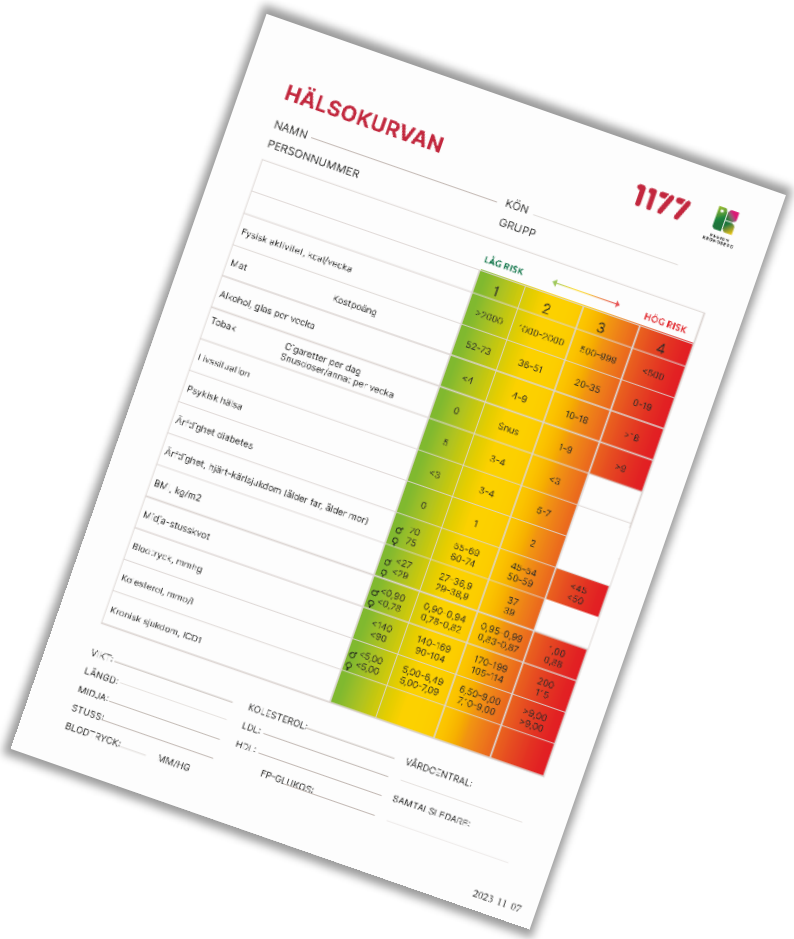
VERSION 2023

MED REGION SKÅNES VERSION SOM FÖRLAGA

Uppdaterad
20240829

REGION
KRONOBERG

METODSTÖD
RIKTADE HÄLSOSAMTAL



Innehåll

1. Hälsokurvan – ett effektivt hjälpmedel vid ett riktat hälsosamtal 3
2. Metoden Riktade hälsosamtal 9
3. Nationell utblick Riktade hälsosamtal 12
4. Medicinsk evidens för Riktade hälsosamtal 13
5. Fysisk aktivitet 16
Snabbguide – Fysisk aktivitet 17
6. Matvanor 29
Snabbguide – Matvanor 30
7. Alkohol 42
Snabbguide – Alkohol 44
8. Tobak 54
Snabbguide – Tobak 55
9. Livssituation 64
Snabbguide – Livssituation/psykosociala faktorer 65
10. Psykisk hälsa 74
Snabbguide – Stress 76
11. Blodsocker 93
Bakgrund och snabbguide – Diabetes typ 2 95
12. Ärftlighet för diabetes typ 2 100
13. Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom 101
14. Kroppsmasseindex (BMI) 103
Snabbguide – Kroppsmasseindex (BMI) 105
15. Midja-stusskvot 112
Snabbguide – Midja-stusskvot 113
16. Blodtryck 118
Snabbguide – Förhöjt blodtryck 123
17. Kolesterol 128
Snabbguide 131
18. Kronisk sjukdom 136
19. Tandhälsa 138
Snabbguide – Tandhälsa 139
20. Motiverande samtal (MI) 144
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 till exempel 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.

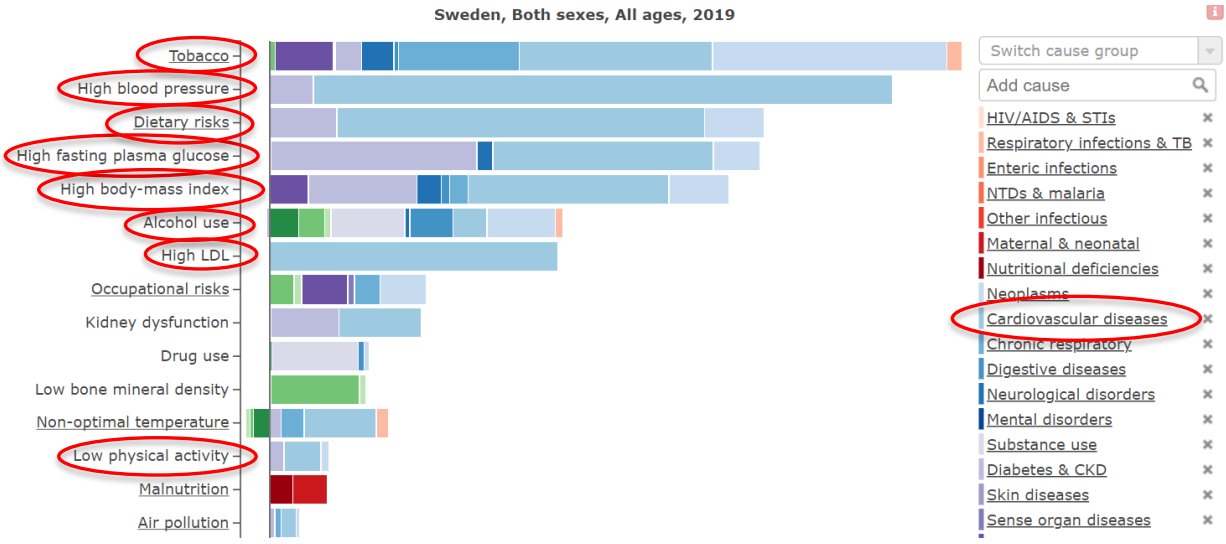
Majoriteten av all hjärt- kärlsjukdom och typ 2 diabetes, samt 30-40 procent av all cancer i världen, kan förebyggas genom förbättrade levnadsvanor[2-4].

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 2022 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 enligt patientlagen (2014:821)[8] informeras om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

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 Kronoberg?

I Region Kronoberg år 2020 uppgav 57% män och 46 % kvinnor en vikt som motsvarar övervikt eller fetma[6]. Andelen med fetma har ökat sedan 2012 och är nu uppe i 16 % (män 15% och kvinnor 16 %). Högst andel sågs i åldersgruppen 45 - 64 år där 20 % av invånarna uppgav en vikt motsvarande fetma.

Cirka 35 % av kronobergarna 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 motsvarar övriga Sverige. Vidare uppgav nio procent av Skånes män och kvinnor att de är dagligrökare vilket kan jämföras med riksgenomsnittet på sju procent. Statistik visar också att 15 % av kronobergarna – lika andel kvinnor som män – uppgav ett riskbruk av alkohol vilket är strax under riksgenomsnittet.

Det finns således mycket att göra för att förbättra levnadsvanorna i Kronobergs 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 medvetandegöra individer 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.

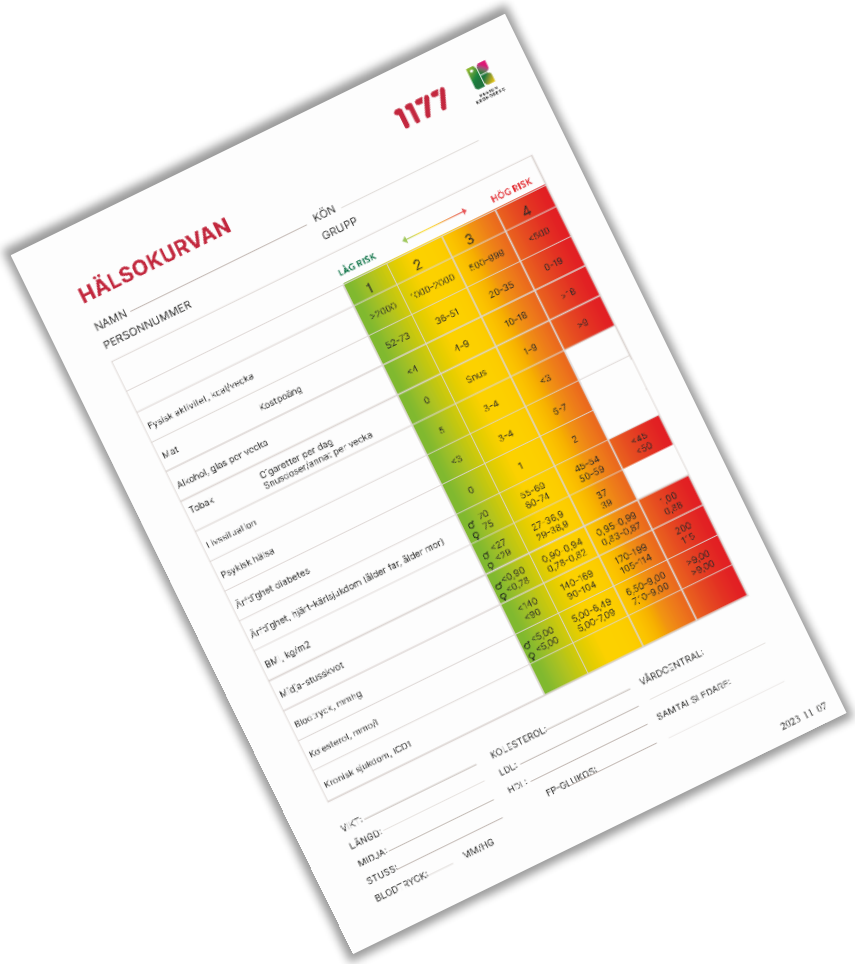


Bild: Hälsokurvan

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, drack måttliga mängder 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

Biologiska riskmarkörer utgörs i det hör metodstödet av 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 samt vilken effekt behandling med läkemedel har på dessa riskmarkörer. 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 exempelvis 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 – exempelvis 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.

Referenser

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

2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/.

3. World Health Organization. Diabetes. [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/.

4. World Health Organization. Cancer. [Internet]. [citerad 2 april 2022]. 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. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/.

7. Sveriges riksdag. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). [Internet]. [citerad 2 april 2022]. 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 2 april 2022]. 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 2 april 2022]. 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):433-43.

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):2122-7.

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):1383-9.

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):1349-57.

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.

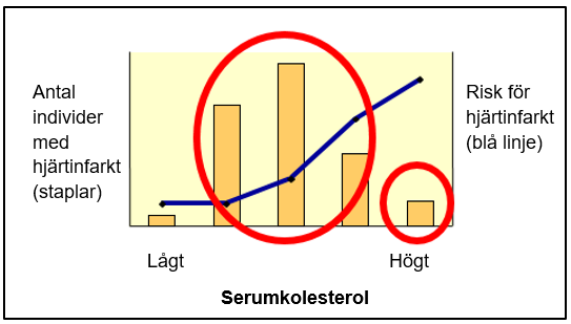
17. Hjärt-Lungfonden. Högt kolesterol [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/halsa/riskfaktorer/hogt-kolesterol/

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):750-8.

2. Metoden Riktade hälsosamtal

Vad utmärker Riktade hälsosamtal?

Riktade hälsosamtal är en metod för att hitta 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 kallar 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 denna grupp. När det gäller allmänna hälsokontroller saknas medicinsk evidens och dessa kontroller sker oftast på den enskilda individens initiativ till en varierad kostnad[1].



Figur: Den preventiva paradoxen.

Riktade hälsosamtal kommer erbjudas kostnadsfritt i Kronoberg till alla inom en åldersgrupp och här finns 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 2 timmar. Detta inkluderar förberedelsetid, inbjudan, själva hälsosamtalet med deltagaren och efterarbete.

Utbildning metod- och webbstöd samt utbildning i motiverande samtal krävs för att hålla hälsosamtal. För att bli certifierad hälsosamtalsledare krävs att man är legitimerad och medicinskt utbildad. Det är lämpligt att vara två hälsosamtalsledare per vårdcentral. Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention står för utbildning och verksamhetsnära stöd. Utöver tid till utbildning bör tid även avsättas för kompetensutveckling samt nätverksträffar med andra hälsosamtalsledare.

Ersättning till vårdcentralerna är 1 000 kronor per utfört hälsosamtal.

Det är kostnadsfritt för deltagaren.

Vad behövs för att bli en hälsosamtalsledare?

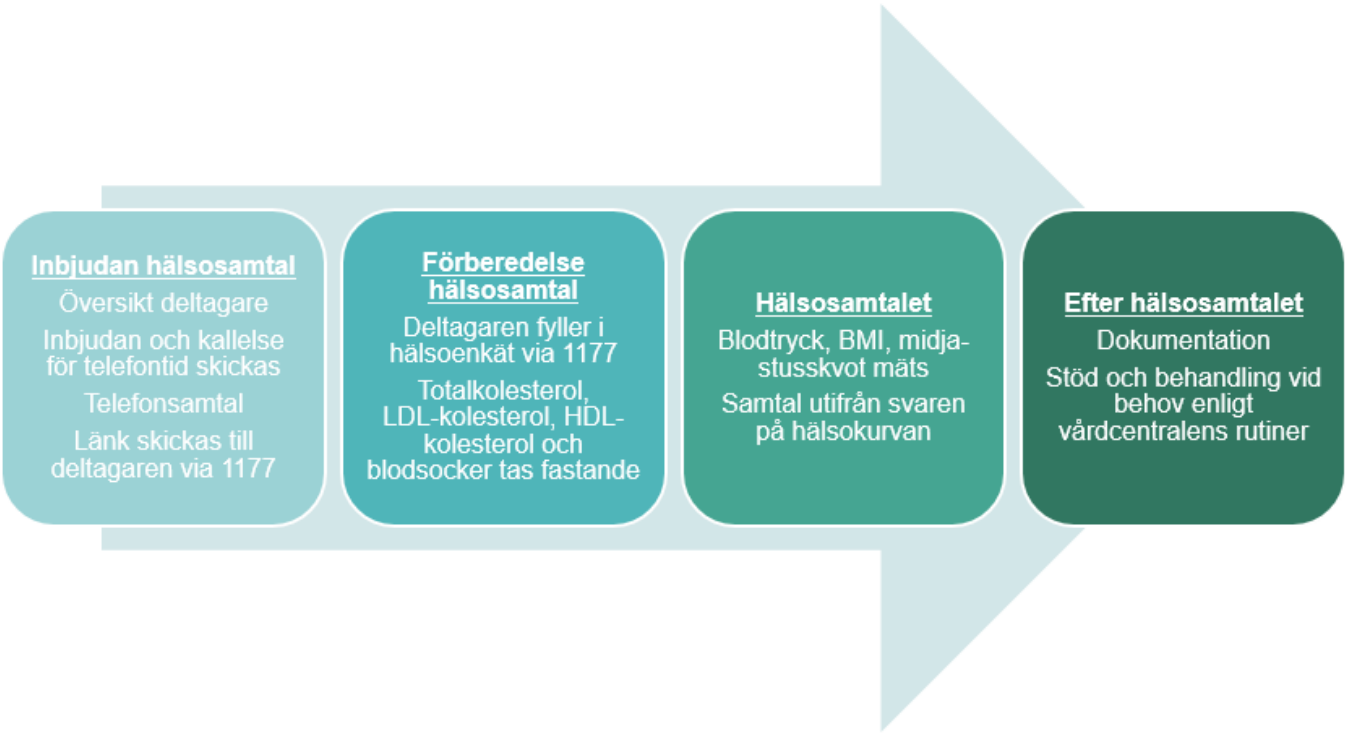
• Legitimerad och medicinskt utbildad (sjuksköterska, arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, läkare)

• Utbildad i motiverande samtal (3 dagar)

• Utbildad i metoden riktade hälsosamtal med hälsokurvan och dess webbstöd (2 dagar)

Det är lämpligt att vara två hälsosamtalsledare per vårdcentral

Hur går ett riktat hälsosamtal till?



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

Se vidare instruktioner i Webbstöd process Riktade hälsosamtal.

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Generella hälsokontroller för vuxna [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/generella-halsokontroller-for-vuxna/.

2. Triagehandboken [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://triagehandboken.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 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 nio regioner runt om i Sverige in sina invånare till hälsosamtal och ytterligare åtta regioner har påbörjat införandet. För mer information om det nationella arbetet med Riktade hälsosamtal, se Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård temagrupp Riktade hälsosamtal.

4. Medicinsk evidens för Riktade hälsosamtal

Sammanfattning av den viktigaste evidensen från Region Jönköping

Uppföljning 2,5 år efter hälsosamtal

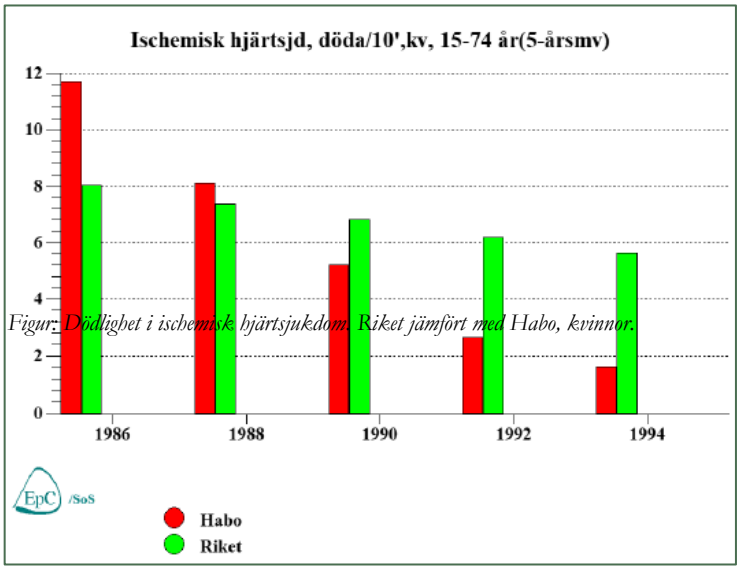
År 2003 publicerades den första studien från Habo (Region Jönköping) där fyra årskullar 35-åringar som undersökts 1989-1992 återundersöktes år 1993[1]. Studien visade bl.a. att 22 procent av rökarna hade slutat röka, 75 procent hade minskat intaget av mättat fett/transfett och att andelen med ingen eller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

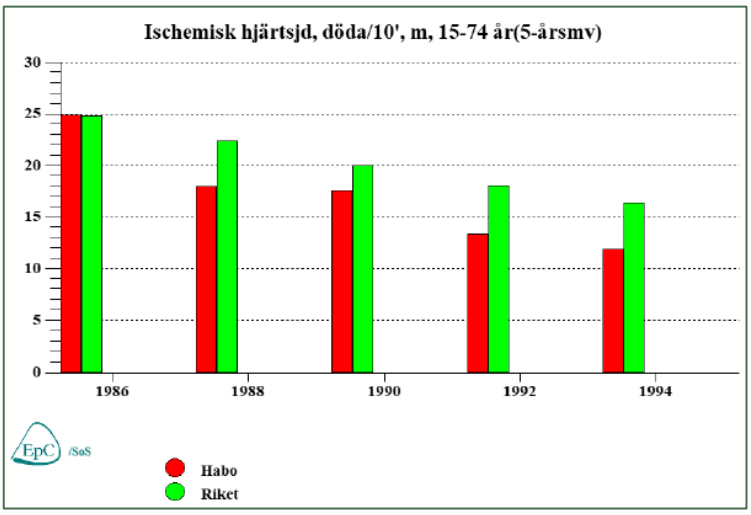
Uppföljning 12 år efter hälsosamtal

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, 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):248-52.

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):20-4.

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, Nystrom L, Lonnberg G, Boman K, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Vasterbotten County, Sweden, during 1990-2006. BMJ Open. 2015;5(12):e009651.

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
>2000 kcal/v	1000 - 2000 kcal/v	500 - 999 kcal/v	<500 kcal/v
Åtgärd: Grön Hög aktivitetsnivå	**Åtgärd:** Gul Tillräcklig aktivitetsnivå	**Åtgärd:** Orange Otillräcklig aktivitetsnivå	**Åtgärd:** Röd Inaktivitet

Energiförbrukning (kcal/v) per vecka baseras på svar från deltagaren om fritidsaktiviteter samt aktiva transporter. Det är endast frågorna om energiförbrukning som genererar svar i Hälsokurvan. Aktivitetsminuter ska här ungefärligt motsvara energiförbrukningen. Aktivitetsminuter baseras på aktivitet med måttlig intensitet. Det vill säga att du blir lätt andfådd och varm.

Åtgärd: Grön:

- **Bekräfta aktivitetsnivå och uppmuntra till fortsatt fysisk aktivitet.**
- Erbjud broschyren Fysisk aktivitet och tipsa om 1177 Hälsa/träning och fysisk hälsa

Åtgärd: Gul:

- Bekräfta aktivitetsnivå och uppmuntra till fortsatt fysisk aktivitet.
- Tänk på att inom denna åtgärdsnivå kan finnas deltagare med aktivitetsnivå som gränsar till otillräcklig aktivitet och deltagare som gränsar till hög aktivitetsnivå.
- Erbjud broschyren Fysisk aktivitet och tipsa om 1177 Hälsa/träning och fysisk hälsa

Åtgärd: Orange och röd:

- Bekräfta aktivitetsnivå och uppmuntra till ökad fysisk aktivitet.
- Fråga förslagsvis: Vad känner du till om hur fysisk aktivitet påverkar din hälsa? Vill du veta mer? Får jag berätta?
- Tipsa om aktivitetsdagbok och olika digitala verktyg för registrering av aktivitet, exempelvis stegräknare vid behov och om deltagaren önskar.
- Erbjud rådgivande samtal om fysisk aktivitet inom den egna vårdcentralen, gärna med tillägg av FaR, eller remiss till Primärvårdens hälsoenhet för vidare stöd i beteendeförändring.
- Erbjud broschyren Fysisk aktivitet och tipsa om 1177 Hälsa/träning och fysisk hälsa

Snabbguide – Fysisk aktivitet

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

- Viktstabilitet och förbättrad midja-stusskvot
- Förbättrad kolesterolkvot (höjt HDL, sänkt LDL)
- Sänkt blodtryck
- Sänkt stressnivå och bättre sömn
- Förbättrad glukostolerans
- Förbättrad kondition och styrka

Figur 1: Fysisk aktivitet på olika nivåer

- Rekommenderad aktivitetsnivå/dos enligt WHO: Minst 150 – 300 min måttligt ansträngande aktivitet per vecka och/eller minst 75 min kraftigt ansträngande aktivitet per vecka för betydande hälsovinster.
- Alla steg räknas aktivitet räknas. Störst hälsovinster får den som går från liten till måttlig aktivitetsnivå. Börja med att bryta stillasittandet.
- Dos-respons samband vid exempelvis prevention av hjärt-kärlsjukdom eller diabetes typ 2. En högre aktivitetsdos ger ännu bättre hälsoeffekter.
- Intensiteten, alltså hur ansträngande du upplever att det känns när du är aktiv påverkar också hälsoeffekterna. Det är bra att variera intensitet och ibland ”få upp flåset”.
- 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, det vill säga att gå eller cykla när du ska förflytta dig är ett smart sätt att få in fysisk aktivitet i vardagens rutiner.
- 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 än mycket en gång i veckan.
- Anpassa ditt samtal och stöd till deltagarens förutsättningar och önskemål.
- Stegräknare finns i de flesta smartphones och kan vara ett stöd.

Bakgrund

Fysisk aktivitet har gynnsamma effekter både för att förebygga men också 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/fetma, 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].

Ungefär en tredjedel av den vuxna befolkningen globalt i åldrarna 18-84 år är otillräckligt fysiskt aktiva[2]. En ny 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].

Resultat från folkhälsomyndighetens undersökning ”Hälsa på lika villkor” år 2020 visar att 34 procent i åldrarna mellan 16 till 84 år i Kronoberg inte nådde rekommendationen på minst 150 minuters pulshöjande aktivitet under en vanlig vecka. Sammanslaget flerårsmedelvärde för undersökningar för åren 2017/20 visar att andelen personer som uppgav otillräcklig fysisk aktivitet varierade mellan länen, där lägsta andelen var 30 procent och högsta 41 procent. I Kronoberg var motsvarande andel 35 procent, något högre bland kvinnor än män (39 % respektive 32 %)[4].

Definitioner och rekommendationer kopplat till fysisk aktivitet och stillasittande

Fysisk aktivitet definieras som all kroppslig rörelse som produceras av skelettmuskler och resulterar i energiförbrukning[5].

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 styrka[5]. Vardagsaktivitet innefattar aktiviteter som görs i vardagen, såsom promenader, trädgårdsarbete, att ta trappan istället för hissen samt aktiva transporter, såsom att t.ex. cykla eller gå till arbetet, mataffären eller fritidsaktiviteten[6].

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[7].

Stillasittande definieras som all vaken tid med inaktivitet i de större muskelgrupperna, som i liggande eller sittande positioner[8].

Fysisk aktivitet på olika nivåer

Figur 2: Fysisk aktivitet på olika nivåer

Allmän rekommendation för vuxna

- Den allmänna rekommendationen för vuxna är måttligt ansträngande fysisk aktivitet i sammanlagt minst 150 minuter per vecka. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 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. Aktiviteter bör utföras i pass om minst 10 minuter per tillfälle.
- Muskelstärkande aktivitet rekommenderas minst 2 gånger per vecka.
- Långvarigt stillasittande bör undvikas. Regelbundna korta rörelsepauser har stor betydelse för hälsan. Även personer som uppfyller rekommendationen för fysisk aktivitet bör undvika långvarigt stillasittande.
- Personer som inte klarar att nå upp till ovanstående rekommendationer bör vara så aktiva som tillståndet medger[7]. Att individanpassa råden till deltagarens förutsättningar och aktuella kapacitet är av stor vikt.

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, vilometabolismen,

bentäthet, minskad fallrisk bland äldre samt kan lindra rygg- och ledsmärta. Även ångest och depression kan lindras och förbyggas[9-11].

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.

Långvarigt stillasittande förefaller, relaterat till risken för förtida död, vara störst för individer med låg fysisk aktivitetsgrad[12-13].

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. 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[14].

All forskning kring stillasittande och ohälsa är ännu inte klarlagd. I dagsläget finns inga specifika rekommendationer kring hur länge man maximalt kan vara stillasittande under en dag.

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.

Figur 3: Läkartidningen 46/2015. Observera att risk I figuren syftar på risk att drabbat av skador och inte risk för hjärt-kärlsjukdom eller andra sjukdomar.

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).

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.

Vetenskaplig evidens

Primärprevention hjärt-kärlsjukdom

Regelbunden fysisk aktivitet är förenat med minskad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom[15-16]. 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 och låg på 36 procent[17].

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[18]. Regelbunden fysisk aktivitet genererar preventiva effekter avseende kärlfunktion, inflammatoriska faktorer, fetma, insulinkänslighet, glukoskontroll, blodtryck och blodfetter[19]. Se Hans Lingfors bild nedan.

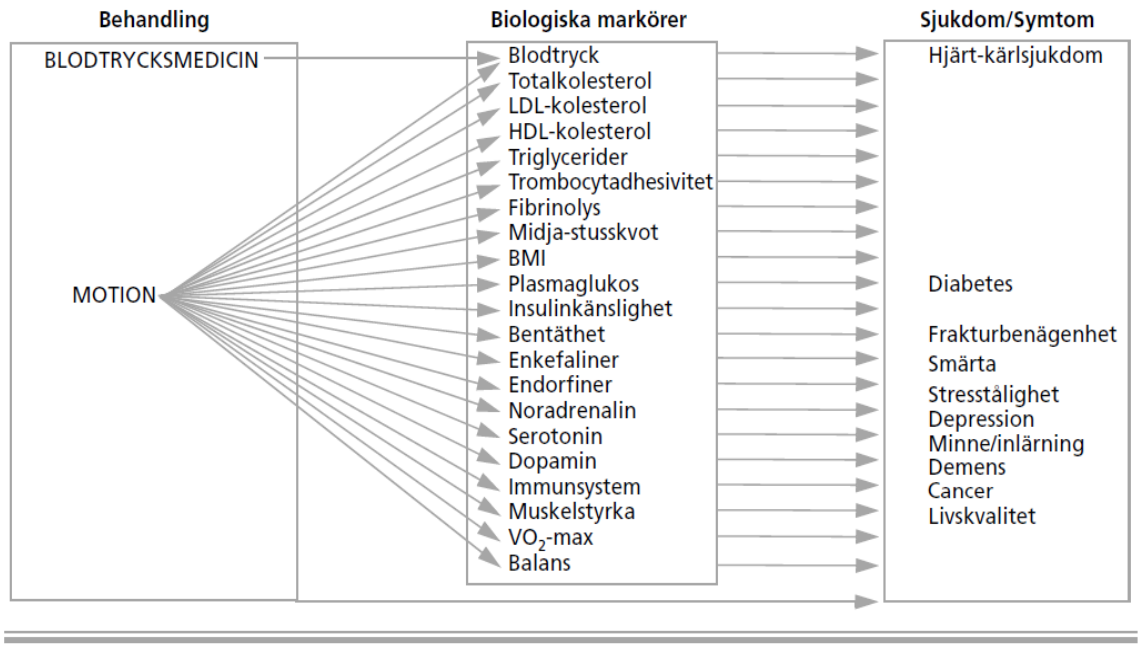
Rekommenderad fysisk aktivitet för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom följer de allmänna rekommendationerna på minst 150 minuters fysisk aktivitet på minst måttlig intensitet. Det finns dock dos–responssamband som innebär att ytterligare vinster kan uppnås om man ökar mängden fysisk aktivitet utöver den lägsta rekommenderade dosen. Det speglar exempelvis möjligheten att få grönt på hälsokurvan, där deltagaren ska ha en energiförbrukning på 2000 kcal eller mer alternativt vara aktiv på en nivå motsvarande 300 aktivitetsminuter i veckan eller mer, eller, alternativt skatta minst 10 000 steg per dag.

Primärprevention diabetes typ 2

Regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för typ 2 diabetes visar flertalet stora studier från olika delar av världen[20-23]. 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[24-26]. 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[26].

Sekundärprevention hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2

Fysisk aktivitet har gynnsamma effekter både för att förebygga men också 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 4: Av Hans Lingfors, Specialistläkare allmänmedicin, Region Jönköping

Aktiva transporter och folkhälsa

I en studie från Stockholm där man tittade på folkhälsoeffekterna av aktiv transporter beräknades att 449 levnadsår skulle kunna räddas varje år, till följd av minskade luftföroreningar, om samtliga invånare med ett cykelavstånd på max 30 min tog cykeln istället för bilen till jobbet[27]. Aktiva transporter gynnade således hälsan både direkt, genom ökad fysisk aktivitet, och indirekt, genom renare luft. Luftföroreningar bidrar till luftvägs- och hjärtkärlsjukdom men även till negativa kognitiva effekter hos både vuxna och barn. Luftföroreningar har även visat sig hänga ihop med negativa fostereffekter[28].

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 hälsosamtalsledaren, fysioterapeut eller annan FaR-förskrivare på enheten.

Rådgivande samtal + tillägg

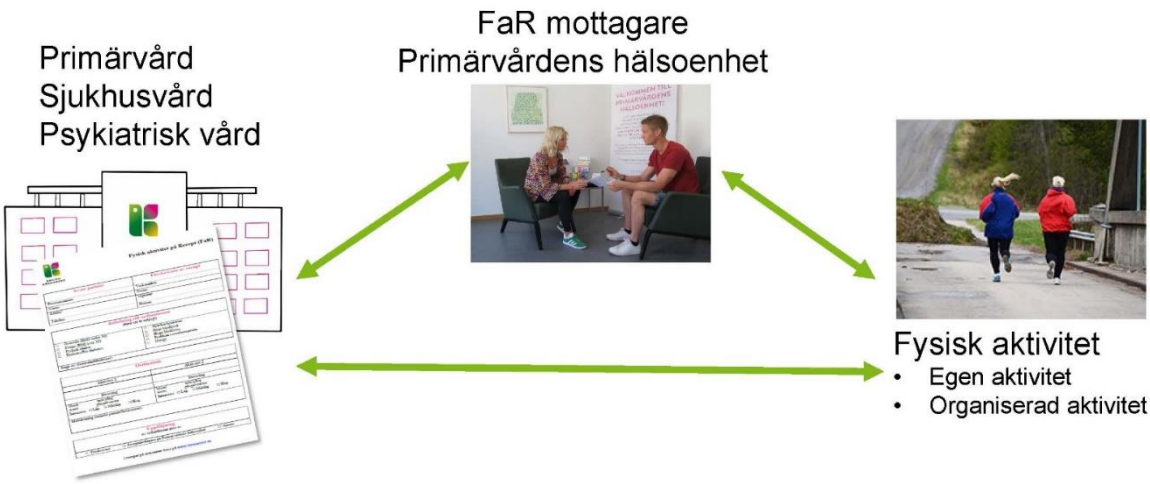
Rådgivande samtal är tidsmässigt mer omfattande än enkla råd, 10 - 15 minuter, men ibland upp till 30 minuter. Rådgivande samtal är den åtgärdsnivå som oftast rekommenderas av Socialstyrelsen och som har god dokumenterad effekt. Förstärkt effekt får samtalet om det kombineras med:

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

Fysisk aktivitet på Recept (FaR)

FaR är en evidensbaserad metod som används inom hälso- och sjukvården för att förebygga och/eller behandla sjukdom. Det är en individuell behandling som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. FaR riktar sig till individer 18 år eller äldre som av hälso- och sjukvården bedömts vara i behov av ökad fysisk aktivitet. Ordinerad aktivitet genomförs utanför hälso- och sjukvårdens regi i form av egen aktivitet ex. promenader och stavgång eller arrangerad aktivitet hos aktivitetsarrangörer i lokalsamhället. Förskrivare av FaR är främst legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

FaR inkluderar rådgivande samtal, skriftlig ordination på fysisk aktivitet och uppföljning. Verktyg kopplat till FaR är kunskapsstödet FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) samt lokal samverkan med aktivitetsarrangörer. I Region Kronoberg finns möjlighet att erbjuda patienter stöd av FaR på primärvårdens hälsoenhet. Här erbjuds rådgivande samtal och stöd till patienter för att förändra sin aktivitetsnivå. Möjligheter finns också för vårdgivare som förskriver FaR att själv ge rådgivning och stöd till patienter efter att ha ordinerat ett FaR (Figur 5).



Figur 5: Modell för FaR i Region Kronoberg

En studie av Region Kronbergs arbetssätt med erbjudande om specialiserat rådgivningsstöd visar att en högre andel av patienterna som besökt FaR-mottagare hade ökad fysisk aktivitet ett år efter FaR jämfört med patienter som inte besökt FaR-mottagare.[29]

Preliminära resultat från en annan forskningsstudie av samma författare indikerar att den kvalificerade rådgivningen som FaR-mottagare ges främst bör erbjudas till patienter med identifierad låg eller otillräcklig fysisk aktivitet. De aktivitetsnivåer som skulle kunna vara aktuella för fysisk aktivitet på recept inom Riktade hälsosamtal är orange och röd nivå.

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.

Bild: FYSS 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.

Verktyg och material

Till deltagaren

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

- Nyfiken på FaR
  En broschyr att ge till deltagare som kan vara aktuella för FaR

- Aktivitetsdagbok
  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.

- Fysisk aktivitet
  Broschyr om fysisk aktivitet att ge deltagaren.

Till hälsosamtalsledaren

- Material fysisk aktivitet Vårdgivarwebben
  Här finner du bra material till hälsosamtalet, mer information om FaR och hur du går till väga vid förskrivning och information om hur du beställer broschyrer osv.

- Vårdprogram i praktiken
  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

- 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.

Referenser

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

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-e86.

3. Ekblom-Bak E, Ekblom O, Andersson G, Wallin P, Soderling J, Hemmingsson E, et al. Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. Scand J Med Sci Sports. 2019;29(2):232-9.

4. Folkhälsomyndigheten. Fysisk aktivitet [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-aktivitet.

5. Folkhälsomyndigheten. Rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/.

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

7. Svenska Läkaresällskapets rekommendationer för fysisk aktivitet för vuxna 2011. [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://www.yfa.se/wp-content/uploads/2011/11/SLS-Rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-f%C3%B6r-vuxna-2011.pdf.

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

9. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, 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):1334-59.

10. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, Amsterdam EA, Bittner V, Franklin BA, 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):572-84.

11. 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.

12. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, 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):123-32.

13. Matthews CE, Moore SC, Sampson J, Blair A, Xiao Q, Keadle SK, et al. Mortality Benefits for Replacing Sitting Time with Different Physical Activities. Med Sci Sports Exerc. 2015;47(9):1833-40.

14. 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):2053-61.

15. 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):239-46.

16. 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):247-57.

17. 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):575-83.

18. 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):789-95.

19. Joyner MJ, Green DJ. Exercise protects the cardiovascular system: effects beyond traditional risk factors. J Physiol. 2009;587(Pt 23):5551-8.

20. Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. Nutr Rev. 2009;67(2):114-20.

21. 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):744-52.

22. Authors/Task Force M, Ryden L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, 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):3035-87.

23. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, 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):2692-6.

24. Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, 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):537-44.

25. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, 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):1343-50.

26. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6):393-403.

27. Johansson C, Lövenheim B, Schantz P, Wahlgren L, Almström P, Markstedt A, et al. Impacts on air pollution and health by changing commuting from car to bicycle. Sci Total Environ. 2017;584-585:55-63.

28. Klimat och hälsa - En kunskapssammanställning [Internet]. [citerad 3 april 2022]. Göteborgs universitet; 2020. Rapport nr 3:2020; s. 6-7. Hämtad från https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/65126.

29. Andersen P, Holmberg S, Arestedt K, Lendahls L, Nilsen P. Physical Activity on Prescription in Routine Health Care: 1-Year Follow-Up of Patients with and without Counsellor Support. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(16):5679.

6. Matvanor

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
52–73 poäng	36–51 poäng	20–35 poäng	0–19 poäng
Åtgärd: Grön	**Åtgärd**: Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd**: Röd

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 och röd

- Matråd enligt åtgärd gul
- Utifrån förändringsbenägenhet, erbjud kvalificerat rådgivande samtal som finns tillgängligt på Primärvårdens hälsoenhet.

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 och använd salt med tillsatt jod.
- Minska mängden godis, kakor, glass och annat med mycket socker. Minska särskilt på söta drycker.
- Ät lagom mycket. Det vill säga, ät så många kalorier som du gör av med. Både för lite och för mycket 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 fetma. 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. Det gör man genom att minska intaget av sådan mat som 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, fetma, 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, rotfrukter, tomat, paprika och avokado), frukter och bär, nötter och frön, fullkornsprodukter, fisk och skaldjur, vegetabiliska oljor och matfetter som baseras på vegetabilisk olja samt magra mjölkprodukter 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.

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[5]. 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.

Resultat från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, indikerar att ungefär en fjärdedel av den vuxna befolkningen i Kronoberg har ett lågt intag av frukt och grönt, och att detta har varit relativt oförändrat över tid (omfattar perioden 2010 – 2020).[6]

IHE Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi publicerade i augusti 2021 en rapport där de på uppdrag av Hjärt-Lungfonden beräknat andelen av hjärt-kärlsjukdom i Sverige för åldrarna 25-84 år där levnadsvanorna är en bidragande orsak. Ohälsosamma matvanor har enligt beräkningarna störst inverkan och kan tillskrivas 46 % av förekomsten av ischemisk hjärtsjukdom.[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/fetma 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[7]. De matvanor som visats ha starkast hjärt-kärlskyddande effekt är den så kallade ”medelhavskosten”[8-9]. 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.

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 mjölkprodukter), har också visat sig ha gynnsamma effekter på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom så som blodfetter, fasteinsulin, låggradig inflammation, blodtryck och kroppsvikt[10-11].

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

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[12]. 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[13]. 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

och fick 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[14]. Totalt 605 personer randomiserades till två grupper; 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) och 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[15]. 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 även hade ett högt intag av magra mejeriprodukter, fullkorn, fisk, nötter och fågel samt lågt intag 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-dieten minskade det systoliska och diastoliska blodtrycket mer än vad respektive förändring genererade var för sig[16]. 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[17]. 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[18].

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 mjölkprodukter minskar risken att insjukna i de flesta välfärdssjukdomar och beskrivs i de svenska kostråden.

Samtal om matvanor

Vid enklare samtal om matvanor kan rådgivningen med fördel utgå från Livsmedelsverkets tio kostråd listade i faktarutan nedan. För mer information kring de rådgivningsnivåer som Socialstyrelsen rekommenderar vid samtal om matvanor, se kortversionen Vårdprogram i praktiken

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 vara chark.
7. Välj mat med mindre salt. Använd mindre salt när du lagar mat och använd salt med tillsatt jod.
8. Minska mängden godis, kakor, glass och annat med mycket socker. Minska särskilt på söta drycker.
9. Ät lagom mycket. Det vill säga, ät så många kalorier som du gör av med. Både för lite och för mycket kan leda till allvarliga hälsoproblem.
10. 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.

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 nyckelhålsmärkningen 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 nyckelhålsmärkningen 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 nyckelhålsmärkningen 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?
- Undersök hur ofta och vilka maträtter/produkter av bönor/ärtor/linser som deltagaren äter?
- Kan deltagaren tänka sig att öka sin konsumtion av maträtter/produkter av ärtor/bönor/linser?

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 nyckelhålsmärkningen 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 nyckelhålsmärkningen för vägledning i butik.

Faktablad Mindre socker

Verktyg och material

Till deltagaren

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

- Matvanor Broschyr om hälsosamma matvanor att ge deltagaren

- 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”)

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

Till hälsosamtalsledaren

- Vårdprogram i praktiken – Matvanor
  Kortfattad guide som ger en snabb överblick av rekommendation, bedömning och åtgärd för personer med ohälsosamma matvanor. En längre och mer utförlig version finns här: Medicinsk riktlinje

- 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):1958-72.

2. World Cancer Research Fund. Cancer Prevention Recommendations [Internet]. [citerad 3 april 2022]. Hämtad från: https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations/.

3. Livsmedelsverket (SLV). Kostråd och matvanor [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket. [citerad 3 april 2022]. 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 3 april 2022]. Hämtad från: https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf.

5. Livsmedelsverket (SLV). Riksmaten 2010. Stockholm: Livsmedelsverket. [Internet]. [citerad 3 april 2022]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/matvanor---undersokningar/riksmaten-2010-11---vuxna.

6. Folkhälsomyndigheten. Frukt- och grönsaksintag (självrapporterat) efter kön, region och år. Andel (procent). 2021.

7. Brådvik G, Andersson E, Ramdén V, Lindgren P, Steen Carlsson K. Kopplingen mellan levnadsvanor och hjärt-kärlsjukdom i Sverige.Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). IHE Rapport 2021:5. [Internet]. [citerad 4 april 2022]. Hämtad från: https://ihe.se/publicering/levnadsvanor-och-hjart-karlsjukdom/. 2021.

8. 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):2769-82.

9. 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:S111-6.

10. 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):2159-74.

11. Mithril C, Dragsted LO, Meyer C, Blauert E, Holt MK, Astrup A. Guidelines for the New Nordic Diet. Public Health Nutr. 2012;15(10):1941-7.

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

13. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, 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.

14. 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):779-85.

15. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, 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):1117-24.

16. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, 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.

17. Willett W, Rockstrom J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet. 2019;393(10170):447-92.

18. Wood A, Gordon LJ, Röös E, Karlsson JO, Hähyä T, Bignet V, et al. Nordic food systems for improved health and sustainability. Stockholm: Stockholm Resilience Centre; 2019:15-16. [Internet]. [citerad 4 april 2022]. Hämtad från: https://www.stockholmresilience.org/download/18.8620dc61698d96b1904a2/1554132043883/SRC_Report%20Nordic%20Food%20Systems.pdf.

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:
Kom ihåg att bekräfta och uppmuntra en låg alkoholkonsumtion som en viktig preventiv åtgärd.

Åtgärd: Gul:
Kom ihåg att bekräfta och uppmuntra en alkoholkonsumtion under risknivåer som en viktig preventiv åtgärd. Låg eller ingen konsumtion är viktig ur preventivt perspektiv och för därför gärna en dialog med deltagaren om hur de tänker kring detta.

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 påverka/förbättra din hälsa?
- 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 Vårdprogram i praktiken - alkohol

- Erbjud broschyr om alkohol" eller Faktablad om alkohol och hälsa
- Erbjud stöd till "Rådgivande samtal" utifrån svar på frågorna ovan. Det går även att erbjuda deltagarna vidare samtalsbehandling på den här nivån hos primärvårdens hälsoenhet. Erbjud deltagaren att skicka en remiss för vidare kontakt. Tänk på att det idag finns behandlingsalternativ som inte enbart har total avhållsamhet som mål.
- Om deltagaren ej vill ha vidare stöd i detta skede erbjud självhjälpsmaterial likt detta Guide till bättre alkoholvanor

Åtgärd: Röd:
- Se Åtgärd: Orange
- Erbjud stöd till "Kvalificerat rådgivande samtal" utifrån svar på frågorna ovan. Det går även att erbjuda deltagarna vidare samtalsbehandling på primärvårdens hälsoenhet. Erbjud deltagaren att skicka en remiss för vidare kontakt. Tänk på att det idag finns

behandlingsalternativ som inte enbart har total avhållsamhet som mål.

- Om deltagaren ej vill ha vidare stöd i detta skede erbjud självhjälpsmaterial likt detta Guide till bättre alkoholvanor

- Mer material att ge deltagaren finns under ”material och broschyrer” i slutet av kapitlet.
- Tipsa även om Alkohollinjen.se där deltagaren kan få vidare stöd.
- Erbjud uppföljningssamtal för att följa upp deras tankar kring alkoholvanorna, om de i dagsläget inte är motiverade för en remiss till primärvårdens hälsoenhet.

Snabbguide – Alkohol

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

- 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.
- Alkoholproduktion har en betydande negativ miljöpåverkan.

Vinster med sänkt konsumtion:

- Lägre blodtryck
- Lägre energiintag
- Minskad risk för diabetes typ 2, hjärtarytmier och åderförfettning
- Förbättrar sömnkvaliteten 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 vartannat glas alkoholfritt
- Ät mat innan du dricker
- Drick inte för att släcka törsten

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

Bild: Systembolaget.

Bakgrund

I Sverige beräknas en miljon människor ha en hög konsumtion av alkohol[1]. Andelen är relativt oförändrad över 2000-talet. Konsumtionen är oberoende av utbildning och ekonomisk status. Ungefär en tredjedel av högkonsumenterna har ett utvecklat beroende, varav de flesta (ca 75 procent) har ett lindrigt till måttligt beroende. I Sverige är alkohol den sjunde största riskfaktorn för ohälsa och för tidig död[2]. Alkoholen påverkar alla vävnader i kroppen och kan epidemiologiskt kopplas till drygt tvåhundra sjukdomar och hälsoproblem[3]. Varje alkoholintag leder till en stresspåverkan på kroppen, vilket vidare leder till ökad utsöndring av noradrenalin, adrenalin och kortisol. Bland de tillstånd som kan vara relaterade till alkoholkonsumtion kan nämnas högt blodtryck, hjärtarytmi, ångest, depression, cancer i olika organ, mag- och tarmproblem, övervikt, osteoporos, nedsatt immunförsvar, försämrad sårläkning, nedsatt fertilitet hos både män och kvinnor, nervskador samt sömnstörningar. 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.

Definition

Risknivåer

Utifrån hälsokurvan definieras alkoholbruk enligt följande risknivåer.

LÅG RISK	
<4	standardglas/vecka

GRÄNS VÄRDE	
4-9	standardglas/vecka

MÅTTLIGT FÖRHÖJD RISK	
10-18	standardglas/vecka

KRAFTIGT FÖRHÖJD RISK	
>18	standardglas/vecka

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

Bild: Systembolaget.

Intensivkonsumtion

Intensivkonsumtion är ett alkoholintag med blodalkohol på minst 0,8 promille, vilket i regel uppnås efter fyra standardglas. Frekvent intensivkonsumtion definieras som förekomst av intensivkonsumtion vid fler än ett tillfälle per månad.

Alkoholberoende enligt ICD[3]

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. Likaså är alkoholist ett begrepp som i möjligaste mån bör undvikas.

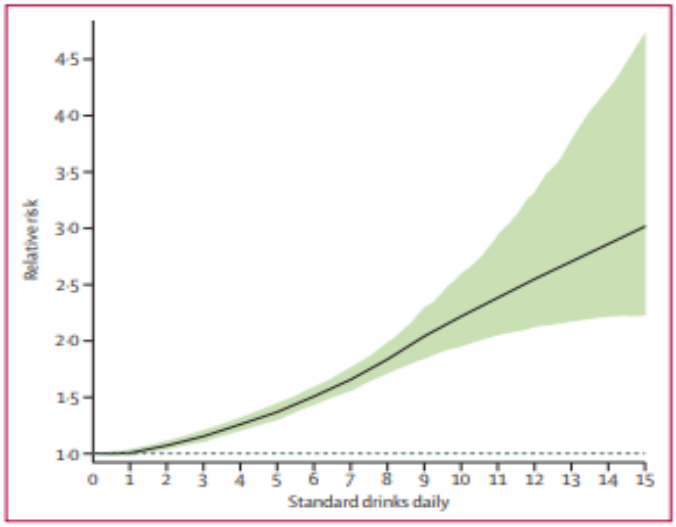


Figure 5: Weighted relative risk of alcohol for all attributable causes, by standard drinks consumed per day

Figur: Sammanvägd risk i förhållande till alkoholkonsumtion. DALY: funktionsjusterade levnadsår

Allmän rekommendation för vuxna[2]

- En helt riskfri alkoholkonsumtion finns inte, utan all konsumtion av alkohol medför en viss riskökning.
- 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[5]. 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)[6]. Denna metod grundar sig i motivationshöjande behandling. Deltagare med ett svårt beroende bör remitteras till specialistvården.

Vetenskaplig evidens

Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom

Vid låg till måttlig konsumtion har studier visat såväl skadliga som positiva effekter[7-8]. De etablerade bevisen för en skyddande effekt på hjärt-kärlsjukdom är emellertid svaga. Det har inte utförts några randomiserade studier av lågdoskonsumtion av alkohol. I de studier som har gjorts har före detta högkonsumenter tagits med som icke-konsumenter. Denna grupp före detta högkonsumenter har ofta sämre kärlhälsa vilket kan påverka resultatet.

Alkoholkonsumtion kan inte rekommenderas för att förebygga hjärt-kärlsjukdom.

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

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

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[9-11]. 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[12]. 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.

Högt energiintag

Mängden kalorier beror till stor del på hur mycket alkoholdrycken innehåller och därför skiljer det sig mellan öl, vin och sprit. I genomsnitt innehåller ett standardglas ca 100 kcal[13].

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. Första halvan av natten hämmas drömsömnen och de mer djupare sömnstadierna med minskade kroppsrörelser och en sänkt kroppstemperatur. Sömnen blir djup och risken för sömnapnéer ökar[14]. Andra halvan följs sedan av ytligare sömn beroende på stresspåslaget, vilket gör att sömnkvaliteten försämras och det sker fler uppvaknanden. 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[15]. Det verkar som om risken är linjär. Starksprit och intensivkonsumtion ökar risken ytterligare.

Åderförfettning

Med stigande alkoholkonsumtion ses ökad risk för åderförfettning[16-17]. Risken ökar vid frekvent intensivkonsumtion. Lägst risk för åderförfettning finner man bland icke-konsumenter.

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.

Alkoholens miljöpåverkan

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.

Den största miljöpåverkan från produktionen av alkoholhaltiga drycker kommer från jordbruket[18]. 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[19].

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 där de har försökt utan att lyckas. Många drar sig för att söka stöd för alkoholproblem vilket 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 att utforska sina tankar kring sin alkoholkonsumtion.

Frågor från enkäten

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 i syfte att finna indikationer på allvarligare problematik kring deltagarens alkoholkonsumtion.

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 reflektion 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 motivation 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

- http://dok.slso.sll.se/BeroendeC/Alkohol/dryckeskalender_12_veckor_.pdf
  Dryckeskalender för 12 veckor

- 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.

- Alkohollinjen
  Stöd till den som funderar över sina alkoholvanor eller oroar sig över någon annans.

- Guide till bättre alkoholvanor
  Från Riddargatan 1

- Alkoholpaus, varför och hur?
  Ett dokument du kan ge till deltagare som vill förändra sina alkoholvanor.

Till hälsosamtalsledaren

- Vårdprogram i praktiken
  Kortfattad guide som ger en snabb överblick av rekommendation, bedömning och åtgärd för personer med ett riskbruk av alkohol.

- Riddargatan 1
  Riddargatan 1 är förutom en mottagning, också ett kunskapscentrum för utbildning och information inom alkoholområdet. Sidan riktar sig till vårdpersonal och andra intressenter. Där bedrivs forskning och utveckling av nya behandlingsmetoder för alkoholproblem. Där arbetar läkare, sjuksköterskor, psykolog, socionomer, beteendevetare och forskare som alla har lång erfarenhet av att behandla människor med alkoholberoende.

- 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 4 april 2022]. 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. 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):1015-35.

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

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

7. IOGT-NTO. Effekter av lågdoskonsumtion av alkohol. [Internet]. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://www.iogt.se/vad-vi-gor/forskning-och-samverkan/forskningsrapporter/effekter-av-lagdoskonsumtion-av-alkohol/.

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

9. 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):276-86.

10. Piano MR. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. Alcohol Res. 2017;38(2):219-41.

11. 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):487-96.

12. Puddey IB, Beilin LJ. Alcohol is bad for blood pressure. Clin Exp Pharmacol Physiol. 2006;33(9):847-52.

13. Livsmedelsverket (SLV). Livsmedelsdatabasen. [Internet]. Stockholm: Livsmedelsverket. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/livsmedelsdatabasen.

14. Internetmedicin. Obstruktiv sömnapné. [Internet]. [citerad 5 april 2022]. Hämtad från: https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/hypertoni/obstruktiv-somnapne/.

15. Accent. Alkohol ökar risken för hjärtflimmer. [Internet]. Stockholm: IOGT-NTO. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://accentmagasin.se/forskning/alkohol-okar-risken-hjartflimmer/.

16. 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):423-33.

17. Juonala M, Viikari JS, Kahonen M, Laitinen T, Taittonen L, Loo BM, 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):e93-8.

18. Accent. Alkoholens påverkan på klimatet betydande. [Internet]. [citerad 5 april 2022]. Hämtad från: https://accentmagasin.se/alkohol/alkoholens-paverkan-pa-klimatet-betydande/.

19. Systembolaget. Miljö och klimat. [Internet]. [citerad 5 april 2022]. Hämtad från: https://www.omsystembolaget.se/hallbarhet/miljo-och-klimat/.

8. Tobak

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
0/ex	Snus/annat	1 – 9	> 9
Åtgärd: Grön	**Åtgärd:** Gul	**Åtgärd:** Orange	**Åtgärd:** Röd

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

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

- Ser att du snusar … känner du till hur ett snusstopp 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 röker … känner du till hur ett rökstopp kan minska risken 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 Vårdprogram i praktiken - Tobak

- Erbjud Broschyr Fri från tobak
- Erbjud stöd till diplomerad/utbildad tobaksavvänjare för "Kvalificerat rådgivande samtal". De arbetar med samtal inriktade på beteendeförändring i kombination med läkemedel. Tobaksavvänjare finns på vårdcentraler eller på primärvårdens hälsoenhet. Till primärvårdens hälsoenhet skickas en remiss eller be deltagaren kontakta dem.

Snabbguide – Tobak

Rekommenderat råd är alltid att helt avstå från all form av tobak. Det finns stark evidens för att ett rökstopp förebygger hjärt-kärlsjukdom, dels direkt genom att påverka åderförkalkning, dels indirekt att påverka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom såsom hypertoni, högt LDL-kolesterol och låg östrogennivå. Även rökning vid enstaka tillfällen ökar risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom.

- Tobaksrökning är den starkaste bidragande orsaken till en genomsnittligt förkortad livslängd på 10–11 år för en person som röker.
- 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 stark negativ miljöpåverkan och cigarettfimpar utgör vårt vanligaste plastskräp.

Tips till deltagare som vill sluta med tobak:

- Bestäm ett stoppdatum lite framåt i tiden
- Släng all tobak
- Förändra vanor – lägg upp strategier för att hantera nikotinsuget
- Nikotinhjälpmedel fördubblar chanserna att lyckas i kombination med stöd från tobaksavvänjare
- Äta regelbundet och dricka lite extra vatten
- Fysisk aktivitet minskar abstinensen
- Ta gärna hjälp och stöd av andra personer
- Abstinensen minskar efter 3 - 4 veckor – Håll ut!

Fysiologiska effekter av rökstopp[1-2]

Efter 20 minuter - 3 månader:

- Puls och blodtryck normaliserade
- Puls och blodtryck normaliserade
- Kolmonoxidnivån i blodet normaliserad vilket innebär en förbättrad syreupptagningsförmåga.
- Minskad riks för hjärt- och kärlsjukdom, trombocyternas klibbighet minsk
- En höjd nivå av det skyddande HDL- kolesterolet.
- Förbättrad cirkulation, lungfunktion och kondition
- Positiva effekter ses även på den psykisk hälsa och risken för depression minskar

Efter 3 - 12 månader:

- Risken för hjärtinfarkt halverad

Övriga hälsovinster med rökstopp

- Bättre lukt- och smaksinne.
- Godare mat och dryck.
- Varmare hudtoner och fräschare hy efter några veckor.
- Förbättrad kondition.
- Vitare tänder.
- Bättre andedräkt.
- Minskad risk för tandlossning.
- Minskad hosta och slembildning.
- Förbättrat immunförsvar så att du blir motståndskraftigare mot infektioner och andra sjukdomar.
- Minskad risk för impotens.
- Ökad förmåga att bli gravid.
- Minskad risk för att få prematura barn, för tidigt födda bebisar med låg födelsevikt, och missfall.

Bakgrund

Tobaksbruk, och i synnerhet rökning, anses idag vara en av de främsta orsakerna till ohälsa och för tidig död[3]. Personer som röker 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 2018 var det 7 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav daglig tobaksrökning[4]. Andelen personer som röker tobak dagligen har minskat i Sverige under 2006–2020. Utvecklingen har i stort sett varit densamma i Kronobergs län. Sett till utbildningsnivå var det högst andel rökare i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå, och lägst andel i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå.

Andelen personer mellan 16-84 år som uppgav att de snusade dagligen 2020 var 18 procent av männen och 5 procent av kvinnorna[4]. 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 personer som snusar bör jämföras med att inte alls använda någon form av tobak[5]. 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 vattenpipasession på en timme motsvarar röken från ca 100 cigaretter[6]. 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 och i en studie kunde man se en 80procent ökad risk för drabbas av hjärtinfarkt[7].

Mycket forskning pågår om e-cigarettanvändning och hälsoriskerna. Studier har visat att flera av produkterna är cancerogena och det finns studier som visar ökad risk för hjärtinfarkt med 70 procent. Forskningen tyder också på att det är själva nikotinet som ger en ökad kärlstyvhet vid användning av e-cigaretter[8].

Definition

Bruket av tobak omfattar en mängd olika tobaksprodukter som kan indelas i kategorierna röktobak respektive rökfri tobak[3]. 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. Avseende bruk av vattenpipa räknas det som röktobak när det ingår tobak i den blandning som förbränns, vilket det vanligtvis gör enligt WHO[9]. Den rökfria tobak som nästan uteslutande används i Sverige är snus, men även tuggtobak finns att tillgå och används i mindre utsträckning. Det vita snuset 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.

Starkt beroendeframkallande

Nikotin är den gemensamma ingrediensen för all tobak och det är fortfarande mycket som är oklart om vilka effekter nikotinet har för vår hälsa och utveckling. Under senare år har det dykt upp en rad olika nikotinprodukter på marknaden som kallas för tobaksfritt, men där den aktiva ingrediensen är nikotin. Forskning pågår runt dessa produkter. Det står dock klart att nikotinet har en komplex påverkan på människokroppen. Det är också tydligt att nikotinet, genom dess aktivering av hjärnans belöningssystem, stimulerar till ökad användning och har starkt beroendeframkallande egenskaper. Moderna cigaretter är designade för att öka beroendet ytterligare. Alla tobaksprodukter är konstruerade så att nikotin snabbt frisätts, absorberas och sprids till centrala nervsystemet[10]. Ammoniak förkortar tiden till det att nikotinet når CNS. Tillsats av socker ökar beroendet ytterligare och tillsammans med kakao gör den röken mer lättinhalerad.

Att röka har för en del människor blivit en viktig del av livet, ett redskap för att hantera svårigheter[9]. 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 personer som röker har en stark psykologisk komponent i sitt beroende och behöver därför stöd av utbildade tobaksavvänjare för att lyckas med ett rökstopp[11]. Både i förberedande fasen för att kunna förändra sitt beteende men även under stoppfasen för att kunna förstå och lindra abstinensen och vidmakthålla rökstoppet.

<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 ska inte rekommenderas ens för rökavvänjning. Det är okontrollerade produkter utan klarlagda effekter på vår hälsa. Vid tobaksbruk rekommenderas ett inledande samtal innehållande information om risken för ohälsa samt en rekommendation om att ta emot ytterligare stöd av utbildad tobaksavvänjare. Socialstyrelsen ger inga rekommendationer om snus eller e-cigaretter som rökavvänjning i sina riktlinjer[1].

Vetenskaplig evidens

Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom

Tobaksrökning 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[2]. 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)[12].

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

Sänkt syresättning

Syremättnaden i vävnaden är generellt nedsatt vid rökning[13]. 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 samtidigt ökat syrebehov, orsakat av den sympatiska stress-respons som ger ökad hjärtaktivitet och vasokonstriktion.

Blodtrycket

Rökningens påverkan på stresshormonerna adrenalin och noradrenalin höjer blodtrycket och ökar pulsen[14]. Blodtrycket ökar signifikant i 30 minuter efter att deltagaren har rökt en cigarett. Många som röker har en daglig rutin att röka med vissa intervall, vilket leder till nästan konstanta ökning av blodtrycket.

Trombocyternas aggression (klibbighet)

Rökning gör att trombocyternas klibbighet ökar. Detta sker redan efter enstaka cigaretter utan regelbundet bruk[15].

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

Rökning höjer nivån av LDL men sänker också det goda HDL-kolesterolet. Ett rökstopp kan öka nivån av HDL med 20 - 30 procent inom två veckor[14].

Östrogennivå

Kvinnor som röker förbränner dubbelt så mycket östrogen jämfört med kvinnor som inte röker. 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 de som röker jämfört med icke-rökare och före detta 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].

Sammanfattning

Det finns stark evidens för att ett rökstopp förebygger hjärt-kärlsjukdom, dels direkt genom att påverka åderförfettningen, dels indirekt genom att påverka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Risken för hjärt-kärlsjukdom halveras vid rökstopp.

Primärprevention av typ 2 diabetes

Rökning

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

Snusning

Någon ökad risk för åderförfettning har inte kunnat påvisas i studier hos personer som snusar. 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 snusets effekter på det autonoma nervsystemet med ökad risk för hjärtarytmier[22].

Psykisk hälsa och tobak

Det finns ett starkt samband mellan rökning och psykisk ohälsa[23]. 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 de som röker 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[24]. Här kan förbättringen av den psykiska hälsan vara lika stor som eller större än den effekt som antidepressiva läkemedel ger.

Tobakens miljöpåverkan

Tobaksindustrin har en stor negativ miljöpåverkan och tobaksproduktionen i världen står för större miljöbelastning än vad Sveriges samlade utsläpp gör[25]. 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[25]. Globalt använder tobaksindustrin cirka 5,3 miljoner hektar mark för odling, ved till torkning och ytor för ca 600 tobaksfabriker[26]. 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. Plasten i cigarettfimpar utgör ett stort miljöproblem och är det vanligaste plastskräpet i världen[25-26]. Bara i Sverige slängs varje år cirka en miljard fimpar på gatorna och tobaksrelaterat skräp står för 80 procent av vår nedskräpning. Förutom plastens skadeverkningar så innehåller fimparna dessutom ett stort antal giftiga ämnen, inklusive tungmetaller. Fimparna förorenar både vår natur och våra vattendrag. Såväl barn som djur riskerar att få i sig fimpar med nikotinförgiftning som 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 person som röker 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.

Verktyg och material

Till deltagaren

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

- Fri från tobak
  Allmänna råd för att sluta med tobak

- Vårdgivarwebben - Tobak
  Här hittar du patientmaterial från Region Kronoberg

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

Till hälsosamtalsledaren

- Vårdprogram i praktiken - Tobak
  Region Kronobergs riktlinjer och rutiner till stöd i mötet med patienten. Medicinsk riktlinje finns att läsa här: Medicinsk riktlinje tobak

- Psykologer mot tobak
  Bra information för dig som vill stödja andra till att sluta röka eller snusa.

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

Referenser

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

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

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

4. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. [Internet]. [citerad 2 april 2022]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/.

5. Psykologer mot Tobak. Snus. [Internet]. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: http://www.psychologistsagainsttobacco.org/snus.

6. WHO. Advisory Note. Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions for regulators. 2nd ed. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg). [Internet]. [citerad 5 april 2022]. Hämtad från: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161991/9789241508469_eng.pdf.

7. Qasim H, Alarabi AB, Alzoubi KH, Karim ZA, Alshbool FZ, Khasawneh FT. The effects of hookah/waterpipe smoking on general health and the cardiovascular system. Environ Health Prev Med. 2019;24(1):58.

8. Alzahrani T, Pena I, Temesgen N, Glantz SA. Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. Am J Prev Med. 2018;55(4):455-61.

9. Gilljam H. Tobaksberoende är starkt …och svårt att bryta. [Internet]. Stockholm: Läkartidningen. Nr 11 2012 volym 109. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/tema-tobak-1/2012/03/tobaksberoende-ar-starkt-och-svart-att-bryta/.

10. Tobaksfakta. Cigaretter - designade för att öka beroende. [Internet]. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://tobaksfakta.se/cigaretter-designade-for-att-oka-beroende/.

11. Psykologer mot Tobak. Metoder för rök- och snusstopp. [Internet]. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: http://www.psychologistsagainsttobacco.org/metoder-for-rok-och-snusstopp/.

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

13. 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):1223-8.

14. 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/BLO%202_07.pdf.

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

16. Messner B, Bernhard D. Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2014;34(3):509-15.

17. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet. 2006;368(9536):647-58.

18. Lloyd A, Steele L, Fotheringham J, Iqbal J, Sultan A, Teare MD, et al. Pronounced increase in risk of acute ST-segment elevation myocardial infarction in younger smokers. Heart. 2017;103(8):586-91.

19. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D'Agostino RB, Pencina MJ, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. JAMA. 2013;309(10):1014-21.

20. Liu X, Bragg F, Yang L, Kartsonaki C, Guo Y, Du H, 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-e76.

21. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, Galanti R, Lager A, Lundberg 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. Timberlake DS, Nikitin D, Johnson NJ, Altekruse SF. A longitudinal study of smokeless tobacco use and mortality in the United States. Int J Cancer. 2017;141(2):264-70.

23. Psykologer mot Tobak. – rökning hos personer med psykisk sjukdom. [Internet]. [citerad 6 april 2022]. Hämtad från: https://www.psykologermottobak.org/psykiatri_bereondevard_socialtjanst.

24. 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.

25. Sluta-röka-linjen. Tobak i miljö- och hållbarhetsperspektiv. [Internet]. [citerad 6 april 2022]. Hämtad från: https://www.slutarokalinjen.se/vart-material/.

26. Malmberg N. Tobaksindustrins miljöpåverkan – en genomgång av forskningsläget 2018. [Internet]. Stockholm: Riksförbundet VISIR. [citerad 6 april 2022]. 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.

9. Livssituation

Låg risk ⟷ Hög risk

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

Summering av riskpoäng

Riskpoängen utgör summan av poängen i frågor i avsnittet Livssituation.

Hur bor du?
Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?
Vad är din sysselsättning?
Räknar du med att bli arbetslös under närmaste året?
Utgör ekonomin ett problem för dig?

Åtgärd: Grön:

Ingen åtgärd frånsett allmänt samtal kring hälsokurvans resultat och att främja goda levnadsvanor.

Åtgärd: Gul och Orange:

- Samtal kring resultat från hälsokurvan, uppmärksamma speciellt psykisk hälsa (se avsnitt psykisk hälsa i detta metodstöd). Bygg på det som fungerar.
- Normalisera att många människor genom livet någon gång känner sig oroliga och att det kan vara en normal del av livet.
- Erbjud kunskap om samband mellan livssituation och hjärt-kärlsjukdom .
- Om deltagaren önskar uppföljning och hälsosamtalsledaren bedömer att detta behövs kan uppföljande återbesök bokas till hälsosamtalsledaren (om hen känner sig trygg med detta, eventuellt i samråd med psykosocial kompetens på vårdcentralen).
- Vid svårare problem och krisreaktioner kan det vara lämpligt att hänvisa till psykolog, kurator, läkare, företagshälsovård eller annan resursperson beroende på lokala förhållanden och deltagarens önskan.

Snabbguide – Livssituation/psykosociala faktorer

Psykosociala faktorer har i flera studier visat sig påverka förekomst av hjärt-kärlsjukdom i lika hög eller i högre grad än t.ex. blodtryck, kolesterol och rökning. Psykosociala faktorer är inte enbart en riskfaktor utan kan också ses som en friskfaktor.

Friskfaktorer:

- Ett bra socialt och emotionellt stöd har visat sig skydda mot utvecklandet av hjärt- och kärlsjukdomar.
- Socialt stöd kan i vissa fall väga upp för andra riskfaktorer i livssituationen.
- Balans mellan krav, kontroll och stöd i arbetssituationen har visat sig betydelsefull för utvecklandet av hjärt-kärlsjukdomar.
- En hög social position är en skyddsfaktor mot hjärt-kärlsjukdom.
- Graden av socialt stöd utanför arbetet har också visat sig vara betydelsefullt.
- Grupper med bäst sociala förutsättningar (exempelvis genom att vara flera i hushållet, ha en aktiv fritid, ha hög grad av kontroll över sin livssituation) har mindre risk att utveckla hjärt-kärlsjukdom jämfört med de som har sämst sociala förutsättningar.

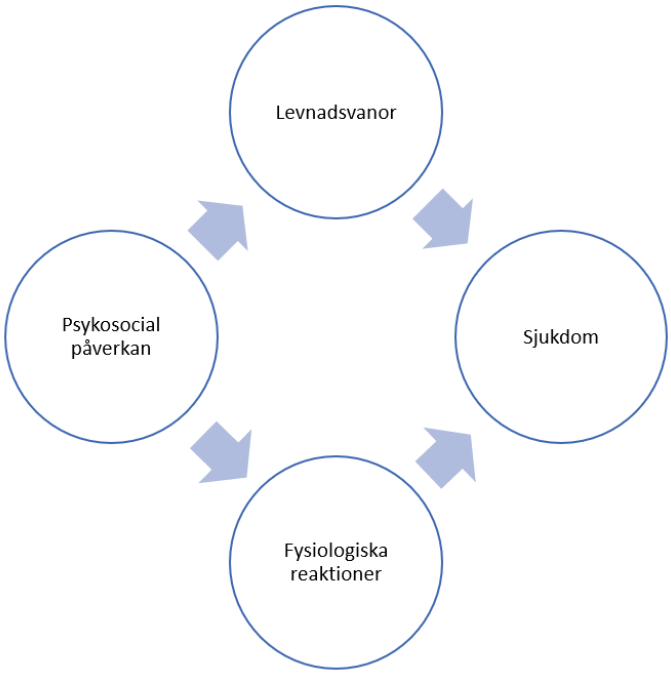
Riskfaktorer:

- Att tillhöra en socialt sårbar grupp med låg inkomst och/eller arbetslöshet medför ökad risk för utvecklande av hjärt-kärlsjukdom.
- En kombination av hög arbetsbelastning, låg möjlighet till påverkan av arbetssituationen och bristande socialt stöd har visat sig medföra väsentlig ökad risk för utvecklandet av hjärt-kärlsjukdom. Lågavlönande arbeten tenderar att innebära en lägre möjlighet till kontroll över sin arbetssituation.

Bild: José Martín Ramiréz C/Unsplash

Bakgrund

Det finns olika förklaringar till hur psykosociala faktorer som påverkar oss kan ge upphov till sjukdom. Det kan ske genom vanor och ovanor av olika slag. Att leva under pressade livsförhållanden gör det svårare att välja beteenden som är gynnsamma på lång sikt. Det är stor risk att beteenden som kortsiktigt löser de problem vi står inför i stunden dominerar livet. Det leder till att sämre psykosociala förhållanden ofta är förknippade med en ökad förekomst av sämre alkoholvanor, sämre kost, mindre motion och högre förekomst av tobaksbruk. Dessa beteenden och levnadsvanor för med sig fysiologiska förändringar som ökar förekomst av sjukdom. En pressad psykosocial situation kan även i sig öka förekomst av sjukdom genom de fysiologiska reaktioner som utsöndring av stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol.



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

Den psykosociala påverkan vi utsätts för är inte bara riskfaktor utan även friskfaktor. Socialt stöd har exempelvis en skyddande effekt och gör att människor klarar påfrestningar och andra risker på ett bättre sätt. Detta kan ske både genom praktisk hjälp, råd och stöd ifrån familj och vänner men också genom att de fysiologiska reaktionerna i kroppen direkt påverkas genom det känslomässiga stöd man kan få från personer i det sociala nätverket. Detta åskådliggörs i den så kallade **Buffertmodellen**[1].

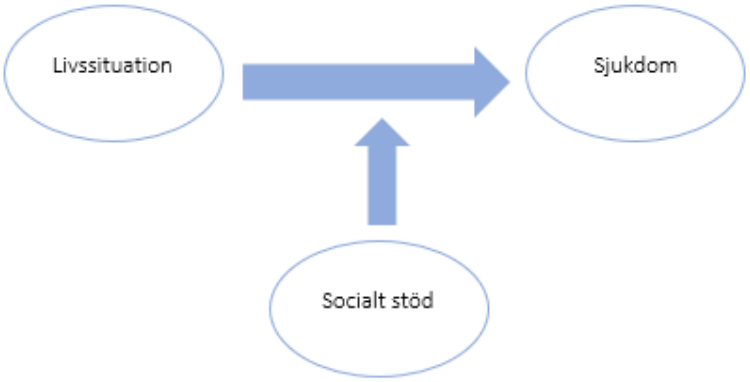


Bild: Buffertmodellen

Ett sätt att dela in och åskådliggöra den psykosociala påverkan vi utsätts för kommer från forskning om arbetsmiljön och risken för att få hjärtinfarkt. Man har delat in den psykosociala påverkan i tre grupper:

1. Krav (både från omgivningen och en själv)

2. Bristande möjlighet att kontrollera sin egen livssituation samt

3. Stöd

De två första är negativa faktorer som innebär en ökad risk och stöd är den positiva faktorn som minskar risken för sjukdom, i första hand hjärtinfarkt.

Den här indelningen kan göras både när det gäller arbete och relationer till andra människor, som hem och familj. Här följer några exempel på detta:

Krav: innebär påfrestningar av olika slag som hög arbetsbelastning, stress, konflikter i familj och på arbetet, sjukdom och sociala problem i familjen.

Kontroll över sin livssituation; den möjlighet eller bristande möjlighet man har att kontrollera sin livssituation exempelvis arbetslöshet, ekonomiska problem, enformigt monotont arbete och att andra bestämmer över ens liv.

Stöd: stödet som man har ifrån det sociala nätverket som arbetskamrater, make/maka, barn, vänner, släktingar, grannar, föreningskontakter m.m.

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

Medicinsk evidens

Arbetsförhållanden och hjärt-kärlsjukdom

Tidigare ansågs det att välutbildade människor med kravfyllda stressade yrken löpte högre risk för hjärt-kärlsjukdomar än andra. Flera undersökningar har dock visat att det förhåller sig på motsatt sätt. Det är i stället de lågavlönade i socioekonomiskt svaga grupper som har den högsta sjukligheten och dödligheten. Om en person har goda möjligheter att bestämma över sin arbetssituation så finns bättre förutsättningar att klara höga krav. Om man däremot är utsatt för höga krav och själv inte kan påverka sin situation så ger detta en ökad risk för hjärtinfarkt. Den amerikanske forskaren Robert Karasek har utarbetat en modell som bygger på att kombinationen av höga krav och litet beslutsutrymme i arbetet leder till ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar[2].

I en studie där deltagare delades in i nio olika grupper beroende på graden av krav i förhållande till beslutsutrymme, visade det sig att av de med högst krav och samtidigt lägst beslutsutrymme hade 8,6 procent utvecklat symptom på hjärt-kärlsjukdom under de sex år undersökningen fortlöpte. I de tre grupper som hade kombinationen av minst krav och störst beslutsutrymme hade inga symptom på hjärt-kärlsjukdomar utvecklats. Ju högre krav och mindre beslutsutrymme man hade, desto större andel utvecklade symtom på hjärt-kärlsjukdom. Utöver krav och beslutsutrymme har socialt stöd på arbetsplatsen visat sig viktigt i efterföljande studier. Om man dessutom delade upp denna grupp i arbetare och tjänstepersoner hade de manliga arbetarna ytterligare förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom i förhållande till tjänstepersonerna[3].

Upplevelse av höga krav, låg kontroll, bristande meningsfullhet, skiftarbete och lågt socialt stöd förhöjer risken för hjärt-kärlsjukdom[4-5].

Socioekonomisk status och hjärt-kärlsjukdom

Socioekonomisk status har visat sig ha ett klart samband med hjärtinfarkt. Socialt sårbara grupper har högst risk. Detta har bland annat visats i den stora Whitehall-studien i London där man studerat statstjänstemän 40 - 64 år och där man nu har 20 års uppföljningstid[6]. Generellt är levnadsvanor bättre hos de med högre socioekonomisk status. De har lägre andel rökare, ökad grad av fysisk aktivitet, högre intag av frukt och grönsaker etc. Dock verkar det inte förklara hela skillnaden då det visat sig att social grupptillhörighet i sig har betydelse.

I Whitehall-studien visade det sig att män med lägre socioekonomisk status var kortare, hade högre BMI, högre blodtryck, högre blodsocker, rökte mer och rörde sig mindre[6]. Hjärtfrekvensen har också rapporterats vara högre bland de med lägre inkomst[7]. Även om man statistiskt korrigerade för alla andra kända riskfaktorer hade ändå de socialt sårbara personerna högre risk för hjärtinfarkt. Det tycks vara så att en högre socioekonomisk status ger ett bättre skydd för hjärtinfarkt vilket har visat sig stämma även i studier gjorda i Sverige och i Skottland[8-9].

Utbildningsnivå och hjärt-kärlsjukdom

Ytterligare faktorer som visat sig ha samband med risken för hjärt-kärlsjukdom är utbildning vilket man i en studie har kunnat se i exempelvis Stanford i USA. De med högre utbildning hade en lägre risk för hjärt-kärlsjukdom än de med lägre utbildning[10]. På många sätt hänger utbildning även ihop med livsstil vilket exempelvis visats i en studie i Tromsö[11]. Män och kvinnor med högre utbildning var mer fysiskt aktiva, hade bättre matvanor, rökte mindre samt hade lägre förekomst av övervikt och lägre kolesterolnivå – faktorer som i förlängningen bidrar till mindre hjärt-kärlsjukdom.

Arbetslöshet och hjärt-kärlsjukdom

Att ha ett arbete utgör en hälsofaktor medan arbetslöshet utgör en riskfaktor. Att vara arbetslös innebär ökade psykiska påfrestningar, mer stress, minskat psykiskt välbefinnande, försämrad ekonomi etc. Det innebär att ett flertal olika blodparametrar kan påverkas av arbetslöshet bland annat ökning av kortisolnivåerna. Redan vid ett hot om arbetslöshet kan kroppen påverkas[12]. Arbetslöshet har en betydande korrelation med blodtryck, kolesterol, HDL, rökning och fysisk inaktivitet[13]. I en brittisk studie har man funnit samband mellan ökning av hjärt-kärlsjukdom och arbetslöshet och i en finländsk studie fann man att arbetslöshet var en självständig riskfaktor för ökad dödlighet[14-15].

Socialt nätverk och hjärt-kärlsjukdom

Den andra stora gruppen av psykosocial påverkan på individen är, utöver arbetet, det sociala kontaktnätet med familj, släkt, vänner, grannar, fritidsintressen etc. Individens sociala relationer kan utgöra betydelsefulla skyddsfaktorer mot hjärt-kärlsjukdom och andra sjukdomar. Vid avsaknad av goda sociala relationer kan det istället innebära en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och andra sjukdomar. I förlängningen innebär det att ens sociala nätverk utgör en betydelsefull frisk- och riskfaktor.

I Göteborg har man gjort flera stora befolkningsundersökningar bland annat av 1913- och 1923-års män[16]. Här graderades männen in i olika grupper beroende på grad av social aktivitet. De 20 procent av männen som hade det lägsta indexet hade 3,4 gånger högre dödlighet än de som var mest socialt aktiva. De som hade flera människor omkring sig i hemmet hade också en betydligt bättre överlevnad. I en studie från Alameda County, Kalifornien i USA undersöktes både män och kvinnor och i den visade det sig att de som var socialt isolerade hade två till tre gånger ökad risk för död under en uppföljningstid på nio år[17]. Detta trots att man korrigerat statistiskt för andra stora riskfaktorer som kolesterol, blodtryck, rökning etc.

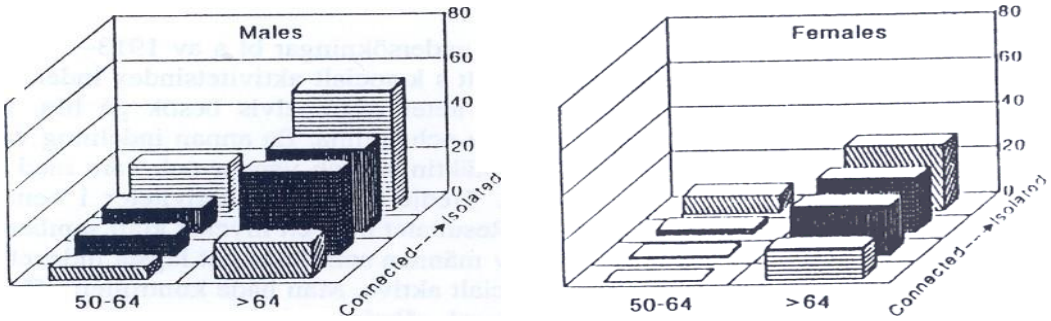


Bild: Alameda County studien: Risken att dö i hjärtinfarkt I förhållande till index för socialt nätverk under 9 års uppföljning, för män och kvinnor.

Interheartstudien

Interheartstudien var världens största fall-kontrollstudie om riskfaktorer för hjärtinfarkt med drygt 15 000 patienter med hjärtinfarkt och ungefär lika många kontroller[18]. Den publicerades 2004 och omfattar både män och kvinnor, samt människor från alla etiska grupper och världsdelar. I studien kunde man konstatera att nio faktorer kunde förklara drygt 90 procent av alla hjärtinfarkter. Dessa riskfaktorer var: höga blodfetter, rökning (även tidigare rökning), psykosociala faktorer, diabetes typ 2, hypertoni, bukfetma, otillräckligt intag av frukt och grönsaker, övervikt, fysisk inaktivitet och regelbunden alkoholkonsumtion (vid tre eller fler tillfällen i veckan).

I en särskild studie i Interheartstudien studerade man närmare de psykosociala faktorerna[19]. De faktorer som studerades var stress i arbete och i hemmet, ekonomiska problem, negativa livshändelser, bristande känsla för kontroll av livssituationen samt depression. Samtliga av dessa faktorer hade ett statistiskt signifikant samband med hjärtinfarkt. Särskilt en kombination av faktorerna ökade risken för hjärtinfarkt markant.

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[20]. Det var ett omfattande program med gruppintervention 20 gånger vilka innefattade bl.a. undervisning om riskfaktorer, avslappning och 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[21]. Man hade ett liknande interventionsprogram som i Uppsala med 20 gruppträffar. I dessa studier har man funnit en del könsskillnader[22]. På gruppnivå betyder familjen mer än jobbet för kvinnor, medan männen i högre utstickning fokuserade på konkreta och praktiska saker – ofta arbetsrelaterat. Männen fokuserade inte heller i samma utsträckning på känslor. Interventionsprogrammen minskade signifikant den dagliga stressen, oron och ängslan hos både för män och kvinnor – men i större omfattning för kvinnor.

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

År 2012 publicerades en stor europeisk arbetsgrupp (The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice) riktlinjer för prevention och behandling av hjärt-kärlsjukdom gällande psykosociala riskfaktorer[23]. Rekommendationerna bygger på 568 studier, översikter och metaanalyser. I följande stycke kommer en sammanfattning med så kallade relativa risker (RR) eller odds ratio **(OR) för CVD (hjärt-kärlsjukdom).

Låg socioekonomiskt status: Exempelvis låg utbildningsnivå, låg inkomst, lågstatusarbete eller bo i ett lågstatusområde ger en RR för CVD 1,3 - 2,0

Social isolering och lågt socialt stöd: RR för CVD 1,5 - 3,0

Stress i arbetet och i familjen: Arbetsrelaterad stress med höga krav, avsaknad av socialt stöd, jäkt och lång arbetstid. Studier på män OR 1,5. Studier på kvinnor är för få för att dra säkra slutsatser. Konflikter, kriser och långtidsstress i familjen innebär en ökad risk, speciellt för kvinnor.

Depression: Förutsäger förestående hjärtinfarkt med RR 1,6 - 1,9. Socialt stöd motverkar den negativa effekten av depression.

Oro: Epidemiologiska studier och så kallade metaanalyser har visat att oro är en oberoende riskfaktor för hjärtinfarkt.

Fientlighet och ilska: Dessa faktorer har visast sig ge en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Att inte ge utlopp för ilska utan hålla den inom sig ger också en ökad risk, OR 2,9.

Typ D personlighet: Denna personlighet kännetecknas av uppgivenhet, hopplöshet, hjälplöshet, oro, nedstämdhet och låg självkänsla. Ofta är det förknippat med en svårighet att visa känslor och söka socialt stöd i sin omgivning, OR 3,7.

Risken att drabbas av sjukdom är antalet personer som drabbas av sjukdom delat med det totala antalet personer som studerats.

**Relativ risk: är en kvot mellan två risker: t.ex.risk i behandlingsgrupp delat med risk i kontrollgrupp.*

***Odds ratio: används inom statistiken för att fastställa hur en variabel förhåller sig till en annan variabel i en given population t.ex. arbetsmiljö i förhållande till hjärt-kärlsjukdom. Odds ratio är kvoten mellan två kvoter t.ex. sannolikhet för viss händelse/ sannolikhet för icke-händelse)*

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” kan en vanlig reaktion som ”behandlare” vara en känsla av otillräcklighet. Som hälsosamtalsledare har vi inte möjlighet att reda upp deltagarens dåliga ekonomi, lösa långdragna konflikter på arbetsplatsen eller trassliga förhållanden i familj eller vänkrets. Men genom att enbart lyssna gör man sannolikt väsentligt större nytta än vad man till en början tror. För den enskilda är det viktigt att inför en annan människa få tala ut om sina problem och på så sätt kan problemen blir begripliga. Kanske blir det i förlängningen möjligt att hitta nya infallsvinklar och lösningar på problemen?

Personer som arbetar i sjukvården har i huvudsak rollen som expert. Vi ska efter bästa förmåga ställa en 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

I ett hälsosamtal ska man sträva mot att hjälpa deltagaren att komma till insikt om sina problem, vad som utlöst dem och hur de 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 uppstå.

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

2. 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.

3. 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):1336-42.

4. 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.

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

6. 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):244-9.

7. Marmot MG. Stress, social and cultural variations in heart disease. J Psychosom Res. 1983;27(5):377-84.

8. 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):1497-500.

9. 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):136-48.

10. 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.

11. Jacobsen BK, Thelle DS. Risk factors for coronary heart disease and level of education. The Tromso Heart Study. Am J Epidemiol. 1988;127(5):923-32.

12. 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):461-6.

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

14. Cook DG, Cummins RO, Bartley MJ, Shaper AG. Health of unemployed middle-aged men in Great Britain. Lancet. 1982;1(8284):1290-4.

15. Martikainen PT. Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. BMJ. 1990;301(6749):407-11.

16. Welin L, Tibblin G, Svardsudd K, Tibblin B, Ander-Peciva S, Larsson B, et al. Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. Lancet. 1985;1(8434):915-8.

17. Kaplan GA. Social contacts and ischaemic heart disease. Ann Clin Res. 1988;20(1-2):131-6.

18. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):937-52.

19. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, 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):953-62.

20. 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.

21. 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):134-40.

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

23. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, 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):1635-701.

10. Psykisk hälsa

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 5 och 6 i avsnitt Psykisk hälsa.

Fråga 5:

Markera på linjen vilken grad av stress (till exempel jäkt, högt tempo, psykisk press) som du upplevt under de senaste 12 månaderna.

Inte alls……..Max

Antalet mm på stress-skalan omvandlas till poäng:

- 0–19 mm ger 0 p
- 20–34 mm ger 1 p
- 35–44 mm ger 2 p
- Över 45 mm ger 3 p

Fråga 6:

Har du under de senaste 12 månaderna haft något eller några av följande besvär:
Sömnbesvär?
Ängslan, oro eller ångest?
Depression/nedstämdhet?
Allmän trötthet?

Varje ja-svar ger 1 poäng.

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 och 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.
- 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.

- Vid behov, erbjud broschyr ”Stress – en skrift om stress och hälsa” från Hjärt-lungfonden[1].

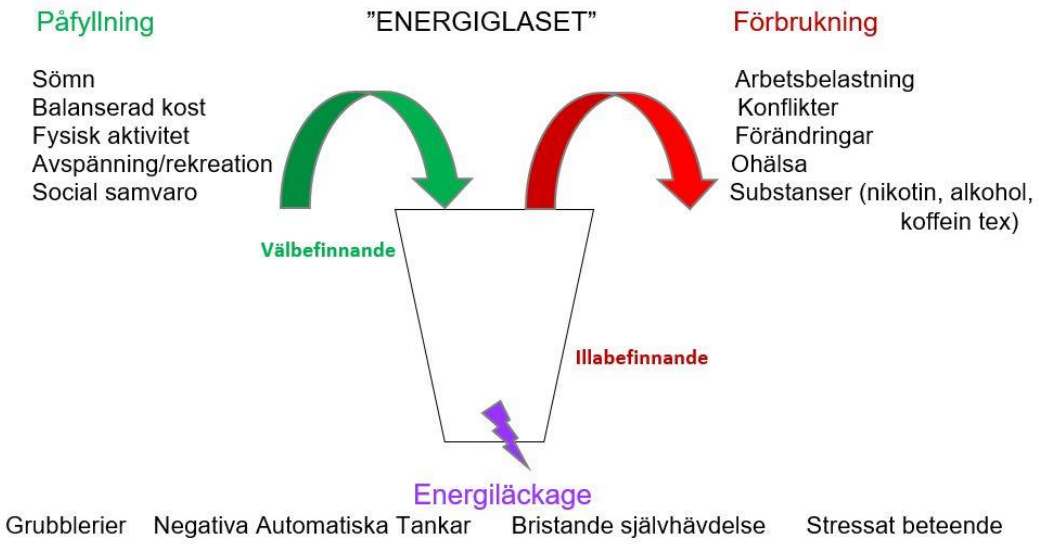
- Följ verksamhetens rutiner för ovan symtom, bestäm eventuellt återbesök. Det kan ske hos hälsosamtalledaren om hen känner sig trygg med detta och innehar rätt kompetents, eventuellt i samråd med psykosocial resurs på vårdcentral.

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

Snabbguide – Stress

- Stress är en naturlig del av vårt fungerande.
- Stresspåslaget är en fysisk reaktion som syftar till att hantera hot i vår omgivning.
- Rädsla för stressymptomen har ett samband med ökad dödlighet.
- Det är viktigt att skilja på kortvarig och långvarig stress.
- Kroppen har ett eget ”anti-stressystem” som kan aktiveras beroende på vad vi gör.
- Det är ofta 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.



Stress

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[2].

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[3]. Stress förefaller även förhöja risken för andra typer av sjukdomar såsom diabetes typ 2[4].

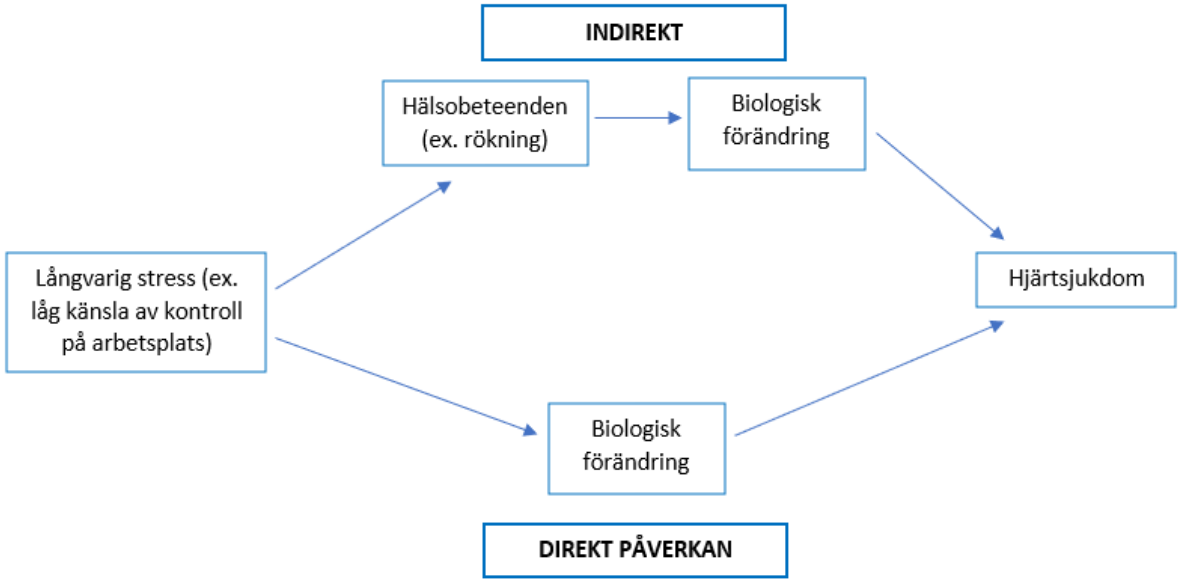


Bild: Direkt och indirekt påverkan av stress på hjärtsjukdom[4]

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. När man talar om stress i nutid brukar det snarare handla om svårigheter att hantera sin arbetssituation, bristande återhämtning eller låg kontroll över sitt eget 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.

Vad händer vid stress?

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

Den känslomässiga reaktionen sker ofta mycket snabbt, ofta så snabbt att den till en början är omedveten.

Det är vanligt att man reagerar med rädsla, ilska eller uppgivenhet vilket beteendemässigt brukar visa sig genom kamp, flykt eller passivitet.

I hjärnan aktiveras Amygdala - vårt rädslocentrum, som påverkar kroppens autonoma och endokrina system. Ofta sker det innan de mer medvetna och tolkande delarna av hjärnan aktiveras, vilket kan förklara varför man vid stress eller hot ofta agerar förhastat.

Den fysiologiska reaktionen innefattar muskler, inre organ och hormoner

Människan kan, till skillnad från djur, delvis undertrycka den muskulära reaktionen och avstå att agera på den. 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.

I de inre organen sker förändringar som inte går att påverka; Aktiviteten i mag-tarmkanalen hämmas, blodflödet till muskler, hjärta och hjärna ökar, blodtrycket stiger, blodets koaguleringsförmåga ökar osv.

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.

De ändamålsenliga förändringar som sker för att omfördela och mobilisera kroppens resurser till att hantera ett upplevt hot, är inte alltid 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[5].

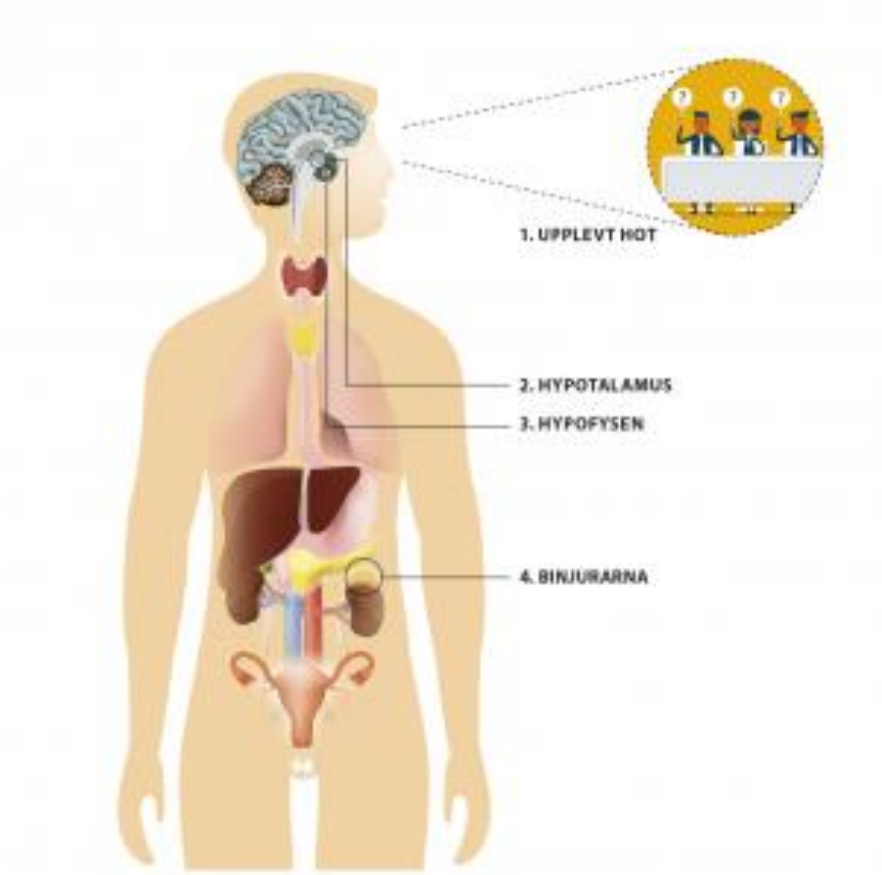


Bild: HPA axeln: ett system av hormonkörtlar och dess hormoner som utgör kroppens svar på stressorer. Vid långvarig stress påverkas hypothalamus och signalerar till hypofysen (pituitary gland) att öka produktionen av ACTH, ett ämne som stimulerar binjurarna (adrenal glands) så att de ökar produktionen 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[6]. 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 att 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.

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

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*) och omgivningens 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[7].

Krav-kontroll-stöd-modellen

Den enskilde anställdes psykiska stress påverkas enligt modellen av de tre huvudkomponenterna: krav, kontroll (beslutsutrymme) och stöd. Effekter 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 för 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[8]. Krav-kontroll-stöd-modellen används oftast för att förstå stress inom arbetslivet men kan även appliceras på stress i sammanhang utanför arbetslivet.

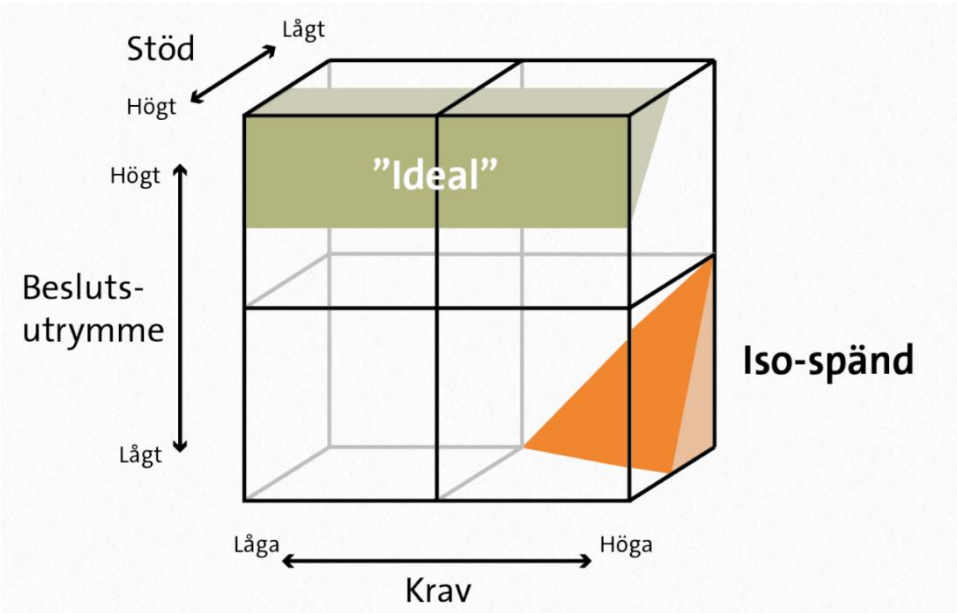
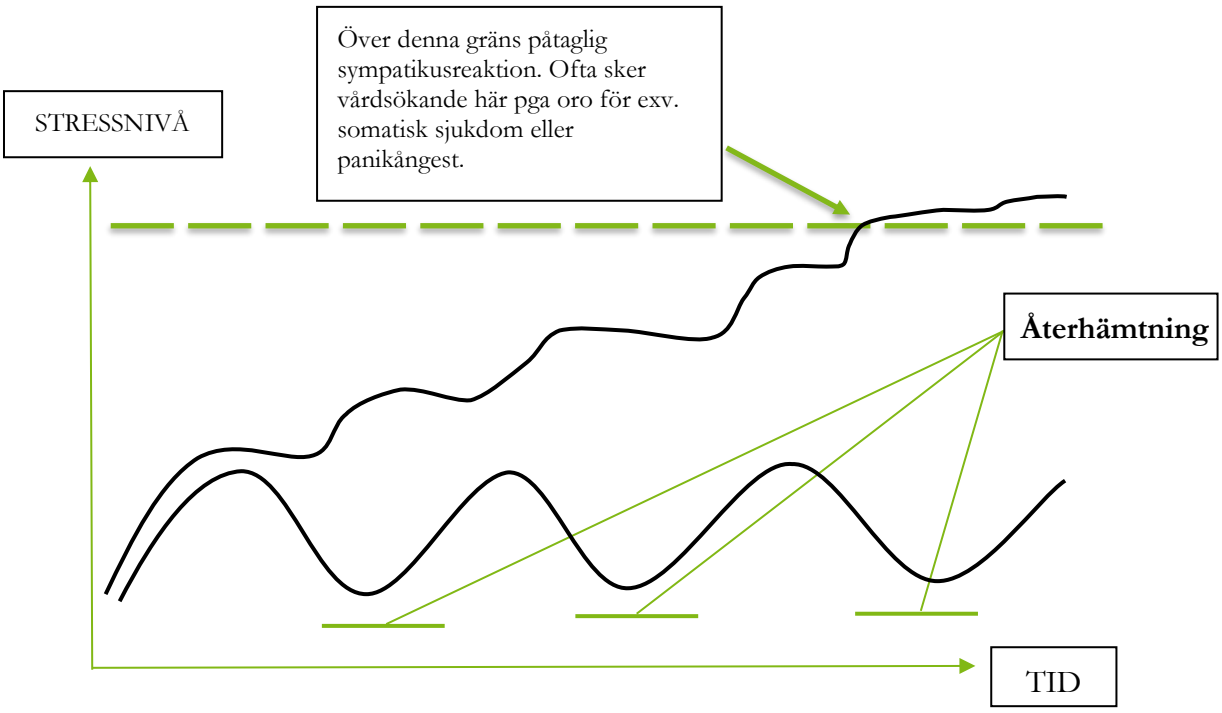


Bild: Modell över krav-kontroll-stödmodellen. Källa: Stressforskningsinstitutets temablad Arbetsorganisation & hälsa, Stressforskningsinstitutet.

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 livskvaliteten.



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 slutar 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 kvalitet 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, Muntorrhet Sänkt libido/impotens Yrsel, Darrighet, fumlighet	Virrig, overklighetskänsla Svårt att släppa tankar på det som stressar en Svårt att prioritera Svårt att hålla fokus/koncentrera sig Glömska Tunnelseende (ser endast problem inte möjligheter)	Ångest, oro, Skuld, skam Känslomässig utmattning Ledsenhet Gråtmildhet, Irritation/ilska, Bristande känslomässig kontroll Avsaknad av känslor	Effektiviserar saker - skyndar, äter för snabbt Ostrukturerad - 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 upp kan också innebära att man 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.

<u>Arbete/utbildning</u>

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.

<u>Fritid</u>
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.

<u>Relationer</u>
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[9]. 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[10]. Det innebär också ett utvidgande av beteenderepertoaren som vi också vet är viktigt vid behandling av depression[11].

FYSS

Kunskapsunderlaget FYSS (Fysisk Aktivitet som Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) är ett evidensbaserat underlag för den som arbetar med att främja fysisk aktivitet[12]. 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 33 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

Att andas för att hantera stress

Som 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.

Medicinsk yoga

Medicinsk yoga eller Mediyoga är en strukturerad metod för att nå emotionell, psykologisk och fysisk balans. Genom guidade övningar får deltagaren lära sig nå en ökad medvetenhet om sin andning. Denna metod har bland annat visat sig vara stressreducerande[13], öka hälsorelaterad livskvalitet och sänkt blodtryck för patienter med förmaksflimmer[14].

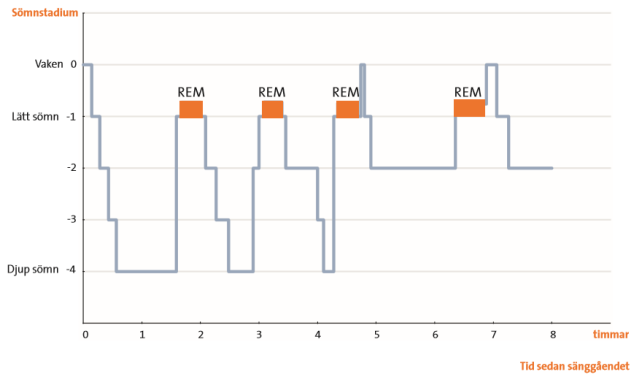
Sömn

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

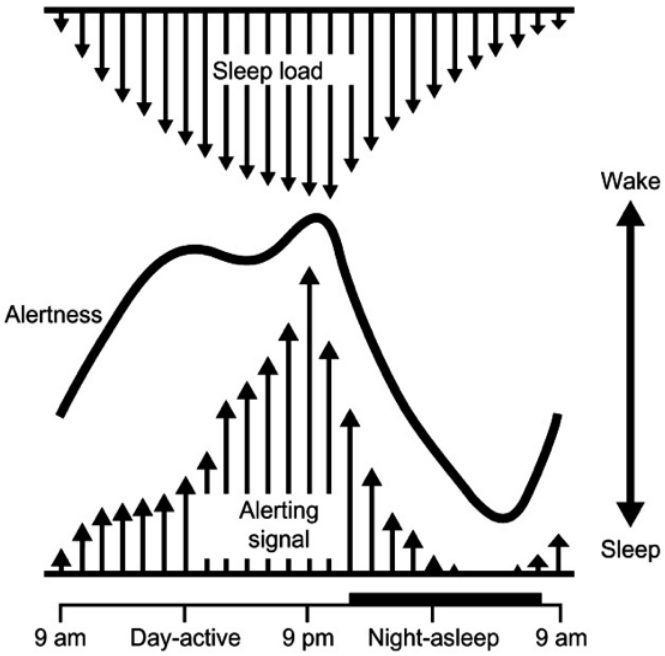
Sömnen indelas vanligen i fyra olika stadier på EEG och dessutom finns perioder av så kallad REM-sömn eller drömsömn. Förkortningen REM står för Rapid Eye Movement. Andningen blir under REM-sömnen oregelbunden, det rycker lätt i muskler, ögonen rör sig och ofta sker korta uppvaknande. Under REM-sömnen 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
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.



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.

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 på 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. Går vi 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 man upplever sömnighet, när ögonen känns tunga eller att man känner sig seg i huvudet. Att försöka somna när optimala förutsättningar för sömn saknas kallas för ”sömnansträngning” och kan leda till att vi blir oroliga och stressade i våra försöka att viljemässigt styra något som är utom vår kontroll, med förhöjd som följd.

Vid sömnproblem är det mycket vanligt med oro för 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. Vanligtvi är personen helt omedveten om att de vaknar, men 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 sänggående och uppstigande hänger inte kroppen med och den inre sömnklockan haltar. För att få koll på sina sömnrutiner kan det vara bra att använda sig av en sömndagbok.

Ge dig tid att varva ner och att sova

Planera in när du vill gå och lägga dig och se till att påbörja nedvarvning en stund innan du 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.

Ge dig ca 1-2 timmar av någon avslappnande/rofylld aktivitet innan sänggåendet 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 stör och inte medför ökat lugn.

Undvik uppiggande medel för sent på dagen

Kaffe, te, alkohol och nikotin stimulerar kroppens vakenhet. Kaffe bör undvikas fem timmar innan sänggående. 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. Hjärnan är dålig på att tänka klart när man är trött och det kan därför vara bra att hjälpa hjärnan att skapa struktur genom att skriva ner det man oroar sig för. När tankarna är nedskrivna kan det vara lättare att släppa dem. Att oron kretsar kring sömnbrist (som i sin tur leder till mer oro och sömnbrist) är vanligt. Påminn dig om att kroppen klarar av kortvariga sömnproblem alldeles utmärkt och en timmes förlorad sömn tas igen av kroppen nästa natt genom att djupsömnen av sig själv blir 10 minuter längre.

Det finns 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 man fungerar dagtid.

Om du inte somnar – gå upp!
Om du är lång tid i sängen utan att sova, gå upp istället oavsett vad klockan är eller om det känns onaturligt. Om vi är vakna i sängen blir den förknippad med vakenhet snarare än sömn vilket riskerar att det gör det svårare att sova. 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 hälsosamtalsledare inte möjlighet 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 skal 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.

<u>Insikt och avsikt</u>

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 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

- Stresshantering
  Information på 1177 om stresshantering

- Mindfulness i vardagen
  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.

- 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.

- www.jaghärnu.se
  En webbapp med övningar i medveten närvaro

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. Hjärt-Lungfonden. Beställ material [Internet]. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/om-oss/bestall-material/.

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

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

4. Nyberg ST, Fransson EI, Heikkila K, Ahola K, Alfredsson L, Bjorner JB, 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):2268-75.

5. 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.

6. Keller A, Litzelman K, Wisk LE, Maddox T, Cheng ER, Creswell PD, et al. Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. Health Psychol. 2012;31(5):677-84.

7. 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.

8. 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):1336-42.

9. 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.

10. Andersson E. Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemdel vid depression. Läkartidningen, 2015, s. 112. [Internet]. [citerad 6 april 2022]. Hämtad från:

https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2015/11/fysisk-aktivitet-lika-bra-som-kbt-eller-lakemedel-vid-depression/.

11. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R, Dedijer C. Beteendeaktivering vid depression : en handbok för terapeuter. Lund: Studentlitteratur; 2013.

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

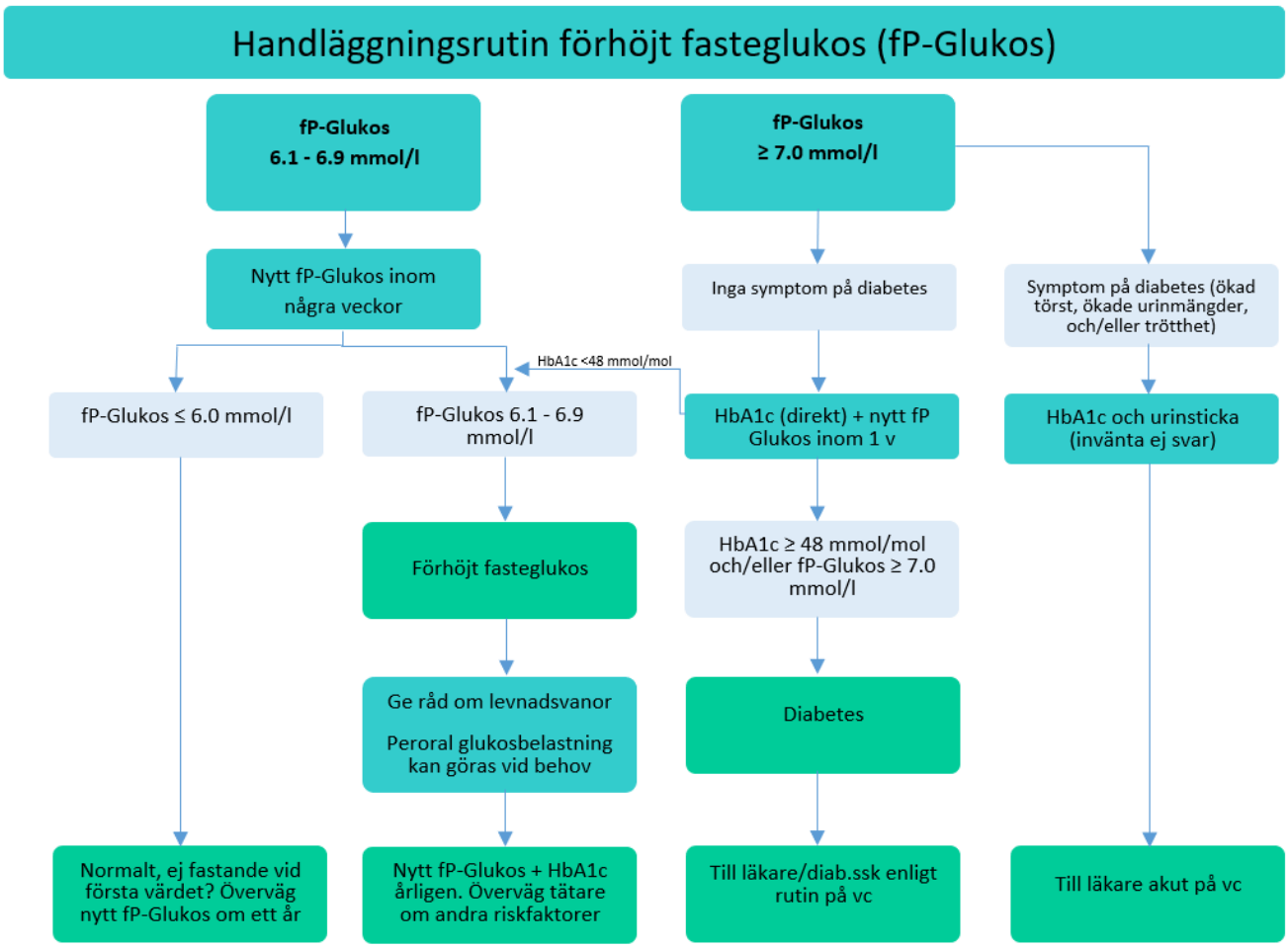
13. Kohn M, Persson Lundholm U, Bryngelsson IL, Anderzen-Carlsson A, Westerdahl E. Medical yoga for patients with stress-related symptoms and diagnoses in primary health care: a randomized controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:215348.

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, uppföljning enligt vårdcentralens ordinarie rutin.
- Vid flera riskfaktorer kan en peroral glukosbelastning övervägas.
- 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[2].

Följ behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket och SKR[3-4]

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 bra om det är möjligt att hitta förstadier till diabetes typ 2. Då finns möjligheten att sätta in behandling tidigt, exempelvis 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[5]. 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- och 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[6]

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 cirka 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

Risken att utveckla diabetes typ 2 kan minska med åtgärder som rör mat och motion som i förläningen 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 diabetes typ 1 samt nyupptäckt diabetes typ 2 utan känd hjärt-kärlsjukdom – detta för att uppnå bästa möjliga glukoskontroll. Viktreduktion har effekt på såväl hög blodglukos och högt blodtryck som höga blodfetter. Icke-kirurgisk behandling vid övervikt och fetma minskar vikten cirka 5 procent på 1–2 års sikt, men vanligen leder det inte till någon bestående viktreduktion.

Fetmakirurgi ger stor viktminskning under lång tid och förbättrad glukoskontroll. Därför bör hälso- och sjukvården efter noggrann klinisk bedömning erbjuda fetmakirurgi med strukturerad uppföljning till personer med typ 2-diabetes och svår fetma (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.

- https://www.diabetes.se/
  Diabetesförbundets information

Till hälsosamtalsledaren

- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetes

- Funktionsbeskrivning diabetesmottagning Primärvård

- Vårdgivarwebben- patientinformation
  Patientinformation Region Kronoberg

- Regionala dokument Region Kronoberg

- Nationella Kliniskt Kunskapsstöd

Referenser

1. Hjärt-Lungfonden. Diabetes - en skrift om förhöjt blodsocker [Internet]. Stockholm: Hjärt-Lungfonden; 2018. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://epi.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Diabetes_2018_Final.pdf.

2. Region Kronoberg. Funktionsbeskrivning diabetesmottagning Primärvård. [Internet]. [citerad den 7 april 2022]. Hämtad från: https://www.regionkronoberg.se/contentassets/d9816da2d28f4ffb97c9c7c6ef691d48/funktionsbeskrivning-diabetesmottagning-2020-doc-oppnas-i-nytt-fonster.docx.

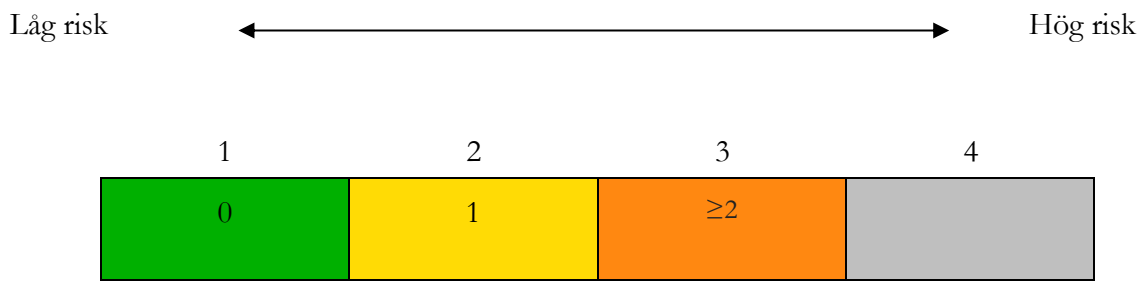
3. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2-diabetes: behandlingsrekommendationer. Information från Läkemedelsverket nr 4 2017, s. 29-48. [Internet]. (citerad 7 april 2022]. Hämtad från: https://www.lakemedelsverket.se/48d5c7/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-typ-2-diabetes.pdf.

4. Vårdprogram Äldre med diabetes: för dig som arbetar inom vårdboende och hemsjukvård. Nationella gruppen för diabetes. Sveriges Kommuner och Landsting. 2017. [Internet]. [citerad 7 april 2022]. Hämtad från: https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-036-8.pdf

5. Satija A, Bhupathiraju SN, Rimm EB, Spiegelman D, Chiuve SE, Borgi L, 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.

6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård [Internet]. Socialstyrelsen; 2018 [uppdaterad 11 juni 2019. [citerad 7 april 2022]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/diabetes/.

12. Ärftlighet för diabetes typ 2



Deltagaren hamnar 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 person som är tvilling får diabetes typ 2 är risken 90 % att den andra tvillingen också får diabetes typ 2 förutsatt att de båda har ungefär samma levnadsvanor. Det kan jämföras 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. Epigenetik har således inflytande på diabetesrisk där vissa riskgener kommer till uttryck i en viss miljö. På liknande sätt har man i MEDIM-studien sett att diabetesrisken är högre hos de som lider av fetma och allra högst risk har de som har fetma och ärftlighet för diabetes. Det innebär att det för individer med ärftlighet för diabetes är extra viktigt att undvika fetma.

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: mamma/syster/dotter:	Män: ≥ 70 år Kvinnor: ≥ 75 år	55 - 69 år 60 - 74 år	45 - 54 år 50 - 59 år	<45 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

Kolla alltid deltagarens svar kring ärftlighet (I Ineras formulärtjänst under Uppföljning när de svarat på och skickat in hälsoenkäten). Har deltagaren svarat JA på ärftlighet och VET EJ på ålder blir beräkningen likvärdig som om deltagaren svarat NEJ på ärftlighet. Då behöver samtalsledaren i hälsosamtalet utforska kring vilket åldersspann för att kunna göra en manuell beräkning av risk.

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 den 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 primärpreventiv studien från 2004 gjordes en 28 år lång uppföljning av en grupp medelålders män i Göteborg. Risken ökade med 40 procent hos de män som hade antingen en mamma eller pappa som hade haft hjärtinfarkt[5].

- I en större svensk registerstudie från 2006 har man genom att studera sjukhusdata från alla svenskar födda från 1932 och deras föräldrar funnit att risken var större att få hjärtinfarkt om mamman hade haft hjärtinfarkt jämfört med pappan[6]. Risken ökade desto tidigare i livet som föräldrarna hade haft hjärtinfarkt samt i de fall då båda föräldrarna hade haft det.

- Inom ramen för den nu pågående svenska befolkningsstudien *SCAPIS* (2013-2018) har det tagits blodprover och ytterligare undersökningar på totalt 30 000 studiedeltagare i åldern 50-64 år[7]. Syftet är bland annat att kartlägga den genetiska profil som är förenad med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom.

Referenser avsnitt 12 och 13

1. Diabetesförbundet [Internet]. [citerad 7 april 2022]. Hämtad från: www.diabetes.se.

2. Bennet L. Hög diabetesrisk bland icke-västerländska invandrare [Internet]. Läkartidningen. 2018;115:EWPF. [citerad 7 april 2022]. 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, Sundquist K, Sundquist J, Arvidsson D, 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):963-9.

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):480-6.

7. Scapis. Världsunik studie ska förhindra hjärtkärlsjukdom [Internet]. [citerad 7 april 2022]. Hämtad från: www.scapis.se.

14. Kroppsmasseindex (BMI)

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
Män: <27,0 Kvinnor: <29,0	27,0-36,9 29,0-38,9	≥37,0 ≥39,0	
Åtgärd: Grön	**Åtgärd**: Gul	**Åtgärd:** Orange	

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

Åtgärd: Grön

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

Åtgärd: Gul

- Erbjud stöd och uppföljning för behandling av fetma vid BMI ≥30. Har deltagaren ett BMI mellan 30 -35 och är motiverad till stöd och samtalsbehandling, skicka en remiss till Primärvårdens hälsoenhet där det erbjuds viktreducerande behandling i grupp.
- Tipsa om stödprogrammet för viktnedgång vid övervikt och fetma på 1177 som är tillgängligt för alla invånare. Be dem logga in på sin sida och under fliken Stöd och behandling hittar dem programmet.
- Utgå från avsnitten och åtgärderna avseende matvanor, fysisk aktivitet, stress 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. En dialog om stress och återhämtning kan också vara relevant.
- 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.
- Tipsa om stödprogrammet för viktnedgång vid övervikt och fetma på 1177 som är tillgängligt för alla invånare. Be dem logga in på sin sida och under fliken Stöd och behandling hittar dem programmet.

Åtgärd: Orange

- Erbjud stöd och uppföljning för behandling av fetma vid BMI >30. Har deltagaren ett BMI mellan 30 -35 och är motiverad till stöd och samtalsbehandling, skicka en remiss till Primärvårdens hälsoenhet där det erbjuds viktreducerande behandling i grupp.
- Tipsa om stödprogrammet för viktnedgång vid övervikt och fetma på 1177 som är tillgängligt för alla invånare. Be dem logga in på sin sida och under fliken Stöd och behandling hittar dem programmet.

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

- Stigmatisering vid fetma är vanligt förekommande. Det är därmed särskilt angeläget att ha en förståelse för alla de bakomliggande faktorer som bidrar till fetma och bemöta deltagare med en övervikt eller fetma med ett personcentrerat förhållningssätt som undviker skuldbeläggande och pekpinnar.

- 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 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.

- 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.

- Inom Region Kronoberg är det Primärvårdens hälsoenhet som tillhandahåller behandling vid fetma, vid BMI 30-35.

Bakgrund

I hälso- och sjukvården behandlas flertalet sjukdomar och symptom som till viss eller stor del orsakas av övervikt och fetma[2]. Klassificering av övervikt och fetma sker oftast med hjälp av kroppsmasseindex (BMI). Förekomsten av fetma har tredubblats i världen sedan mitten av 1970-talet och idag har fler än två av fem vuxna övervikt eller fetma (BMI ≥25) och var tionde vuxen har fetma (BMI ≥30)[3]. Övervikt och fetma har blivit vanligare än undervikt (BMI <18.5) och orsakar fler dödsfall än vad undernäring gör.

Vid fetma 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. Fetma är också korrelerat med psykisk ohälsa[4].

Övervikt och fetma 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 fetma 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 fetma enligt WHO.

Grupp	BMI
Normalvikt	18,5 - 24,9
Övervikt	25 - 29,9
Fetma grad I	30 - 34,9
Fetma grad II	35 - 39,9
Fetma 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.

För personer äldre än 70 år räknas BMI 24 som optimalt funktionsmässigt och BMI 26–27 som optimalt för en god funktion och minskad mortalitet.

Beräkning av en persons längd om mätning ej kan utföras: Mät mellan bröstbenets mittskåra och roten mellan lång- och ringfinger på ena armen (Längd anges i cm).
Kvinnor = (1.35 x halva armspännvidden i cm) + 60.1
Män = (1.40 x halva armspännvidden i cm) + 57.8

Övervikt och fetma i Sverige

Över hälften (51 procent) av Sveriges vuxna befolkning, 16 - 84 år, har övervikt eller fetma (BMI >25) enligt självrapporterade data[5]. Högst andel ses i södra och mellersta Norrland samt sydöstra Götaland (55 - 59 procent), medan lägst andel ses i Stockholm (45 procent). Andelen svenskar med övervikt och fetma har successivt ökat. Andelen med övervikt och fetma ökar med åldern och är lägst i ålderskategorin 16 - 29 år (31 procent), med högst andel i ålderskategorierna 45 - 64 år och 65 - 84 år (61 procent). En högre andel män än kvinnor rapporterar övervikt (42 procent vs 30 procent), i alla ålderskategorier, medan andelen är likvärdig mellan könen vad gäller fetma (16 procent vs 15 procent).

Andelen vuxna med övervikt och fetma i Kronoberg skiljer sig något i jämförelse med Sverige i stort. För kvinnor är det en högre andel i Kronoberg som har övervikt 33 % (Sverige 30 %) men en lägre andel som har fetma 14 % (Sverige 16 %). När det gäller män är det också en högre andel som har övervikt 43 % (Sverige 42 %) och en högre andel som har fetma 19 % (Sverige 16 %).Totalt har 55 % av Kronobergs vuxna befolkning övervikt eller fetma, jämfört med 51 % för Sverige, enligt självrapporterad data från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor[6].

Vetenskaplig evidens

Risker med övervikt och fetma

Både övervikt och fetma 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 fetma grad I och II, och 214 procent hos män och 153 procent hos kvinnor med fetma grad III, jämfört med normalvikt[7]. 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 fetma, jämfört med normalvikt[8]. 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 fetma, och metabolt sjuka (diabetes, hypertoni eller hyperkolesterolemi) en ökad risk med 140 procent redan vid normalvikt, 160 procent vid övervikt och 215 procent vid fetma, jämfört med de metabolt friska och normalviktiga[9].

Vinster med viktnedgång vid övervikt och fetma

Viktnedgång vid övervikt och fetma 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 fetma (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)[10]. 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 fetma ledde till en signifikant minskad dödlighet, oavsett orsak[11]. 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[12]. 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 fetma som under minst ett år fått stöd till

viktnedgång[13]. 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 fetma[14]. 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 fetma 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[15]. 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 fetma[16]. Författarna fann att alla dieterna ledde till viktnedgång och förbättrade riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och att inget kostmönster gav bättre resultat än något annat.

Verktyg och material

Till deltagaren

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

Till hälsosamtalsledaren

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

- Öka din kunskap om stigmatisering här hobs.se

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

- BMI-kalkylator

Referenser

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

2. Skåne R. Vårdprogram för fetma hos vuxna (BMI >30). 2019.

3. World Health Organization. Obesity and overweight .[Internet]. [citerad 7 april 2022]. Hämtad från: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

4. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, et al. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. Curr Obes Rep. 2015;4(3):303-10.

5. Folkhälsomyndigheten. Förekomst av övervikt och fetma. 2020.

6. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsodata. Vikt, BMI (självrapporterat) efter region, kön och år. Andel (procent). [Internet]. [citerad 7 april 2022]. Hämtad från: http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__bFyshals__bbeFyshalsvikt/hlv1bmixreg.px/.

7. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, et al. Association of Body Mass Index With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Compression of Morbidity. JAMA Cardiol. 2018;3(4):280-7.

8. Lassale C, Tzoulaki I, Moons KGM, Sweeting M, Boer J, Johnson L, 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.

9. 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):714-24.

10. Salas-Salvado J, Diaz-Lopez A, Ruiz-Canela M, Basora J, Fito M, Corella D, 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):777-88.

11. Ma C, Avenell A, Bolland M, Hudson J, Stewart F, Robertson C, 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.

12. NWCR. National Weight Control Registry. [Internet]. [citerad 7 april 2022]. Hämtad från: http://www.nwcr.ws/.

13. 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.

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

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

16. 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):407-15 e4.

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.

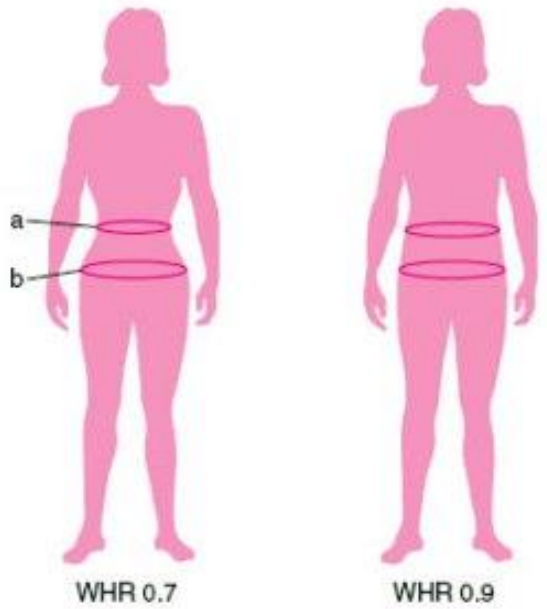
Åtgärd: Orange och Röd

- Råd enligt åtgärd Gul
- Erbjud stöd och uppföljning för behandling av fetma vid BMI >30. Har deltagaren ett BMI mellan 30 -35 och är motiverad till stöd och samtalsbehandling, skicka en remiss till Primärvårdens hälsoenhet där det erbjuds viktreducerande behandling i grupp.

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 midjemått med höftmått.



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.

- Inom Region Kronoberg är det Primärvårdens hälsoenhet som tillhandahåller behandling vid fetma, vid BMI 30-35.

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 således ändå ha en ökad risk för ohälsa. Det är därför viktigt att göra en helhetsbedömning som tar hänsyn till både BMI och midja-stusskvot. 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 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.

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

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].

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/fetma.

Till hälsosamtalsledaren

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

- BMI-kalkylator

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

Referenser1. Cao Q, Yu S, Xiong W, Li Y, Li H, Li J, 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):1162-9.

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, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):937-52.

5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. Lancet. 2005;366(9497):1640-9.

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 och 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 lokal 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.

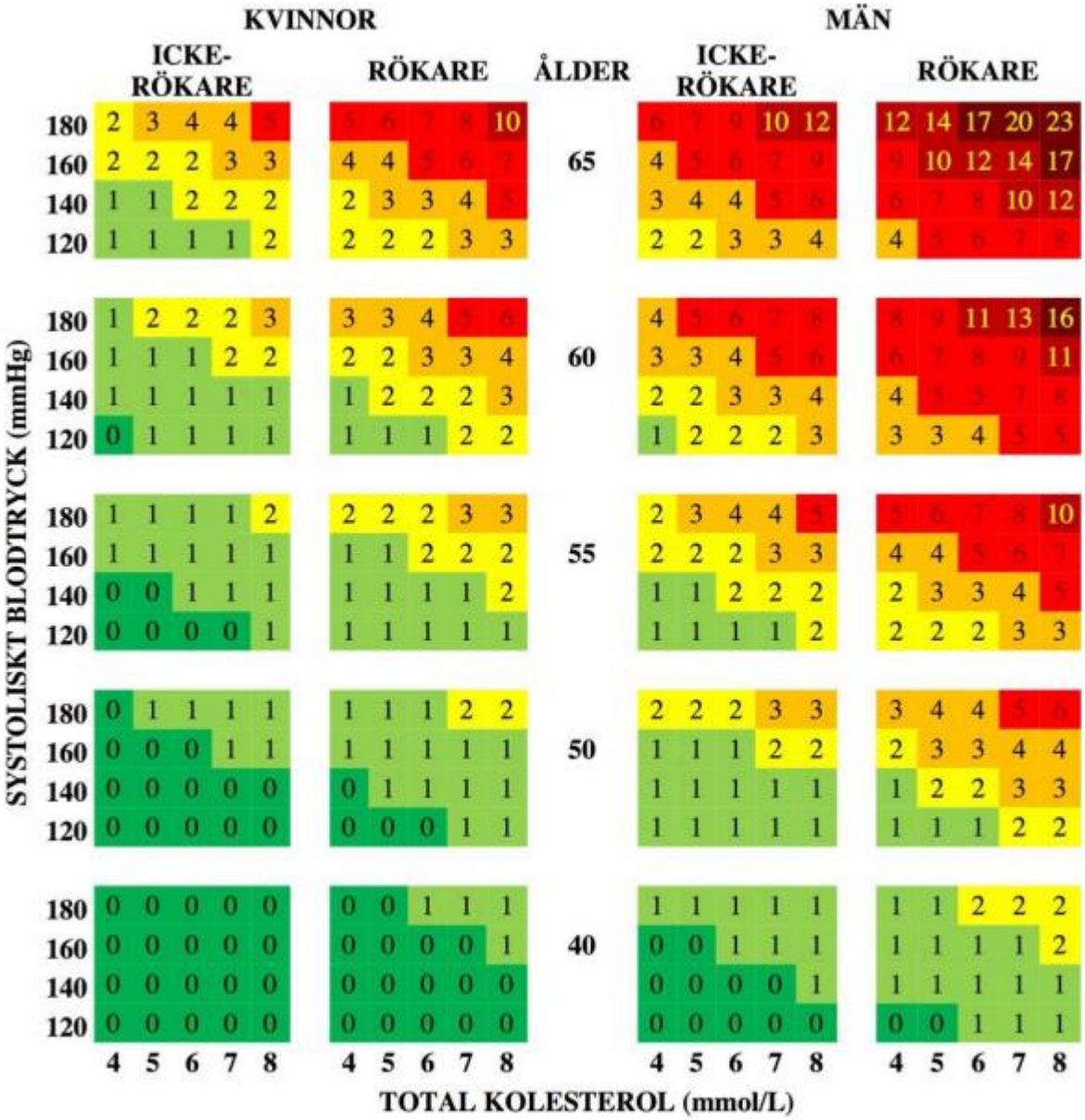
Finns ingen behandlande läkare kontaktas läkare på vårdcentral. Erbjud alltid råd om levnadsvanor utifrån deltagarens hälsokurva.

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 används 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).



Figur: Flödesschema förhöjt blodtryck. Omarbetad efter ESC guideline för hypertension 2018[2]

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.

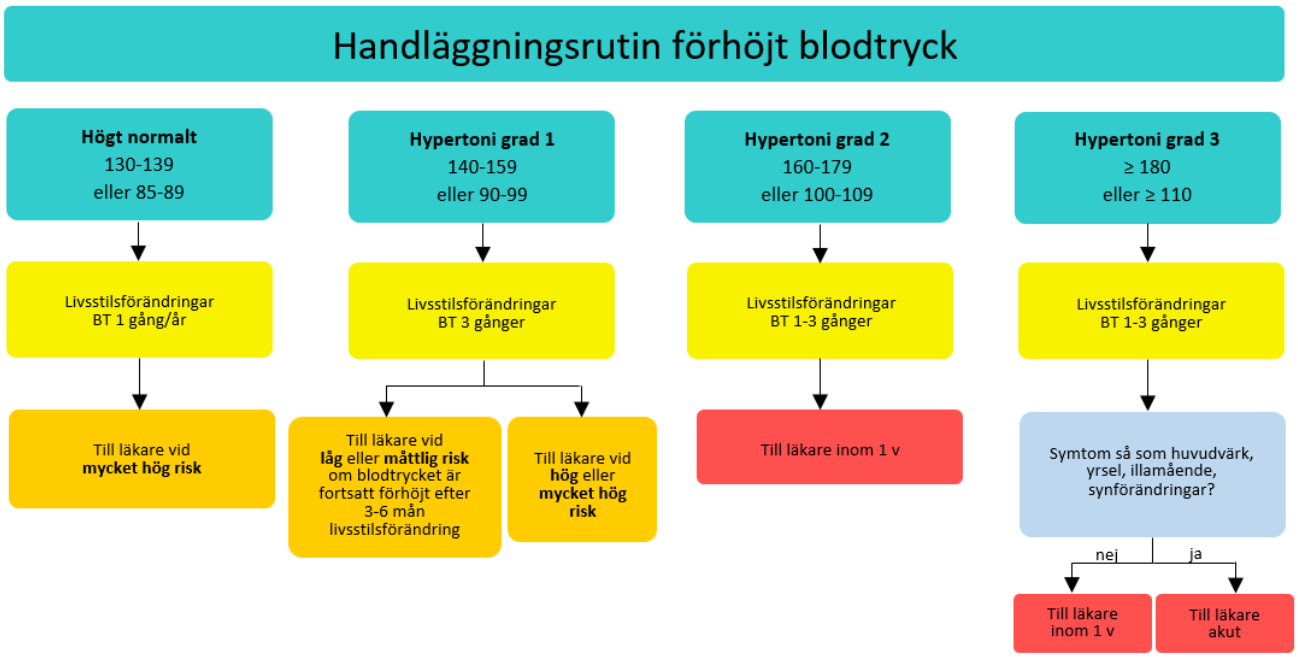
Används till deltagare utan känd diabetes eller hjärtkärlsjukdom.

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 > 20 paket år Diabetes utan komplikationer, med diabetesduration ≥10 år eller 1-2 övriga riskfaktorer Familjär hyperkolesterolemi (FH) utan övriga riskfaktorer Måttligt nedsatt njurfunktion < 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 cirka en månad, parallellt kan då ytterligare två blodtryckskontroller bokas in före detta läkarbesök.

Vid hypertoni grad 2:

- Läkartid bokas helst inom 1 vecka (upp till 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 hälsosamtalsledaren 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, exempelvis 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. Benmanchett ska 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

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 dokumenteras i besöksmallen i Cosmic under sökordet Blodtryck. 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[4].
- 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 då det är ett komplicerat samspel mellan flera olika organ, blodkärlen, centrala nervsystemet och olika hormoner.

I fem 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[5]. 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. 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.*

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.

- Olika läkemedel vid högt blodtryck
  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 hälsosamtalsledaren

- Nationella riktlinjer

Referenser

1. Hjärt-Lungfonden. Högt blodtryck [Internet]. [citerad 9 april 2022]. 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 9 april 2022]. 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, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104.

4. Livsmedelsverket. Råd - Salt [Internet]. Livsmedelsverket; 2020 [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/rad-om-bra-mat-hitta-ditt-satt/salt.

5. Läkartidningen. Primär aldosteronism är en under-diagnostiserad orsak till hypertoni [Internet]. Stockholm: Läkartidningen; 2015 [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2015/12/primar-aldosteronism-ar-en-underdiagnostiserad-orsak-till-hypertoni/.

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 och Röd

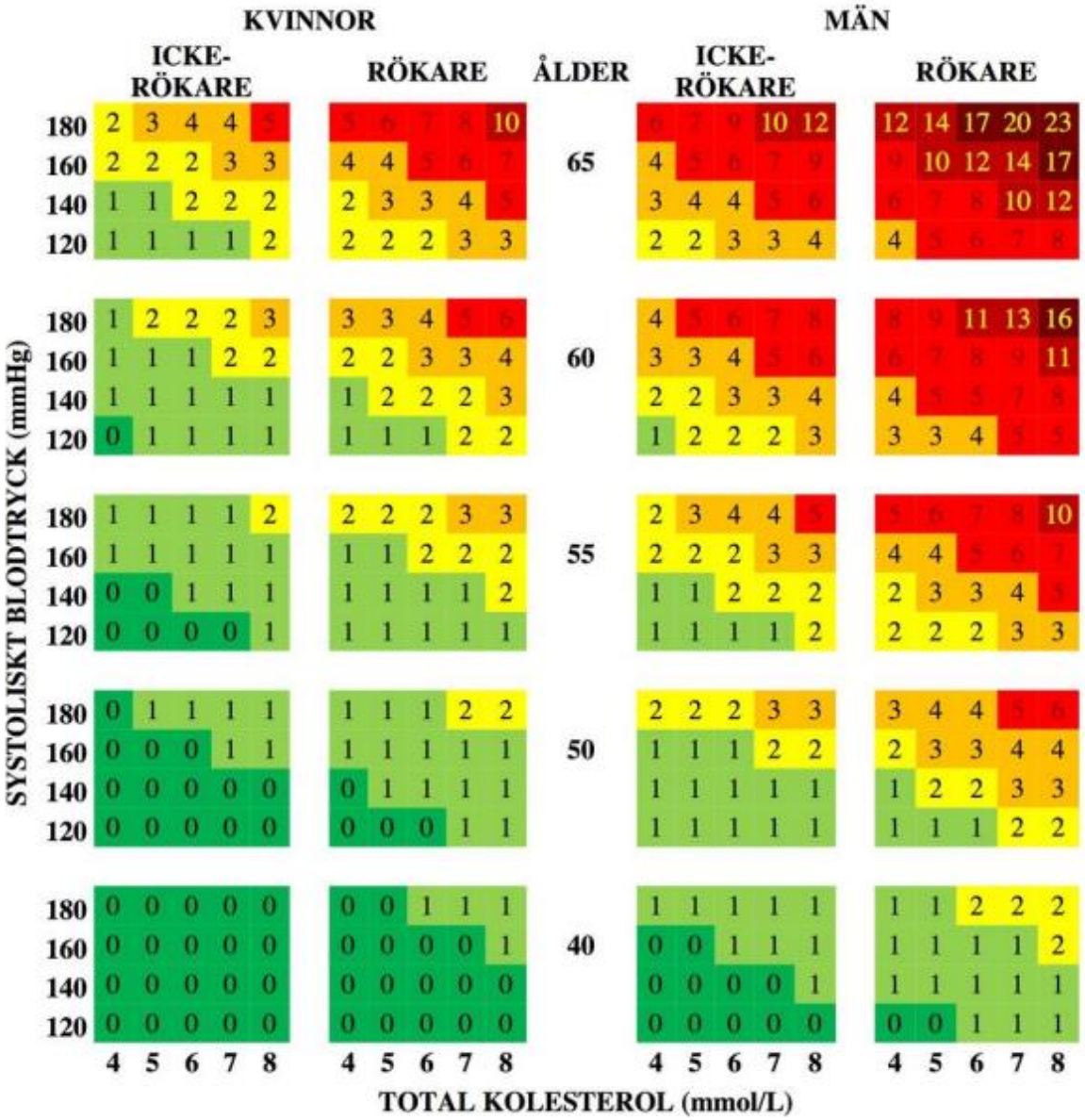
1. Om **totalkolesterol ≥ 7,5mmol/L och/eller LDL ≥ 4,9 mmol/L** - rådgör med läkare på vårdcentral angående uppföljning, speciellt viktigt att upptäcka *familjär hyperkolesterolemi* (se under ärftlighet och hyperkolesterolemi).
2. Om **totalkolesterol < 7,5mmol/L och/eller LDL < 4,9 mmol/L** - gör SCORE för att bedöma risknivå (anges i procent).
3. Kartlägg om det är låg, måttlig, hög eller mycket hög risknivå.
4. Bedöms risknivån hög eller mycket hög:
   - 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
   - erbjud återbesök om 6 månader och följ upp effekterna har livsstilsinterventioner.
   - vid utebliven effekt kan läkarbesök angående stöd av läkemedel aktualiseras.

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

- erbjud råd om levnadsvanor utifrån deltagarens hälsokurva.
- säkerställ att de har etablerad kontakt avseende grundsjukdom och planerade kontroller
- för de som redan har lipidsänkande läkemedel rekommenderas att ta upp frågan vi nästa årskontroll och fram till dess jobba med levnadsvanor
- för de som saknar lipidsänkande läkemedel - meddela patientansvarig läkare för individuell åtgärds- och behandlingsplan. Om det inte finns någon patientansvarig läkare tas kontakt med läkare på vårdcentralen.

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.



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 > 20 paketår 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

Livsstilsförändringar är det centrala och fokus bör ligga där.

Förhöjda värden kan följas upp på sköterskemottagning eller vid nästa årskontroll hos läkare.

Levnadsvanor för en bra kolesterolbalans:

- rökstopp
- kostmönster liknande medelhavskost; 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

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

Snabbguide

Åderförfettning ligger bakom majoriteten av samtliga 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 nio kalorier, vilket är mer än dubbelt så mycket som ett gram kolhydrater eller protein[3].Det finns olika typer av fett: *mättat, enkelomättat och fleromättat fett.*

Bild: Pixabay

- *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 essentiella fettsyrorna som alfa-linolensyra och linolsyra.
  Dessa fettsyror är fleromättade och kallas omega-3 och omega -6.

- *Transfetter*: transfettsyror är 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 när flytande växtoljor delvis härdas, dvs. när man gör fettet hårdare och mer hållbart. Mängden industriellt framställt transfett har sjunkit kraftigt de senaste åren och halterna i livsmedel är mycket låga.

Blodfetter

Kolesterol är ett fettämne som är nödvändigt för kroppens alla celler och är också en viktig byggsten för vissa hormoner och gallsyror. Det kolesterol vi har i kroppen kommer delvis från födan via tarmen (cirka 30 %), delvis nybildas den framför allt i levern (cirka 70 %) som fungerar som en centralstation för kolesterolet. Eftersom fett inte är vattenlösligt måste fettpartiklarna få hjälp att transporteras runt i blodet med lipoproteiner. Lipoproteiner 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 bland annat LDL-kolesterol i blodet.

- LDL (low-density lipoprotein) utgör omkring 80 procent av kolesterolet i plasma. Det kallas det onda kolesterolet och lämnar kolesterol till vävnaderna. Ökat intag av omättat

fett och lösliga fibrer i kombination med 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 det 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 man huvudsakligen får i sig 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 bland annat fettlever och ökad risk för hjärt-kärlsjukdom – speciellt tillsammans med ett högt värde på LDL-kolesterolet och ett lågt värde på HDL-kolesterolet.

Bakgrund blodfetter

Risken för hjärt-kärlsjukdom, i synnerhet vid tidigare hjärt-kärlhändelser, ökar med stigande värden av totalkolesterol och LDL-kolesterol. 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 vid en till synes nyttig kolhydratrik kost – 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 första grads släkting: 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.

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. 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 både män och kvinnor och varje barn och syskon till en drabbad individ har 50 % risk att själva ha sjukdomen. När en patient får diagnosen är det mycket viktigt att hitta andra drabbade i familjen då preventiva insatser ger störst möjlighet till lyckad behandling. Prevalensen av familjär hyperkolesterolemi (FH) har i västeuropeiska länder visats vara 0,2-0,5 procent. I Kronoberg med en befolkning på ca 190 000 innefattar det cirka 950 individer.

Verktyg och material

Till deltagare och hälsosamtalsledare

- Information på 1177 om höga blodfetter, behandling och symptom.

- Information på 1177 om läkemedel att sätta in vid höga blodfetter.

- Broschyr Hjärt-och 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 2 april 2022]. 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 9 april 2022]. Hämtad från: https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/lakemedel-for-att-forebygga-aterosklerotisk-hjart-karlsjukdom--behandlingsrekommendation.

3. Livsmedelsverket. Vad är nyttigt och onyttigt fett? [Internet] Uppsala: Livsmedelsverket; 2016. [citerad citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrer-foldrar/vad-ar-nyttigt-och-onyttigt-fett.pdf.

18. Kronisk sjukdom

Låg risk ⟷ Hög risk

1	2	3	4
Ingen kronisk sjukdom	Hypertoni Angina pectoris, claudicatio intermittens Reumatoid artrit SLE Parodontit Psoriasis, Sömnapné Diagn. leversteatos	Prediabetes Njursvikt Familjär hyperkolesterolemi	Diabetes Genomgången hjärtinfarkt eller stroke

Vissa sjukdomar innebär en klart ökad risk för hjärt-kärlsjukdom även om sjukdomarna är välkontrollerade.

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 exempelvis till metabola syndromet och kardiovaskulära kardiovaskulära sjukdomar[2].

Risken varierar med sjukdomens svårighetsgrad och duration. Ju yngre patienten är vid insjuknandet, desto större risk.

Kronisk sjukdom i hälsokurvan

Kronisk sjukdom dokumenteras manuellt på hälsokurvanav samtalsledaren enligt följande:

Vid enbart en diagnos ska krysset placeras enligt uppställningen ovan. Vid fler diagnoser bestäms kryssets placering av diagnosen med högst `score´

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 individen boka tid på sin vårdcentral.

Referenser

1. Hjärt-Lungfonden. Tandlossning farligt för hjärtat [Internet]. [citerad 9 april 2022]. 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 9 april 2022]. Hämtad från: https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2013/10/psoriasis-ar-mer-an-bara-en-hudsjukdom/.

19. Tandhälsa

I hälsoenkäten finns det tre frågor om tandhälsa. Dessa frågor genererar inte svar i hälsokurvan. Nedan följer åtgärder beroende på svar på frågan.

- **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 (vartannat 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:

- Jag 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 stor 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.

Tips till deltagare som vill minska risken för dålig munhälsa:

- 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. Använd vatten som törstsläckare.
- Vid behov, komplettera gärna med extra fluoridprodukter exempelvis fluoridsköljning med 0,2 % NaF-lösning (natriumfluoridlösning).
- 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 visat 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 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, som är den vanligaste sjukdomen i munnen och 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, och tandytan blir ojämn och porös. Syran brukar verka i ungefär en halvtimme efter en måltid. Därför är intagsfrekvensen är avgörande för om man får karies eller inte – frekventa intag ger för lite tid för salivens reparativa förmåga. Generellt behövs ett uppehåll på 3 timmar mellan intag för att minska risken för karies[4].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, vilka 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 exempelvis vid tandborstning. Det här tillståndet brukar kallas gingivit. 2) Parodontit förutsätter att gingivan är inflammerad, men biofilmen har då hunnit utvecklas och är mer dysbiotisk och 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.

Parodontit - 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[5-7]. 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)[8-9].

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.

Allmän rekommendation för god tandhälsa hos vuxna

Den allmänna rekommendationen för en god tandhälsa är att sköta sin egenvård med munhygienrutiner som innefattar fluoridtandkräm 2 gånger/dag. Dessutom är rekommendationen att besöka tandvården regelbundet baserat på individuella behov. För att minska risken är det av största vikt att försöka upprätthålla goda kostvanor och inte ha mer än fem födoämnesintag per dag då småätande ökar risken för karies. Tänk på att även dryck likt juice, kaffe med mjölk och läsk räknas som födoämnesintag. Istället rekommenderas att dricka vatten mellan måltiderna – men även kaffe och te utan socker och mjöIk går bra. 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.

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.

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):830-7.

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):489-93.

3. World Health Organization. Oral health [Internet]. [citerad 9 april 2022]. Hämtad från: https://www.who.int/health-topics/oral-health/.

4. Holm A-K. Att förebygga karies : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2002.

5. Monteiro AM, Jardini MA, Alves S, Giampaoli V, Aubin EC, Figueiredo Neto AM, et al. Cardiovascular disease parameters in periodontitis. J Periodontol. 2009;80(3):378-88.

6. Offenbacher S, Beck JD, Moss K, Mendoza L, Paquette DW, Barrow DA, 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.

7. Teeuw WJ, Slot DE, Susanto H, Gerdes VE, Abbas F, D'Aiuto F, et al. Treatment of periodontitis improves the atherosclerotic profile: a systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol. 2014;41(1):70-9.

8. Tonetti MS. Periodontitis and risk for atherosclerosis: an update on intervention trials. J Clin Periodontol. 2009;36 Suppl 10:15-9.

9. Ryden L, Buhlin K, Ekstrand E, de Faire U, Gustafsson A, Holmer J, et al. Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction: A Report From the PAROKRANK Study. Circulation. 2016;133(6):576-83.

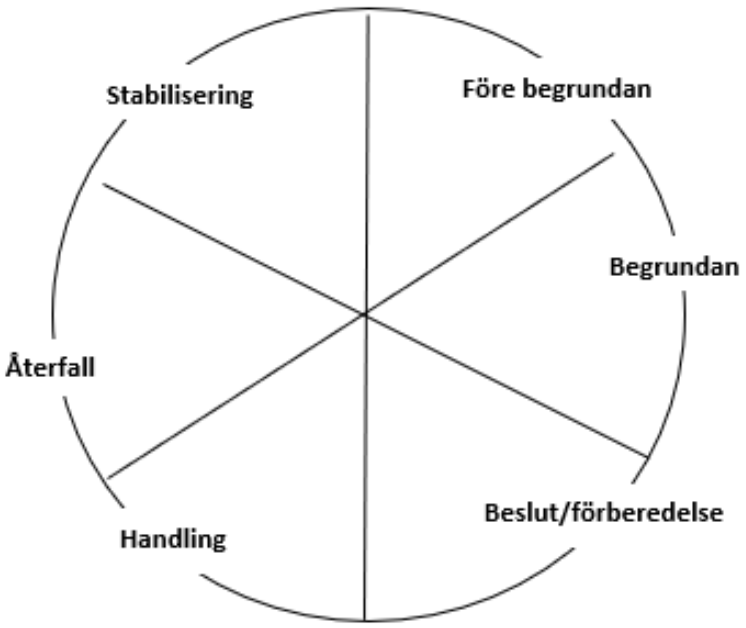
20. Motiverande samtal (MI)

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.

Det grundläggande förhållningssättet i MI beskrivs som empatiskt, lyssnande, accepterande, medkännande, värderingsfritt, öppet, respektfullt, jämlikt och neutralt. Det förmedlar ansvar, stöttar självtillit och betonar autonomi.

Förändringscirkeln

Förändringscirkeln (Prochaska och DiClementes modell) visar var i förändringsprocessen deltagaren kan befinna sig.



Före begrundan

Deltagaren upplever inte ett problem, har ingen önskan om förändring.

Samtalsfokus blir att väcka intresse, utforska vad som är viktigt för hen. Visa på diskrepans, koppla till hälsan och erbjud information.

Begrundan

Deltagaren är ambivalent och kan se både för- och nackdelar med förändring.

Samtalsfokus blir att diskutera för- och nackdelar, locka fram och utveckla förändringsprat, lösa ambivalens.

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 tydliga och konkreta mål och utveckla en plan. Behöver deltagaren stöd i förändringen är det viktigt att tydliggöra vilken typ av stöd och vem som kan stötta.

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, stärka självtillit

Stabilisering
Förändringen har blivit en vana

Stötta i hållbarhet. Påminna om fördelar med förändring

Reflektivt lyssnande - BÖRS
De grundläggande kommunikationsfärdigheter som vi använder i MI kallas reflektivt lyssnande och består av **B**ekräftelser, **Ö**ppna frågor, **R**eflektioner och **S**ammanfattningar.

Öppna frågor bjuder in och utgår ifrån deltagarens situation. Öppna frågor kan inte besvaras med endast ja eller nej, utan de börjar ofta med frågor eller formuleras som uppmaningar:

- Vad…? Hur…? På vilket sätt…? Berätta…!

Reflektioner speglar det som deltagaren säger. De är alltid formulerade som ett påstående.

Enkla reflektioner leder samtalet vidare, de visar att man lyssnar och förstår. 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.

Komplexa reflektioner leder också samtalet vidare och hjälper deltagaren att utforska sina tankar, känslor och värderingar. De speglar en underliggande outtalad mening eller känsla och utvecklar det som deltagaren uttryckt.

Sammanfattningar skapar en gemensam grund och förståelse. De har delvis samma funktion som reflektioner, kan vara enkla eller mer komplexa. Komplexa reflektioner och sammanfattningar ger deltagaren möjlighet att korrigera eventuella missförstånd.

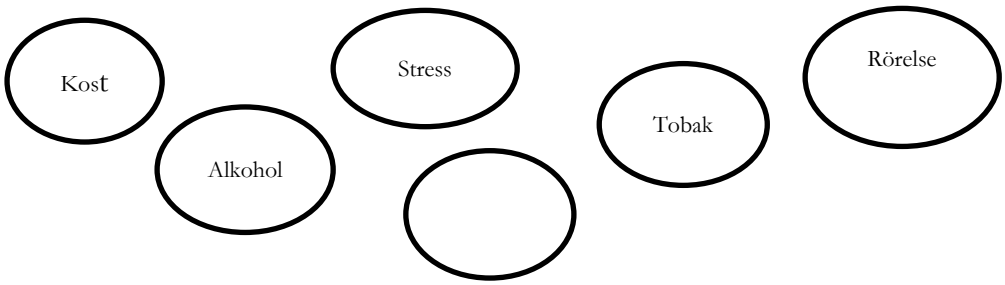
Ett reflektivt lyssnande är i sig bekräftande. Att lyfta fram positiva egenskaper på ett sant och uppriktigt sätt blir också ett sätt att stärka/bekräfta deltagaren.

Kommunikationsverktyg i MI

Meny/agenda

MI-samtalet börjar med att utforska bakgrunden till kontakt. Meny/agenda ger struktur över samtalet, bjuder in deltagaren och respekterar vad personen tycker är viktigast. Rita upp en meny som innehåller relevanta ämnen för samtalet och ge 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 skulle kunna titta på idag.*
- *Vill du ha med något mer?*
- *Vad skulle du vilja börja med?*



Förändringsprat innehåller nackdelar med nuläget, fördelar med förändring, tilltro till sin förmåga, vilja, behov eller önskan om att förändra samt avsikt eller beslut att förändra. Att locka fram ett förändringsprat är en av de viktigaste delarna i MI.

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.

På en skala mellan 0 - 10, hur viktigt är det för dig att göra den här förändringen?

0 ---------- 10

På en skala mellan 0 - 10, hur säker är du på din förmåga att klara det om du bestämmer dig?

0 ---------- 10

På en skala mellan 0 - 10, hur intresserad känner du dig av att just nu göra en förändring?

0 ---------- 10

Följdfrågor kan ställas både ”neråt” och ”uppåt” på skalorna. Att använda skalfrågor med följdfrågor lockar fram förändringsprat och ger fördelen att snabbt stimulera olika delar av motivationen hos deltagaren.

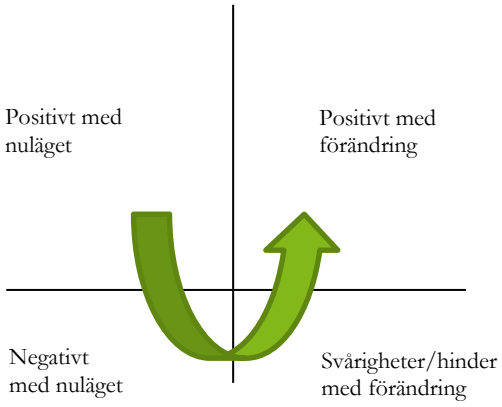
- Hur kommer det sig att du sätter en så hög siffra som 5 och inte 2?
- Vad skulle behövas för att du skulle sätta en högre siffra?
- Vad är det som gör att du inte sätter en lägre siffra som 3 eller 0?

Ambivalens

För att utforska ambivalens kan man använda ambivalenskorset. Rita på ett papper och fyll i tillsammans med deltagaren.

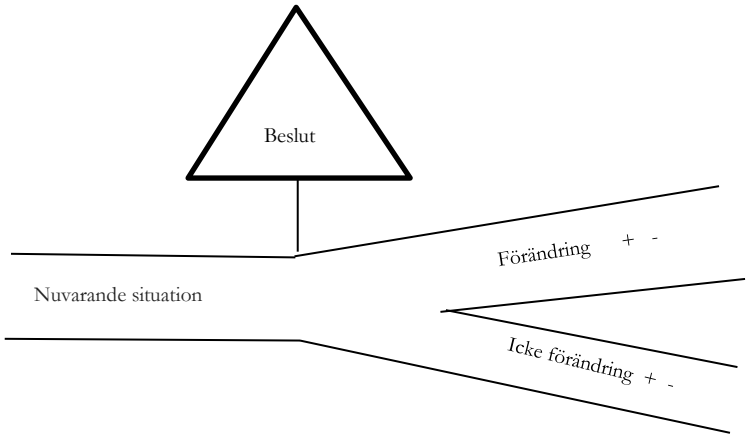
Fokusera på det som det som är viktigt för deltagaren och visa på långsiktiga konsekvenser vid förändring. Lägg mest tid på negativt med nuläget och positivt med förändring.

Hinder med förändring kan ge information om vad som krävs för att en förändring ska komma till stånd.



Vägkorsningen

Vägkorset är ytterligare ett verktyg för att utforska ambivalens. Här utforskar samtalsledaren och deltagaren hur redo deltagaren är för förändring och vilken konsekvens ett beslut kan få över tid. Vägkorsningen visar att ett beslut om att *inte* göra en förändring också är ett aktivt beslut.



Källa: T.Barth, C.Näsholm

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. 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/informerar om dem?*
- *Vill du höra om en metod som vi brukar rekommendera?*

Utforska igen

– Hur ser du på det här? Vad skulle du vilja veta mer om?

Verktyg och material

Till hälsosamtalsledaren

- MI-stickan från Folkhälsomyndigheten
  Liten guide i att leda ett motiverande samtal som beställs via Folkhälsomyndigheten.

- 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)[1].

Referenser

1. Miller WR, Rollnick S, Farbring C-Å. Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring. Stockholm: Natur & Kultur; 2013.

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 bland annat 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 i Region Skåne 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!
- Mejla 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 av 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.

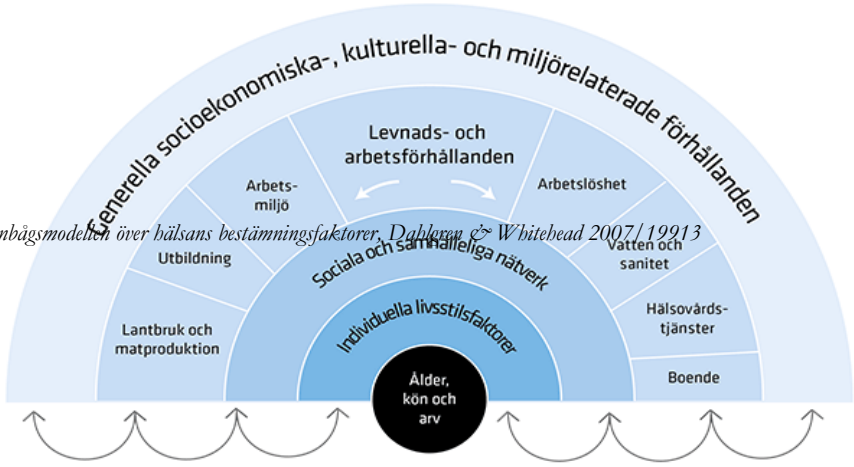


Bild: Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer, Dahlgren & Whitehead 2007/19913

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 systematisk 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]. Exempelvis 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 exempelvis dekaler eller affischer. Mycket tyder därmed på att miljön kan ha en stor påverkan på vilka beslut vi fattar. Det kan exempelvis 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 förväntas 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, exempelvis en enkel tillgång till hälsosamma livsmedel i kombination med tilltalande och tydlig näringsinformation. På det sättet kan olika kampanjer och märkning av livsmedel 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 CNH, Schuitmaker-Warnaar TJ, Mackenbach JD, Broerse JEW. Systematic review: a systems innovation perspective on barriers and facilitators for the implementation of healthy

food-store interventions. Int J Behav Nutr Phys Act. 2019;16(1):1-12. 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 när man utför hälsofrämjande insatser, det vill säga vikten av efterfrågan på produkter, att behålla kunder, samt att begränsa kostnaderna. Om insatsen uppfattas som kommersiellt skadlig utgör den resulterande konflikten ett hinder eftersom återförsäljarna sannolikt motsätter sig åtgärder som är skadliga för deras verksamhet. Exempelvis 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 baserat på epidemiologisk befolkningsdata upptäcka att förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar vara oroväckande hög i norra Sverige. Ett interventionsprogram påbörjades 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. På det sättet gick det att 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 vilket 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 av tidig död till följd av ischemisk hjärtsjukdom. Det förebyggande arbetet genomfördes tillsammans med primärvården och i samarbete med andra aktörer som skolor, föreningsliv och butiker. Insatserna bestod 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 resulterade i minskad rökning, ett hälsosammare livsmedelsutbud och fler motionsalternativ. Genom att kombinera individuella insatser som hälsosamtal med samhällsinriktade åtgärder 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
Linda Hunter jobbar som sjuksköterska på Vårdcentralen Svalöv i Skåne och har tillsammans med kollegor 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 som "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 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 – "Hur mycket rekommenderas att man rör på sig om dagen?". Varje fråga hade tre svarsalternativ, varav ett korrekt svar[13-14].

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. Linda 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 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 exempelvis handla om 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 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 9 april 2022]. 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 9 april 2022]. Hämtad från: https://skr.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html.

3. Folkhälsomyndigheten. Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop? [Internet]. Stockholm. Folkhälsomyndigheten. 2020. [citerad 9 april 2022]. 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, Bambra C. The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: an umbrella review. BMC Public Health. 2018;18(1):869.

5. Jarlbro G. Hälsokommunikation : en introduktion. Lund: Studentlitteratur AB; 2010.

6. Rogers EM. Diffusion of preventive innovations. Addict Behav. 2002;27(6):989-93.

7. Adam A, Jensen JD. What is the effectiveness of obesity related interventions at retail grocery stores and supermarkets? - a systematic review. Bmc Public Health. 2016;16:1-16.

8. Middel CNH, Schuitmaker-Warnaar TJ, Mackenbach JD, Broerse JEW. Systematic review: a systems innovation perspective on barriers and facilitators for the implementation of healthy food-store interventions. Int J Behav Nutr Phys Act. 2019;16(1):1-12.

9. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjo community intervention programme--motives, methods and intervention components. Scand J Public Health Suppl. 2001;56:13-20.

10. 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.

11. Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention-Region Skåne. Nyhetsbrev nr 17 - Natur och hälsa. [Internet]. Malmö: Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention; 2020. [citerad 9 april 2022]. 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 9 april 2022]. Hämtad från: https://skaneleden.se/item/guidade-vandringar-for-nyborjare/0siu0zlfpyr1v5dsghtnf71oopsuggce.

13. ICA gruppen. ICA:s samhällsengagemang. [Internet]: ICA gruppen. [citerad 9 april 2022]. 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 9 april 2022]. 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 9 april 2022]. Hämtad från: https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/nyhetsbrev/nyhetsbrev-nr-18-levnadsvanor-i-siffror.pdf.

16. Svalövs kommun. Tipsrunda i Svalöv. [Internet]. Svalöv: Svalöv kommun; 2020. [citerad 9 maj 2022]. Hämtad från: https://www.svalov.se/download/18.7854edc917c117093562547b/1634543199279/2020%20vecka%2052.pdf.

22. Allmänna verktyg och material

Medicinska riktlinjer för de olika levnadsvanorna.
Medicinska riktlinjer för de olika levnadsvanorna.

Primärvårdens hälsoenhet Växjö
Här hittar du kontaktinformation och kan läsa mer om enhetens utbud.

Primärvårdens hälsoenhet Ljungby
Här hittar du kontaktinformation och kan läsa mer om enhetens utbud.

https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/folkhalsa/levnadsvanor/
På hemsidan finns vårdprogram, patientinformation och lathundar på levnadsvaneområdet.

Basutbildning levnadsvanor
En utbildning i att arbeta med hälsosamma levnadsvanor för att förebygga och behandla sjukdom.

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
Samlad information om livsvillkor och levnadvanor från Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsoenkäter Region Kronoberg
På den här sidan kan du ta del av resultat från våra enkätundersökningar. Här hittar du också våra fördjupningsrapporter och pedagogiskt material riktat till skolan.

1177 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
  - Hjärtsvikt
  - Förmaksflimmer
  - Svårbehandlat blodtryck
  - Övervikt (bukfetma)
- 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, lång-verkande 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