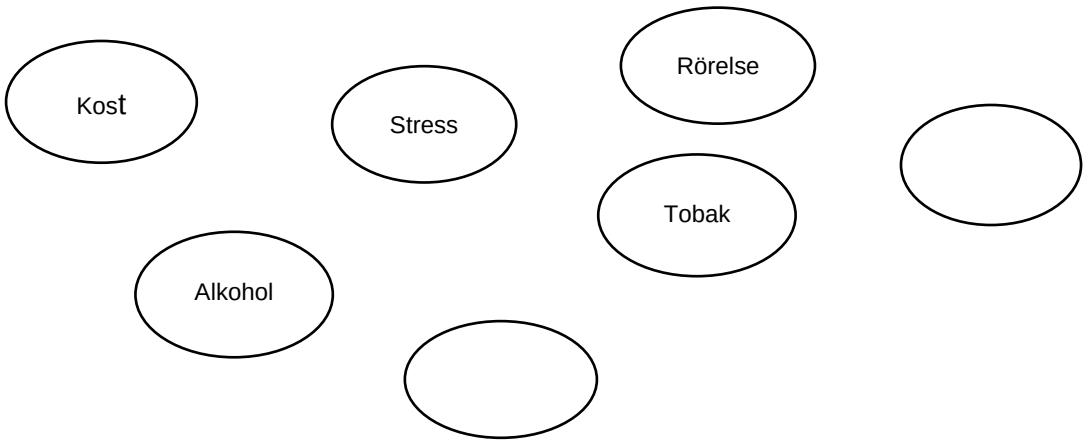
- *Finns det några nackdelar med att ha det som du har det nu? Vilka skulle de i så fall vara?*
- *Ser du möjligen något som skulle kunna vara positivt om du gjorde den här förändringen?*
- *Varför är det viktigt för dig att göra just den här förändringen? Är det något mer som gör att du tycker att det är så viktigt?*
- *Hur har det sett ut förut? Finns det förändringar du har gjort tidigare i livet? Hur*

lyckades du då?
- *Om du skulle göra den här förändringen, hur stor tilltro har du till att du skulle klara av den? Vad är det som gör att du har så pass stor tilltro till att klara av det? Något annat som gör att du…?*
- *Hur önskar du att det vore?*

Meny/agenda

Meny/agenda ger struktur över samtalet, bjuder in deltagaren och respekterar vad hen tycker är viktigast. Verktyget ger många möjligheter, ha en helt tom meny eller rita upp en meny som innehåller relevanta ämnen för samtalet och ge alltid deltagaren möjlighet att lägga till ämnen och sätta agenda för samtalet.

- *Idag har vi träffats för att ha ett hälsosamtal. Här är några saker som vi brukar ta upp vid ett hälsosamtal.*
- *Vill du ha med något mer?*
- *Vad skulle du vilja börja med?*



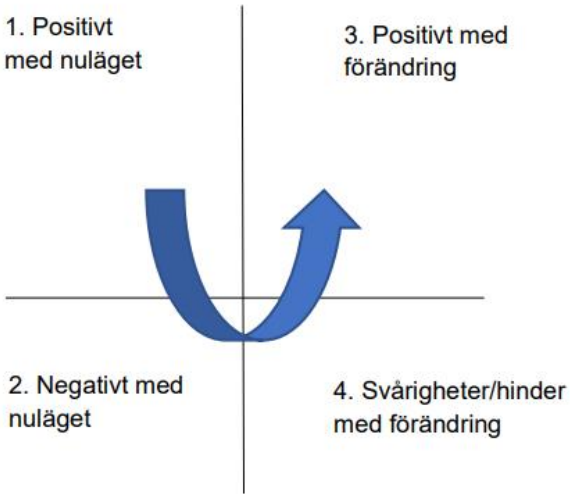
Ambivalens

För att utforska ambivalens kan man använda ambivalenskorset. Rita på ett papper och fyll i tillsammans med deltagaren. Börja i ruta ett och utforska vad som är positivt med nuläget, gå sedan igenom rutorna två, tre och fyra.

Fokusera på det som det som är viktigt för deltagaren, visa på långsiktiga konsekvenser vid förändring. Lägg mest tid på negativt med nuläget och positivt med förändring.

Hinder och svårigheter med förändring kan ge information om vad som skulle behövas för att en förändring ska komma till stånd.

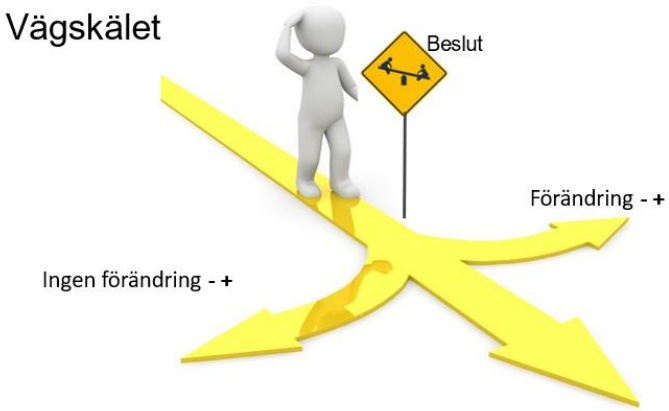
Ambivalenskorset



Vägskäl

Vägskälet är ytterligare ett verktyg för att utforska ambivalens. Här utforskar samtalsledaren och deltagaren hur redo hen är för förändring och konsekvens av ett beslut över tid. Det visar att ett beslut om inte göra en förändring också är ett aktivt beslut.
Utforska vad som är positivt och negativt med nuläget och blicka framåt;

- *Om du tänker att du bestämmer dig för ett rökstopp och går på förändringsvägen, hur tror du det blir om du tänker fem år framåt? Vad blir positivt och negativt?*
- *Och om du väljer att icke förändra, hur ser den vägen ut för dig om du tänker fem år framåt?*



Skalor

Med hjälp av skalor kan man som samtalsledare få en uppfattning om deltagarens grad av motivation eller beredskap att förändra sina levnadsvanor.
Skalor används för att utforska motivation, tillit och förmåga samt för att locka fram förändringsprat.

Motivationsskala

På en skala mellan 0 - 10, hur viktigt är det för dig att göra den här förändringen?

0 ---------- 10

- *Hur kommer det sig att du sätter så högt som 5 och inte 2?*

Denna följdfråga stärker och lockar fram förändringsuttalanden som beskriver mer ingående varför något är viktigt.

Skala om tilltro till förmåga

På en skala mellan 0 - 10, hur säker är du på din förmåga att klara det om du bestämmer dig för att förändra?

0 ---------- 10

- *Hur kommer det sig att du sätter så högt som 4 och inte 2?*

- Vad är det som gör att du inte sätter en lägre siffra som 3 eller 0?

Dessa följdfrågor kan locka fram uttalanden om egna styrkor och förmåga.

Vad skulle behövas för att du skulle sätta en högre siffra, tex 7?

Skala för beredskap

På en skala mellan 0 - 10, hur beredd/intresserad känner du just nu att göra en förändring?
0 ---------- 10
Hur kommer det sig att du sätter så högt som 3 och inte 0?
Vad skulle behövas för att du skulle sätta en högre siffra, tex 5?
Avsluta gärna utforskningen med att göra en sammanfattning och förstärka det prat som leder till en positiv förändring.

Motstånd

Motstånd eller dissonans är en signal till dig som behandlare att vara än mer lyhörd för patientens bakomliggande känslor och erfarenheter. Motstånd kan bero på så många olika faktorer. Det kan vara tecken på ovilja att följa de råd som ges eller till att göra en förändring. Det kan också bero på dåliga erfarenheter, rädslor, en pressad situation, okunskap eller att samarbetet mellan vårdgivare och patient inte fungerar. Ett bristande samarbete kan bero på att du går för fort fram, kommer med råd eller lösningar för tidigt i processen eller är okänslig för patientens behov.

Låt patienten själv komma med lösningar när hon eller han är mogen för det. Problematisera inte patienten, utan se på problemet lite mer utifrån, icke dömande, tillsammans med patienten. Hjälp patienten att hitta andra vägar och lösningar genom att föreslå alternativa tolkningar och vidga perspektivet på problemet. Om motståndet beror på dåliga erfarenheter, rädsla eller andra bakomliggande orsaker kan du ge tillbaka det du förstår och hör mellan raderna. Det bekräftar patientens upplevelse eller känsla, patienten känner sig förstådd och accepterad vilket kan göra det möjligt att fortsätta prata om det som är viktigt och relevant för patienten.

- **Förebygga motstånd**; MI-anda, BÖRS, vara resurs, undvika

rättningsreflex/omsorgsreflex, undvika oombedda råd, undvika motargumentation, be om lov, använda meny-agenda.

- **Möta motstånd***;* backa, betona autonomi, be om ursäkt, omformulera, byta fokus, komplexa reflektioner, dubbelsidiga reflektioner.

Verktyg och material

Till samtalsledaren

- MI-stickan från Folkhälsomyndigheten
  Liten guide i att leda ett motiverande samtal som beställs via Folkhälsomyndigheten.

- Introduktion till MI - Motiverande samtal om sexuell hälsa (folkhalsomyndigheten.se)
  Information om olika tillämpningsområden för metoden, filmer m.m.

- MINT – Excellence of motivational interviewing
  Information, fakta och rekommendationer om MI, samt utbildning och träning. Här kan du läsa mer om MINT (**Motivational Interviewing Network of Trainers).**

Litteratur

Barth T, Näsholm C, Motiverande samtal – MI, *Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*, Studentlitteratur 2006.

Holm Ivarsson B, *MI Motiverande samtal – Praktisk handbok för Hälso- och sjukvården.* Gothia kompetens 2016.

Barth T, Näsholm C *MI - samtal och förhållningssätt: att framkalla, förädla och förankra motivation*. Studentlitteratur 2018.

Miller WR, Rollnick S, *Motiverande samtal, Att hjälpa människor till förändring.* Natur och kultur, fjärde utgåvan 2024.

21. Samhällsinriktade åtgärder

Sammanfattning

- Genom en förbättrad hälsa i befolkningen kan olika samhällsutmaningar lättare hanteras, såväl ekonomiska som sociala.
- Om fler aktörer involveras underlättas arbetet för en mer jämlik hälsa.
- Vid hälsofrämjande insatser är det viktigt att ha ett tydligt budskap och en definierad målgrupp.
- Studier tyder på att hälsointerventioner som kombineras med samhällsinsatser ger störst effekt. Ett exempel är Habo kommun i Jönköpings län, där individuella åtgärder (riktade hälsosamtal) kombinerades med samhällsinriktade åtgärder (i bl.a. skolor) i det sjukdomsförebyggande arbetet.

Praktiska tips

Hur inleder vi ett samarbete med kommunen, skolor, livsmedelsbutiker, apotek, fritidsföreningar, tandvården, med flera?

Linda Hunter vid VC Svalöv har tagit fram några praktiska tips baserade på hur hon själv gick tillväga:

- Börja att ta reda på vilka system och strukturer man kan jobba inom. Vad finns i ditt närområde (skola, apotek, gym etc.)?
- Maila runt och se var du får svar.
- Maila kommunen. Ta reda på vilka som jobbar med folkhälsofrågor.
- Introducera din plan eller idé och förklara varför ett sådant arbete behövs i kommunen.
- Försök att få till ett möte. Detta skapar möjlighet för fler kontakter som man kan förmedla sina idéer till.
- Diskutera vilka insatser som redan gjorts och vad ni kan jobba mer kring i kommunen.
- Titta på folkhälsoundersökningar för att kunna jämföra behov med resurser
- Chansen finns att fler vårdcentraler hänger på om någon börjar.

Varför behövs samhällsinriktade åtgärder?

Enligt Folkhälsomyndigheten krävs det insatser som främjar hälsa och livskvalitet för att samhällets kostnader för ohälsa ska minska[1]. Vidare menar Folkhälsomyndigheten att dessa insatser bör omfatta flera viktiga samhällsstrukturer, såsom skola och förskola, arbetsplatser, hälso- och sjukvården, föreningslivet, livsmedelskedjan och omsorgen.

Med samhällsinriktade åtgärder för att förbättra hälsan i befolkningen skapas även möjligheter för att bemöta de demografiska utmaningarna i Sverige, där den arbetsföra andelen av befolkningen successivt kommer minska till följd av en åldrande befolkning och därmed även skatteintäkterna[2]. Befolkningens hälsa både påverkar och påverkas av välfärdens verksamheter, vilket är tydliga argument för att hälsan behöver förbättras hos alla för att vi ska upprätthålla vår välfärd i framtiden.

En aktörskartläggning visar att det pågår insatser både inom ordinarie verksamheter och i särskilda satsningar. Kartläggningen indikerar även på att det finns en efterfrågan och vilja till ökad samverkan mellan och inom aktörsgrupper. Folkhälsomyndigheten menar att detta kräver nationella mål och en nationell strategi med tydliga prioriteringar och uppföljning på nationell nivå. Enligt Folkhälsomyndigheten är det angeläget att tillvarata viktig kunskap och erfarenheter kring förebyggande arbete och att denna kunskap förmedlas vidare[1].

Hälsans bestämningsfaktorer

Befolkningens hälsa påverkas av ett komplext samspel mellan olika faktorer, där bland annat interaktionen mellan individen och samhället har en stor påverkan[3]. För att lyckas påverka sin livssituation och uppnå en god hälsa krävs det likvärdiga förutsättningar och villkor för alla i samhället. Hälsans bestämningsfaktorer är en modell som har tagits fram av Dahlgren och Whitehead (se bild). Modellen visar på ett illustrativt sätt omfattningen av de faktorer som påverkar hälsan. Den tar dels upp de individuella faktorerna som uttrycks genom våra levnadsvanor och vår livsstil, dels beskriver den hur levnadsvanor och livsstil i sin tur till stor del påverkas av kultur, omgivning, relationer, hushållskostnader, social position m.m. För att förebygga ohälsa krävs det samhällsinriktade insatser som skapar förutsättningar för alla att uppnå god hälsa.

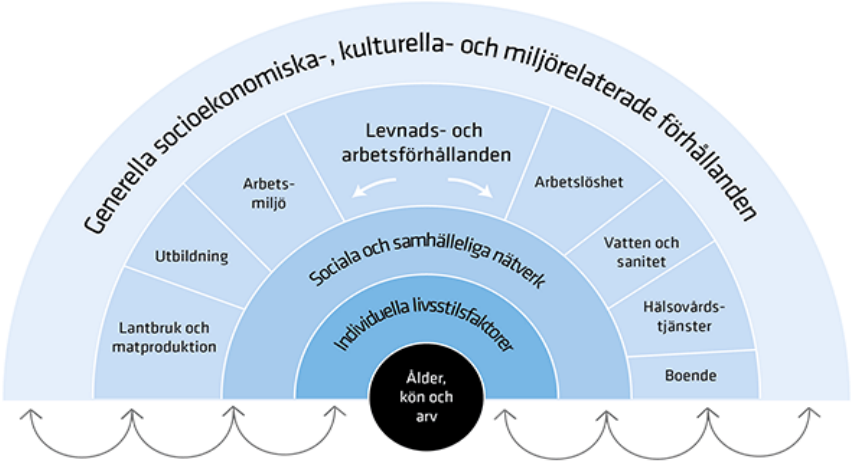


Bild: Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer, Dahlgren & Whitehead 2007/19913

Ojämlikhet i hälsa

Socioekonomisk status påverkar våra levnadsvanor och därmed även risken för att drabbas av smittsamma såväl som icke-smittsamma sjukdomar. Ojämlikhet i hälsa beror generellt på systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika socioekonomisk status. Bakomliggande förklaringar till ojämlikhet i hälsa är att utsatta grupper oftast har en annan mottaglighet och motståndskraft för olika sjukdomar, samt att deras ekonomiska och sociala position skapar konsekvenser för hälsan. Folkhälsomyndigheten menar att det krävs ett långsiktigt arbete som skapar förutsättningar för att uppnå en förbättrad och jämlik hälsa, kombinerat med ett kortsiktigt arbete för att påverka konsekvenserna av ojämlikhet i hälsa[3].

I en granskning av 29 systematiska översiktsartiklar har hälsoeffekterna av folkhälsoinsatser undersökts för att ta reda på vilken påverkan det har på hälsoskillnader i höginkomstländer[4]. Resultatet från denna granskning tyder på att en del reformer kan vara effektiva för att minska ojämlikheterna i hälsa, t.ex. skatt på ohälsosam mat och dryck, program för subventionering av livsmedel för familjer med låg inkomst, kontrollåtgärder för tobaksreklam, nationella utbildningsprogram om tandborstning för barn tillhörande grupper med låg socioekonomisk status, allmänna och riktade vaccinationer och interventioner i befolkningen. Trots att dessa exempel visat på positiva effekter för att minska ojämlikheter i hälsa, noterar författarna att det finns en osäkerhet hur väl dessa resultat kan överföras mellan olika höginkomstländer. Studien uppmärksammar även ineffektiva interventioner som visade sig kunna öka ojämlikheterna i hälsa, såsom att sänka skatten på alkohol.

Hur kommunicerar vi hälsa?

Att utforma ett hälsobudskap kan vara en svår uppgift och det finns många delar att ta hänsyn till i processen. Bland annat målgruppens karaktär, vilka kommunikationskanaler som är tillgängliga och vilka hinder det finns för hur målgruppen ska tolka ett budskap. Hur man introducerar nya fakta, ändrar attityder eller beteenden beror på vilket syfte man har med kommunikationen. Oberoende av syftet finns dock ett antal faktorer som man bör ha i åtanke vid formulering av ett hälsobudskap[5]:

1. *Enkelhet.* Enkla budskap innebär att vetenskapliga och byråkratiska termer begränsas och utesluter överflödig information, dvs. som inte är nödvändig för att människor ska kunna fatta sina beslut.

2. *Konsekvent.* Det gäller att vara tydlig och konsekvent i sina hälsobudskap, dvs. undvika att införa diskussioner om huruvida något kan vara farligt eller ej, vilket lätt kan uppstå inom vetenskapen. Det riskerar i detta sammanhang att enbart skapa förvirring bland befolkningen.

3. *Huvudbudskap.* Var tydlig med vad som är huvudbudskapet, genom att inte gömma detta bland mindre viktig information.

4. *Budskapets ton.* Huruvida man väljer att presentera budskapet med en negativ eller positiv ton kan påverka allmänhetens vilja att följa de råd och anvisningar som budskapet förmedlar.

5. *Trovärdighet.* De som presenterar budskapet behöver vara trovärdiga och konsekventa i sitt budskap för att presentationen ska kännas övertygande.

6. *Målgruppens behov.* För att människor ska kunna ta till sig ett budskap bland all den information som vi lever i är det relevant att budskapet är anpassat för målgruppen för att det ska kännas tilltalande. Bland annat kan information om det som är viktigt för *mottagarna* vara mer relevant än varför budskapet är viktigt enligt *avsändaren*.

Vad behöver vi känna till för att nå fram med vårt budskap?

Vid formulering av ett hälsobudskap är det även lämpligt att fundera över vilka förutsättningar det finns för människor att ta till sig budskap som förmedlar olika hälsorisker. Nedan följer exempel som kan påverka huruvida allmänheten är villig att acceptera ett budskap[5]:

- *Allmänheten vill ha enkla lösningar.* Människor är mer benägna att agera om budskapet inte ställer alltför stora krav på förändring. Därför kan det vara behjälpligt om förändringen inte ingriper i deras normala rutiner eller stör grundläggande värderingar.

- *Allmänheten reagerar ogynnsamt på budskap som skapar rädsla*. Information som kan upplevas skrämmande kan leda till förnekelse hos människor.

- *Allmänheten har andra prioriteringar.* Framtida hot mot hälsan har ofta mindre betydelse än närliggande hot och problem i vardagslivet.

- *Man upplever inte sig själv som mottaglig för ohälsa och sjukdom.* Människor tenderar generellt sätt att undervärdera risken för att de själva ska drabbas av någon sjukdom.

Varför gör de inte som vi säger?

Hur får man då en befolkning att inte bara förstå, utan också följa de råd som ett budskap ger? Trots att hälsobudskap kan framkalla tankar kring levnadsvanorna hos människor så krävs det mer än så för att ett budskap ska leda till handling[5]. Myndigheters budskap är oftast väldigt allmänt formulerade, vilket riskerar att inte ge en lika vägledande effekt. Vill man uppnå mer än att fånga mottagarnas uppmärksamhet så bör budskapet grunda sig i en anpassning till både målgrupp och situation. Sättet att kommunicera på kan t.ex. se olika ut beroende på om budskapet riktar sig till lågstadieelever eller till kontorspersonal.

Dessutom kan man fokusera på så kallad *point-of-action display,* vilket innebär att budskapet förmedlas så nära handlingen som möjligt[5]. T.ex. så riskerar ett budskap som förmedlas via TV-reklam att förlora sin effekt, då tiden mellan att reklamen sänds och en viss handling ska utföras oftast är för lång. För att budskapet ska nå mottagaren så nära inpå handlingen som möjligt kan budskapet istället förmedlas genom t.ex. dekaler eller affischer. Mycket tyder därmed på att miljön kan ha en stor påverkan på vilka beslut vi fattar. Det kan t.ex. finnas anledning att satsa på specifika miljöer, såsom matvarubutiker, där olika hälsobudskap kan synliggöras för att underlätta för allmänheten att göra hälsosamma val.

Hur sprider sig hälsobudskap i en befolkning?

En teori som förklarar spridningsprocessen av hälsobudskap är ”diffusion of interventions” (diffusionsteorin)[6]. Teorin är kopplad till hälsokommunikation och är en typ av kommunikationsstrategi med starkt vetenskapligt stöd[1]. Diffusionsteorin går ut på att förklara den utveckling som sker när olika grupper i samhället anpassar sig till en nyhet, t.ex. en innovation eller ett budskap. Enligt teorin har olika grupper olika benägenhet att ta till sig budskap. Bland annat lyfts adoptionsprocessen, dvs. hur individer reagerar när de konfronteras med en nyhet. Denna process består av fem olika faser[6]:

- *Kunskap* - uppstår när en individ lär sig och förstår hur olika innovationer fungerar.
- *Övertalning* - skapas när en individ har utvecklat en gynnsam eller ogynnsam attityd till innovationen.
- *Beslut* - uppstår när en individ engagerar sig i en aktivitet, vilket leder till alternativen att antingen acceptera eller förkasta innovationen.
- *Implementering* - avser när individen börjar använda sig av innovationen.
- *Bekräftelse* - uppstår när individen börjar söka information som stödjer det fattade beslutet[6].

När det gäller hälsorelaterade beteenden så är det oftast personer med högre socioekonomisk status som har större förutsättningar att ändra sina beteenden, vilket riskerar att öka de sociala klyftorna i samhället[6]. Hur ställer sig då diffusionsteorin inför detta? Jo, med tiden väntas övriga grupper följa efter, vilket innebär att sociala klyftor åter minskar i takt med att sociala normer förändras. Denna diffusionsprocess väntas dock ske över en lång tidsperiod.

Samtidigt som individer har olika förutsättningar för att lyckas anpassa sina liv efter samhällets hälsobudskap, så förväntas alltså budskapet med tiden bli en del av normen för samtliga i samhället. För att skapa förutsättningar för att även grupper med lägre socioekonomi ska lyckas anpassa sig så krävs dock att olika aktörer aktivt arbetar hälsofrämjande, till exempel att skolor inriktar sig på att höja den fysiska aktiviteten hos eleverna i syfte att fysisk aktivitet ska bli en del av normen för alla, oberoende av socioekonomisk status.

Vetenskapliga studier

Enligt Folkhälsomyndigheten bör hälsofrämjande insatser inkludera flera olika komponenter, så kallade multikompetenta insatser[1]. Baserat på vetenskapliga studier som analyserat effekten av olika hälsofrämjande insatser så visar resultaten på att det sällan finns en enskild insats eller en enskild aktör som är tillräckligt effektiv för att genomgripande påverka matvanor och fysisk aktivitet.

En vetenskaplig översikt visade på att interventioner som utfördes inom livsmedelsbutiker var som mest effektiva när olika komponenter kombinerades, t.ex. enkel tillgång till hälsosamma livsmedel i kombination med tilltalande och tydlig näringsinformation, för att olika kampanjer och märkning av livsmedel ska lyckas öka medvetenheten[7]. Resultaten från granskningen

tyder på att hälsointerventioner i butiker i allmänhet är effektiva när det gäller att stimulera till köp och konsumtion av hälsosam mat.

Även Middel et al. visade på att insatser i en verksamhet såsom livsmedelsbutiker krävde flera olika komponenter för att vara effektiva[8]. I sin litteraturöversikt tar författarna upp eventuella hinder och förutsättningar för att utföra hälsointerventioner i livsmedelsbutiker. En avgörande faktor som framhölls var den kommersiella lönsamheten, (dvs. vikten av efterfrågan på produkter, att behålla kunder, samt att begränsa kostnaderna), när man utför hälsofrämjande insatser. Om insatsen uppfattas som kommersiellt skadlig utgör den resulterande konflikten ett hinder, eftersom återförsäljarna sannolikt motsätter sig åtgärder som är skadliga för deras verksamhet. T.ex. kan de som utför interventionen minska försäljningen av ohälsosamma produkter, vilket sannolikt kommer att leda till lägre intäkter för återförsäljaren och möjligen även till svinn av produkter och efterföljande förluster. För att underlätta implementeringsprocessen menar författarna att man bör kombinera faktorer som:

- Samhällsengagemang
- Strategier för att undvika matsvinn
- Kommersiella fördelar (fler kunder, högre vinster)
- Anpassning av intressen
- Involvera flera organisationer samtidigt (gäller vid enskilda verksamheter)
- Söka alternativa möjligheter för informationsspridning (t.ex. professionella nätverk)

Exempel på interventionsstudier i Sverige

Hälsofrämjande interventionsprogram i Norsjö

I början av 1980-talet började man upptäcka, baserat på epidemiologisk befolkningsdata, att förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar vara oroväckande hög i norra Sverige. I samband med detta påbörjades därför ett interventionsprogram i Norsjö där ett lokalt samarbete mellan vårdgivare, livsmedelsbutiker, skolor, kommuner och allmänheten initierades. Bland annat kontaktades invånarna när de fyllde 30, 40, 50 och 60 år av primärvården med en inbjudan till hälsoundersökning och rådgivning. Genom detta kunde man genom screening upptäcka patienter som hade en hög risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Varje patient fick dessutom individuell återkoppling baserat på de kliniska provsvaren. Programmet gick även ut på att skapa en ökad medvetenhet i befolkningen genom att tillsammans med livsmedelsbutiker införa ett nytt system för livsmedelsmärkning som efter några år blev det officiella livsmedelsmärkningssystemet i Sverige (nyckelhålsmärkningen). Interventionen resulterade i att över 90 % av de kontaktade invånarna deltog i hälsoundersökning och rådgivning, där rådgivningen ansågs av deltagarna vara den viktigaste faktorn för att stödja livsstilsförändringar. Försäljningsstatistiken gällande mejeriprodukter med låg fetthalt visade även på en tydlig ökning. De olika delarna av interventionsprogrammet hade dessutom tagits emot väl av allmänheten[9].

Preventivt arbete i Habo kommun

Mellan åren 1984–1996 pågick ett preventivt arbete i Habo kommun i syfte att minska antalet fall i förtida död till följd av ischemisk hjärtsjukdom. Detta förebyggande arbete genomfördes tillsammans med primärvården och i samarbete med andra aktörer såsom skolor, föreningsliv, butiker m.fl.. Bland annat bestod insatserna av individinriktat arbete där invånarna bjöds in till ett hälsosamtal hos en sjuksköterska. En personlig hälsokurva användes som ett pedagogiskt stöd för att illustrera hur faktorer som levnadsvanor och biologiska riskfaktorer (BMI, midja-stusskvot, kolesterol och blodtryck) kan ha betydelse för hälsan. Dessutom genomfördes ett samarbete med skola, livsmedelsbutiker och föreningsliv vilket bl.a. resulterade i minskad rökning, ett hälsosammare livsmedelsutbud och fler motionsalternativ. Genom att kombinera individuella insatser, såsom hälsosamtal, med samhällsinriktade åtgärder så minskade dödligheten i hjärtinfarkt snabbare än både i övriga Sverige och i jämförbara kommuner[10]. Dessa resultat visar på att samhällsinriktade åtgärder kan vara en bidragande faktor till att minska antalet dödsfall i hjärt- och kärlsjukdom.

Exempel på initiativ i Skåne

Skåneleden och guidade turer

Skåneleden utgör en viktig del i Region Skånes hälsofrämjande arbete. Förutom att skapa tillgång till attraktiva natur- och kulturområden så skapar Skåneleden även förutsättningar för fysisk aktivitet och främjar friluftslivet hos befolkningen. Skåneleden erbjuder både cykelleder och etapper för promenader eller lättare vandring runtom i Skåne, och är anpassad till kollektivtrafiken för att göra den lättillgänglig. På så sätt kan Skåneleden med fördel ordineras som en del av Fysisk aktivitet på Recept (FaR)[11]. Region Skåne anordnade dessutom kostnadsfria, guidade vandringar för nybörjare under hösten 2019 för att göra det mer lockande och lättare att komma ut i naturen för allmänheten. De guidade turerna togs fram i samverkan med Stiftelsen Skånska Landskap och omfattade både områden längs Skåneleden och Stiftelsen Skånska Landskaps strövområden. Guiden svarade på frågor om friluftsliv och gav tips om bland annat packning och andra utflyktsmål i Skåne. Förhoppningen med denna tur var att man som nybörjare skulle känna sig mer nyfiken, inspirerad och trygg i att ge sig ut i naturen på egen hand[12].

Region Skåne © Apelöga.

VC Svalövs samarbete med Svalövs kommun och livsmedelsbutik

Vårdcentralen Svalöv har startat ett samarbete med ICA nära i Teckomatorp. Samarbetet handlar främst om att främja goda levnadsvanor hos allmänheten genom att skapa förutsättningar för kunden att uppmärksamma och välja mer hälsosamma alternativ. Under ett möte med butikschefen diskuterades olika tillvägagångssätt. En åtgärd som infördes var att sätta upp lappar med rubriken “Vårdcentralen Svalöv tipsar!” och olika texter, såsom “livsmedel som innehåller mer fibrer och/eller bättre fetthalt” eller “här hittar du bra proteiner”. Dessa lappar placerades vid utvalda livsmedel för att vägleda konsumenter till hälsosamma val. Ytterligare en åtgärd som var att placera recept vid ingången som ska ge tips och inspirera kunder till hälsosamma måltider. Det anordnades även en tipsrunda där lappar placerades runtom i butiken med frågor kring hälsa, såsom: “Hur mycket rekommenderas att man rör på sig om dagen?”. Varje fråga hade tre svarsalternativ, varav ett korrekt svar.

Vårdcentralen bedriver idag även ett samarbete med flera andra aktörer i Svalövs kommun för att utöka arbetet med samhällsinriktade åtgärder. Under arbetet har de tagit kontakt med kommunens socialchef för att diskutera vad man på strukturell nivå skulle kunna arbeta med i kommunen. Dessutom har en dialog förts med fritidschefen gällande olika aktiviteter i kommunen samt med en tandhygienist på Folktandvården. Samtalsledaren berättar även att de har haft ett samarbete med Elevhälsan och skolsköterskorna där regelbunden kontakt har förts[15]. Vårdcentralen Svalöv anordnade tillsammans med kommunen även en tipsrunda för att peppa invånarna till att bege sig ut och minska stillasittandet under vintern. Tipsrundan var gratis, ungefär en kilometer och innehöll frågor på temat hälsa[16].

Vad görs inom Sveriges Kommuner och Regioner?

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har till uppgift att bl.a. stödja och synliggöra kommunernas och regionernas arbete för nära vård. *Strategi för hälsa* är ett av SKRs uppdrag som syftar till att bidra till ett mer hälsofrämjande samhälle inom skola, socialtjänst, vård- och omsorg, samt hälso- och sjukvård. Strategin fokuserar på förebyggande och hälsofrämjande insatser, där det viktiga är att utveckla arbetsmetoder, sätta konkreta mål samt mäta och följa upp resultaten. Följande punkter beskriver *Strategi för hälsa*[2]:

- Ett stöd som utvecklar samverkansarbetet mellan kommuner och region i respektive län inom områdena skola, socialtjänst, vård och omsorg, samt hälso- och sjukvård.
- Ett analysstöd för att visualisera och tolka utvecklingen av strategins indikatorer på lokal, regional och nationell nivå. I Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) samlas olika nyckeltal för kommuners och regioners alla verksamheter. Det finns också specifika kommunrapporter som illustrerar jämförelser och trender över tid på ett lättillgängligt sätt.
- En samordning med de angränsande uppdragen *Nära vård* och *Kraftsamling för psykisk hälsa*.

De aktiviteter som kommunerna genomför när det gäller matvanor och fysisk aktivitet riktar sig såväl till allmänheten som till särskilda grupper. Det kan t.ex. vara tillgång till cykelbanor och grönområden, vilket gynnar kommuninvånare i stort, samt andra aktiviteter som riktar sig specifikt till barn, ungdomar, äldre och utsatta grupper.

Ytterligare exempel på aktiviteter som kommunerna arbetar med är t.ex. pulshöjande aktiviteter på schemat i skolan, tillgång till skolidrottsföreningar, tillhandahållande av skollokaler för fysiska aktiviteter och matlagningskurser efter skoltid, samt kampanjer för att främja cykeln som färdmedel[1].

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2017. [citerad 19 mars 2021]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5514b381077f4175b13fca5fe1089abe/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet.pdf

2. Sveriges kommuner och regioner. Strategi för hälsa [Internet]. Stockholm. Sveriges kommuner och regioner. 2021. [citerad 19 mars 2021]. Hämtad från: https://skr.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html

3. Folkhälsomyndigheten. Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop? [Internet]. Stockholm. Folkhälsomyndigheten. 2020. [citerad 19 mars 2021]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/

4. Thomson K, Hillier-Brown F, Todd A, McNamara C, Huijts T, and Bambra C. The Effects of Public Health Policies on Health Inequalities in High-income Countries: An Umbrella Review. *BMC Public Health*. 2018; (869): 1–19.

5. Jarlbro G. Hälsokommunikation: En introduktion. 3 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2010.

6. Rogers E. Diffusion of preventive innovations. *Science Direct.* 2002;27(6):1-3.

7. Abdulfatah A, Jensen J. What is the effectiveness of obesity related interventions at retail grocery stores and supermarkets? —a systematic review. *BMC Public Health.* 2016; (1274): 1–16.

8. Middel C, Schuitmaker-Warnaar T, Mackenbach J, Broerse J. Epidemiology biostatistics, & APH - Health Behaviors & Chronic Diseases. Systematic review: A systems innovation perspective on barriers and facilitators for the implementation of healthy food-store interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2019;(1), 108. 1-12.

9. Weinehall, L., Hellsten G, Boman K, and Hallmans G. Prevention of Cardiovascular Disease in Sweden: The Norsjö Community Intervention Programme - Motives, Methods and Intervention Components. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2001; 29.56 : 13-20.

10. Lingfors H, Persson L, Lindstorm K, Bengtsson C. Time for a ”vision zero” concerning premature death from ischaemic herat desease?. *Scandinavian juournal of primary health care.* 2002; 20.: 28-32

11. Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention-Region Skåne. Nyhetsbrev nr 17 - Natur och hälsa. [Internet]. Malmö: Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention; 2020. [citerad 19 mars 2021]. Hämtad från: https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/nyhetsbrev/nyhetsbrev-nr-17---natur-och-halsa.pdf

12. Skåneleden. Guidade vandringar för nybörjare [Internet]. Skåneleden [citerad 2021-03-19]. Hämtad från: https://skaneleden.se/item/guidade-vandringar-for-nyborjare/0siu0zlfpyr1v5dsghtnf71oopsuggce

13. ICA gruppen. ICA:s samhällsengagemang. [Internet]: ICA gruppen. [citerad 2021-03-19]. Hämtad från: https://www.icagruppen.se/om-ica-gruppen/samhallsengagemang#!/

14. ICA gruppen. Läkare och ICA i pilotprojekt för att hjälpa barn med fetma. [Internet]: ICA gruppen; 2018 [citerad 2021-03-19]. Hämtad från: https://www.icagruppen.se/arkiv/pressmeddelandearkiv/2018/lakare-och-ica-i-pilotprojekt-for-att-hjalpa-barn-med-fetma/

15. Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention-Region Skåne. Nyhetsbrev nr 18 - Levnadsvanor i siffror. [Internet]. Malmö: Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention; 2020. [citerad 19 mars 2021]. Hämtad från: https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/nyhetsbrev/nyhetsbrev-nr-18-levnadsvanor-i-siffror.pdf

16. Svalöv kommun. Tipsrunda i Svalöv. [Internet]. Svalöv: Svalöv kommun; 2020. [citerade 19 mars 2021]. Hämtad från: https://www.svalov.se/arkiv/nyheter-2020/2020-12-18-tipsrunda-i-svalov.html

22. Livsstilsverktyget

Bakgrund

Livsstilsverktyget är ett kostnadsfritt och individanpassat digitalt verktyg som finns både som app och som webblösning[1]. Verktyget togs fram vid Göteborgs universitet 2014 och har utvecklats av forskare vid både Lunds och Göteborgs universitet, i nära samverkan med patienter.

År 2016 till 2019 genomfördes en forskningsstudie där 371 deltagare med typ 2 diabetes fick använda sig av Livsstilsverktyget[2]. Utöver verktyget ingick fysiska besök var tredje månad under första året och därefter var sjätte månad. Deltagarna som använde verktyget fick signifikant lägre blodsocker, lägre blodtryck, lägre vikt, ökad muskelmassa,förbättrad insulinresistens och bättre subjektivt mående, jämfört med en kontrollgrupp. Denna effekt påvisades under hela uppföljningstiden (730 dagar) och blev påtagligare ju längre studien pågick.

Aktuell studie

En ny studie påbörjades i april 2021 där Livsstilsverktyget erbjuds till alla i Sverige över 35 år som har tillgång till internet. Studien beräknas pågå i minst 3 år. I studien ingår samarbeten med hälso- och sjukvården i både Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

Studiens frågeställning är att studera hur väl Livsstilsverktyget förebygger ohälsa i befolkningen. Syftet är att deltagarna ska må bättre, kunna hantera livets upp- och nedgångar, samt förebygga och hantera livsstilssjukdomar, inklusive riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

Målet är att rekrytera ca 80 000 deltagare från hela Sverige. Studiedeltagarna rekryteras direkt från befolkningen (via press, TV, radio, Facebook, Instagram mm) samt via hälsorådgivare i sjukvården. I studien ingår även en kontrollgrupp. Av de som rekryteras så randomiseras 20% av deltagarna till kontrollgruppen och får därmed inte tillgång till Livsstilsverktyget. Däremot så följs deras utveckling av sjuklighet (ICD-koder) och deras läkemedelsförskrivning via Socialstyrelsens register i minst 3 år.

För deltagare i Riktade hälsosamtal så kommer det ej finnas risk att hamna i kontrollgruppen. Alla deltagare hamnar per automatik i interventionsgruppen och får därmed tillgång till Livsstilsverktyget. Deltagandet i studien är frivilligt och alla har möjlighet att när som helst avbryta.

Vid sjukdom är det viktigt att känna till att verktyget inte ersätter ordinarie sjukvård, utan deltagaren fortsätter med sina mediciner som vanligt. Vid stora livsstilsförändringar bör rådgivning ske med vårdgivaren. Det sker ingen uppföljning av individuella data via verktyget.

Vad utmärker verktyget?

Livsstilsverktyget kombinerar vetenskaplig information kring hälsa med reflektioner kring individens centrala livsfrågor. Verktyget vill väcka reflektioner kring individens prioriteringar och värden och därigenom sätta hälsoråden i ett större perspektiv.

Tanken är att deltagaren ska bli mer medveten om sina egna vanor, erbjudas kunskap, samt utforska vilka råd och metoder som passar i vardagen med ens egna värderingar och prioriteringar. Detta så att deltagaren ska uppleva det lättare att hantera livet och må bra både idag och på lång sikt. Verktyget vill på ett lustfyllt sätt väcka nyfikenhet och se till att deltagaren ska bli stimulerad till att börja utforska mer kring sin hälsa.

Hur fungerar verktyget?

Verktyget nås genom att logga in på webbsidan www.livsstilsverktyget.se/regionskane och därifrån ladda ner appen eller logga in på webben. Genom att deltagare i Riktade hälsosamtal skapar sitt nya konto via webbsidan www.livsstilsverktyget.se/regionskane så undviker dem att hamna i kontrollgrupp.

Innan start behöver deltagaren ge samtycke till deltagande i forskningsstudien. Den som deltar kommer regelbundet att få fylla i frågeformulär i forskningssyfte, men behöver inte komma på några fysiska besök (för deltagare som har diabetes typ 2 kan fysiska besök dock bli aktuella). Deltagaren får ett studienummer och all analys av inmatade data sker kodat baserat på detta studienummer. Endast aggregerade data på gruppnivå kommer att offentliggöras.

Deltagaren får tillgång till ett bibliotek av olika texter skrivna av forskare och läkare kring hälsa. Bland annat erbjuds kunskap kring livsfrågor, relationer, mat, rörelse, stress, motivation, hur du hanterar tiden, samt hur du når balans och harmoni. Verktyget innehåller också tester och övningar som skapar medvetenhet kring vilka konkreta steg som är mest angelägna utifrån individens behov.

Det rekommenderas att deltagaren spenderar ca 15 minuter minst varannan vecka i Livsstilsverktyget, men det är upp till deltagaren själv att avgöra hur mycket tid hen väljer att spendera i verktyget. Deltagaren kommer att ha tillgång till Livsstilsverktyget i minst 3 år.

Forskningsstudien kommer fortlöpande utvärdera verktyget och dess effekter på hälsa och livsstilssjukdomar. Deltagaren har då också möjlighet att lämna synpunkter för att kunna utveckla Livsstilsverktyget ytterligare.

Deltagaren har ett personligt konto som bara hen har tillgång till. Deltagaren kan även begära att inmatade uppgifter korrigeras eller raderas.

Vad innehåller verktyget?

Det finns ett stort utbud av olika teman att välja bland (för närvarande 80), samt tips, veckans tema, dagens text etc. Varje tema innehåller forskningsbaserade och reflekterande texter av varierande längd. Det finns även möjlighet att fördjupa sig inom vissa områden. Vissa teman innehåller dessutom tester för hjälp till ökad självkännedom.

Många teman innehåller praktiska, konkreta vardagstips. Som inspiration erbjuds även olika webbinarier (t ex om mikrovanor), filmer, samtal om hälsa med kända personligheter, intervjuer i press, TV, radio m.m.. Verktyget modifieras under studiens gång till följd av deltagarnas återkoppling och att nytt innehåll läggs till.

Olika hälsoenkäter återkommer med jämna mellanrum, för forskningsutvärdering och självkännedom. Exempel på hälsoenkäter:

- Bedömning av risken att utveckla typ 2 diabetes inom 10 år
- Välmående de senaste 7 dagarna. Bedömning av hur livssynen påverkar förmågan att hantera hälsa och sjukdom.

Kontakt/frågor/synpunkter kan framföras till studieteamet via **livsstilsverktyget@gu.se**

Referenser

1. Livsstilsverktyget – Frågor som skapar hälsa [Internet]. [citerad 11 mars 2022]. Hämtad från: https://livsstilsverktyget.se/sv

2. Dwibedi C, Abrahamsson B, Rosengren AH. Effect of Digital Lifestyle Management on Metabolic Control and Quality of Life in Patients with Well-Controlled Type 2 Diabetes. Diabetes Ther. 2022 Feb 12.

23. Allmänna verktyg och material

- Riktade hälsosamtal i Skåne
  Här finns all samlad information om de riktade hälsosamtalen, inklusive material och verktyg till dig som samtalsledare, patientmaterial, tidigare nyhetsbrev, rapporter, kommande utbildningstillfällen m.m.

- Vårdprogram levnadsvanor
  Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling.

- Levnadsvanor – Vårdgivare Skåne
  På hemsidan finns vårdriktlinjer, patientinformation och lathundar på levnadsvaneområdet.

- Samtal om hälsa – en guide till samtal om levnadsvanor
  Folder tänkt att användas som ett verktyg i det dagliga patientarbetet vid enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal om levnadsvanor.

- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor
  Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller rekommendationer om åtgärder för att förebygga och behandla sjukdom genom att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

- Folkhälsomyndigheten - Livsvillkor och levnadsvanor
  Samlad information om livsvillkor och levnadvanor från Folkhälsomyndigheten.

- Region Skånes folkhälsorapporter
  Hälsoundersökningarna riktar sig till olika åldersgrupper och täcker tillsammans in hela Skånes befolkning.

- 1177 – Stöd när du vill ändra dina levnadsvanor
  Samlad patientinformation om stöd till levnadsvaneförändring.

Bilagor

Bilaga 1

Sekundärpreventiva mål och behandlingsriktlinjer för patienter med kronisk kranskärlssjukdom, Hjärtmottagningen Malmö

Sekundärpreventiva mål och behandlingsriktlinjer för patienter med kronisk kranskärlssjukdom

Rökning

- ***Rökstopp är det viktigaste målet för rökande patienter!*** Erbjud gärna varenicline om inte nikotinersättningsmedel räcker.

Fysisk aktivitet och träning

- Kranskärlssjuka patienter bör rekommenderas pulshöjande fysisk aktivitet minst 150 min på måttlig eller 75 min på hård anstr.nivå/vecka, samt att minska stillasittandet. Regelbunden fysisk träning är en viktig del av sekundärprevention vid kranskärlssjukdom. Rekommendera blandad konditions- och styrketräning tre ggr/vecka.

Kost

- Rikligt intag grönsaker och frukt dagligen, minst 500 g eller 5 portioner (hälften vardera).
- En näve nötter dagligen (ca 30 g). Rikligt med frön, fiberrika livsmedel, linser och baljväxter.
- Fisk minst 3 ggr/veckan, gärna fet fisk
- Välja flytande, vegetabiliska, omättade fetter hellre än fasta, animaliska, mättade fetter.
- Begränsa alkohol, salt, sötsaker, läsk och saft.
- Laga maten själv, undvika halvfabrikat.

Blodsocker/diabetes

- Kontrollera f-glu och HbA1c minst årligen hos alla kranskärlssjuka patienter.
- Vid f-glu 6,1-6,9 mmol/l eller HbA1c 39-47 mmol/mol remittera patienten för OGTT.
- Generellt behandlingsmål för patienter med diabetes är HbA1c <53 mmol/mol.
- Hos yngre patienter med nyupptäckt diabetes bör <48 mmol/mol eftersträvas.
- Hos äldre och sköra kan målet höjas.

Lipider

Primärt behandlingsmål	
LDL	<1,4 mmol/l samt ≥50% sänkning
	Generella regeln ju lägre desto bättre. Sänk
	därför inte dosen statin eller ta bort ezetimibe
	även om patienten ligger <1,4 mmol/L.
Sekundära behandlingsmål	
TG	<1,7 mmol/l

- Vid LDL ≥2,5 mmol/l trots max tolererad behandling bör PCSK-9 hämmande behandling erbjudas.
- Vid tot kol >7.5 mmol/l och/eller LDL >5 mmol/l misstänk familjär hyperkolesterolemi (FH).
- I båda fallen remittera patienten till specialistklinik.

Blodtryck

mmHg		Systole	Diastole
Kontorsblodtryck	≤65 år	120-129	70-79
	>65 år	130-139	70-79
24 t blodtryck (mmHg)		<125-130	<80
	Dag	<130-135	<85
	Natt	<120	<70
Hemmablodtryck (mmHg)		<130-135	<85

- Samma målvärden gäller oavsett om pat har DM eller ej.
- Glöm inte att vitrockshypertoni är mycket vanlig! För att undvika övermedicinering, var frikostig med 24 timmars blodtrycksmätningar och hem-blodtryck.

Obstruktiv sömnapné (OSA)

- Kraftigt ökat förekommande bland patienter med hjärtkärlsjukdom, speciellt om patienten också har:
  - Diabetes
  - Svårbehandlat blodtryck
  - Hjärtsvikt
  - Övervikt (bukfetma)
  - Förmaksflimmer
- I dessa fall var frikostig med utredning (sömnreg.)

Medicinering

- Acetylsalicylsyra (Trombyl) 75 mg x 1
  Vid ASA intolerans T Clopidogrel 75 mg x 1
- Högpotent statin. Om ej uppnådda mål, lägg till ezetimibe, och ev. PCSK-9 hämmare (se **Lipider** t.v.)
- ACE hämmare/ARB, framför allt om nedsatt EF, högt blodtryck eller diabetes
- Antianginös behandling: Betablockerare, långverkande nitro eller calciumblockerare
- Kortverkande nitroglycerin
- SGLT2 eller GLP-1 analog rekommenderas hos kranskärlssjuka patienter med DM typ 2

Vikt

		Önskvärt	Ökad risk
Midjemått	Män	<94 cm	≥102 cm
	Kvinnor	<80 cm	≥88 cm
BMI		<25 kg/m^2	≥30 kg/m^2

Annat

- Stress, depression och ångest är underskattade riskfaktorer för kranskärlssjukdom.
- Fråga frikostigt om psykisk hälsa och erbjud lämplig behandling/uppföljning.
- Erektil dysfunktion är vanligt förekommande. Sildenafil/tadalafil kan användas vid stabil kranskärlssjukdom. Akta dock att nitro får inte användas samtidigt.
- Uppföljning av kranskärlssjuka patienter bör ske minst en gång/år med kontroll av samtliga risk-faktorer och genomgång av medicinering.
- Hjärtkärlsjuka patienter bör rekommenderas vaccinering mot pneumococker samt årlig influensavaccinering, speciellt äldre patienter.

©Margret Leosdottir (margret.leosdottir@med.lu.se)

Gäller till: 211231

Bilaga 2

Behandlingsstrategi vid diabetes typ 2 i Region Skåne.

Behandlingsstrategi vid diabetes typ 2 diabetes i Region Skåne

Livsstilsförändringar + metformin (om inga kontraindikationer) Vid symptomgivande hyperglykemi kan insulin ges initialt			
Individuellt målvärde ej uppnått inom 3-6 månader (målet för glukoskontroll anpassas efter ålder, diabetesduration och patientens förutsättningar) → fortsätt med livsstilsförändringar + metformin (om inga kontraindikationer) lägg till enligt följande			
Manifest hjärtkärlsjukdom eller njursvikt		**Ingen hjärtkärlsjukdom eller njursvikt**	
Hjärtkärlsjukdom 1:a hand SGLT2-hämmare (Jardiance) 2:a hand GLP1-analog (Victoza 1,8 mg)	**Njursvikt se även tabell sidan 40** DPP4-hämmare NPH-insulin	**Normalvikt** SU/repaglinid	**Fetma** SGLT2-hämmare GLP1-analog
Individuellt målvärde ej uppnås efter 3-6 månader → fortsätt med Livsstilsförändringar + metformin (om ingen kontraindikation)			
Byte mellan SGLT2-hämmare och GLP-1-analog eller ge båda i kombination	GLP-1-analog (ej om GFR<15 ml/min)	SGLT2-hämmare eller NPH-insulin	Byte mellan SGLT2-hämmare och GLP-1-analog eller ge båda i kombination DPP4-hämmare (ej i kombination med GLP-1-analog)
Individuellt målvärde ej uppnås efter 3-6 månader → fortsätt med Livsstilsförändringar + metformin (om ingen kontraindikation)			
• NPH-insulin • DPP4-hämmare (ej i kombination med GLP-1-analog) • SU/repaglinid	NPH-insulin och måltidsinsulin	DPP4-hämmare	NPH-insulin

Bilaga 3

Remissmall för inremitterande till FH (familjär hyperkolesterolemi)- mottagning i Skåne

Följande information behöver framgå i en remiss för att man på mottagningen ska kunna ta ställning till om misstänkt FH och hur remissen ska prioriteras och hur patienten ska kallas till mottagningen.

- Remissdatum
- Namn, adress och telefonnummer till remittenten
- Namn, adress och telefonnummer
  Om förstagradssläkting** har haft höga kolesterolvärden >7.5 mmol/L och/eller LDL> 5mmol/L och/eller prematur* hjärtsjukdom
- Lipidstigmata hos förstagradssläktingar
- Utesluta sekundära orsaker

  -kostbetingad hyperkolesterolemi bl.a. LCHF kost

  -diabetes, hypothyreos, leversjukdom, njursjukdom och läkemedel.

- **>18 år med LDL> 5 mmo/L och/eller kolesterol > 7.5 mmol/L**
- < 18 år LDL > 4.0 mmol/L och/eller kolesterol > 6.0 mmol/L
- Om patienten har /haft kardiovaskulär händelse eller prematur lipidstigmata***
- DLCN poäng
  -Definitiv FH > 8 poäng
  -Trolig FH 6-8 poäng
  -Möjlig FH 3-5 poäng
  -Sannolikt inte FH < 3 poäng

Remiss till specialistklinik för vuxna bör utfärdas för patient > 18 år med misstänkt FH för kliniskt verifiering och gentypning. Barn < 18 år remitteras till barnklinik.

Remissadress: Jan Waldenströmsgata 15 plan 3 205 02 MALMÖ

*Prematur hjärtsjukdom definieras i denna remissmall, som gäller familjär hyperkolesterolemi, som hjärt-kärlsjukdom < 55 år hos män och < 60 år hos kvinnor

**Förstagradsläkting = far, mor, syskon, barn

***Prematur lipidstigmata = Xantelasma, senxantom, arcus cornealis, åldersgräns 45år