

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för seniorer – struktur, motivation och anpassning till lokala förutsättningar

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-10-10461

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, oktober 2026

Förord

Denna rapport vänder sig till politiker, chefer, strateger och alla professioner inom kommuner, regioner samt offentliga och privata verksamheter som arbetar för seniorers hälsa. Den är särskilt relevant för äldreomsorg, inklusive kommunal hälso- och sjukvård, kultur och fritid, samhällsplanering, regional hälso- och sjukvård och tandvård. Rapporten kan även vara ett stöd för civilsamhällets organisationer.

En åldrande befolkning innebär ökade behov av vård och omsorg. Samtidigt finns möjligheter att genom hälsofrämjande och förebyggande insatser stärka seniorers hälsa, livskvalitet självständighet och på sikt minska behov av omsorg.

Rapporten är en del av Socialstyrelsens arbete med den nationella demensstrategin. Den ingår i ett stödpaket för att utveckla det hälsofrämjande arbetet för seniorer. Stödpaketet består av denna rapport, som ger en överblick och struktur för arbete med seniorers hälsofrämjande livsstilsförändringar, ett dialogmaterial för att kartlägga, reflektera över och utveckla det lokala arbetet tillsammans med lokala aktörer samt ett utvärderingsstöd.

Rapporten har tagits fram av utredaren Stefan Brené. Ansvarig enhetschef har varit Christine Tell. Utredaren Anders Bergh har deltagit i arbetet. Representanter från kommuner och regioner har bidragit med synpunkter.

Johanna Kumlin
Avdelningschef
Avdelningen för kunskapsstyrning socialtjänst

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning	6
Varför jobba hälsofrämjande?	7
Påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar och andra sjukdomar	9
Seniorers motivation till beteendeförändringar	10
Fall och dålig munhälsa kan påverka seniorers motivation och delaktighet i aktiviteter	11
En modell för arbete med påverkbara riskfaktorer	13
Sammanhållen struktur för hälsofrämjande arbete	15
1. Involvering av seniorer	15
2. Struktur och organisation	20
3. Aktiviteter	25
4. Uppföljning och utvärdering	26
Referenser	27
Bilaga 1	29
Hälsofrämjande insats/åtgärd	29
Hälsosamtal i region och i kommun	29

Sammanfattning

Det finns idag cirka 2,3 miljoner personer i Sverige som är 65 år eller äldre och cirka 690 000 som är 80 eller äldre. Andelen personer över 80 år kommer att öka. Sannolikheten att drabbas av olika hälsoproblem inklusive demenssjukdomar ökar med stigande ålder. Detta medför ökade krav på vård och omsorg samtidigt som resurserna är begränsade. Över tid noteras dock en positiv utveckling och risken att drabbas av en demenssjukdom vid 85-års ålder är i dagsläget lägre än den har varit tidigare. Den positiva trenden har flera orsaker men avgörande är sannolikt behandling av högt blodtryck, förhöjda blodfetter, samt arbete med påverkbara livsstilsfaktorer.

En sammanställning av vetenskapliga studier visar att 45 procent av risken att utveckla en demenssjukdom utgörs av 14 påverkbara riskfaktorer. Flera av dessa riskfaktorer är gemensamma med andra sjukdomar såsom stroke och diabetes typ 2 hos äldre. Detta innebär att arbete med påverkbara riskfaktorer som syftar till att minska risk för demenssjukdomar även kan minska risk för andra sjukdomstillstånd såsom stroke och diabetes typ 2 bland seniorer.

Denna rapport syftar till att ge vägledning för hur kommunens olika verksamheter kan samverka med den kommunala och regionala hälso- och sjukvården, tandvården och civilsamhället. Detta för ett gemensamt stöttande av seniorer till en hälsofrämjande livsstil.

Seniorers egen motivation är viktig för att få till bestående livsstilsförändringar på kort och lång sikt som minskar risken för demenssjukdomar och andra sjukdomar. Hälsofrämjande aktiviteter kan antingen genomföras med stöd av hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, civilsamhället eller av den äldre på egen hand.

Verksamheters förutsättningar att jobba strukturerat för seniorers hälsofrämjande livsstil skiljer sig dock åt utifrån geografi, ekonomi, tradition, kultur och samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och civilsamhället. Därför behöver det individanpassade hälsofrämjande arbetet utgå från lokala förutsättningar.

Fokus för denna vägledning är på:

- hur verksamheter informerar och får kontakt med seniorer som har behov av hälsofrämjande aktiviteter
- hur det hälsofrämjande arbetet kan organiseras och struktureras i samverkan mellan verksamheter
- hur hälsofrämjande aktiviteter anpassas till lokala förutsättningar och till seniorers önskemål och behov.

Hur det lokala hälsofrämjande arbetet kan följas upp beskrivs i en separat vägledning.

Inledning

Det är möjligt att påverka risken för demenssjukdomar och andra sjukdomar, såsom stroke och typ 2-diabetes. Denna vägledning vänder sig bland annat till verksamheter som arbetar hälsofrämjande för seniorer. Utgångspunkten är att en stor del av risken att utveckla ohälsa är kopplad till påverkbara faktorer, såsom medicinskt behandlingsbara tillstånd, levnadsvanor, fallrisk och dålig munhälsa. Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan därför göra stor skillnad för både hälsa och livskvalitet och även framtida behov av omsorg.

En övergripande målsättning med vägledningen är att svara på frågan om varför vi behöver arbeta för hälsofrämjande beteendeförändringar hos seniorer? Vägledningen syftar till att ge kunskapsbaserat stöd för hur olika aktörer kan organisera, samordna och utveckla hälsofrämjande arbete för seniorer i riskzon. Den beskriver hur man kan identifiera och nå seniorer med behov, stödja livsstilsförändringar samt anpassa arbetet till lokala förutsättningar.

Målgrupperna är politiker, chefer, strateger och medarbetare inom privata och offentliga aktörer inom äldreomsorg, kommunal och regional hälso- och sjukvård, rehabilitering och tandvård, liksom andra kommunala förvaltningar såsom kultur och fritid, folkhälsa och samhällsplanering. Vägledningen vänder sig också till civilsamhällets organisationer som på något sätt är involverade i arbete med seniorers hälsa och livsstil.

Varför jobba hälsofrämjande?

Det finns idag cirka 2,3 miljoner personer i Sverige som är 65 år eller äldre och cirka 690 000 som är 80 år och äldre.¹ Andelen personer över 80 år kommer att öka. Sannolikheten att drabbas av olika hälsoproblem ökar med stigande ålder och detta medför ökade krav på vården och omsorgen samtidigt som det finns begränsade resurser. Det finns ingen enskild lösning för hur vården och omsorgen ska hantera utmaningarna med en större andel äldre personer men ett strategiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete kan vara ett sätt att möta denna utmaning.

Nedan listas viss lagstiftning, nationella initiativ och andra omvärldsfaktorer som tillsammans pekar på gemensamma uppdrag och gemensam inriktning för socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård och övriga samhället när det gäller att förebygga ohälsa hos senior.

- **Demografiska utvecklingen**

Den stora förväntade ökningen av antalet personer med demenssjukdomar beror på att antalet personer i hög ålder ökar [1]. Det noteras dock att en 85-åring i dag har något mindre risk att drabbas jämfört med tidigare generationer av 85-åringar [2]. Den positiva utvecklingen har flera orsaker och avgörande är sannolikt behandling av högt blodtryck och höga nivåer av blodfetter samt arbete med påverkbara livsstilsfaktorer [2].

- **Kunskap om påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar**

En sammanställning av vetenskapliga studier visar att 45 procent av risken att utveckla en demenssjukdom utgörs av 14 påverkbara riskfaktorer [3]. Världshälsoorganisationen, WHO publicerade 2019 och 2026 kunskapsbaserade rekommendationer [4, 5] för implementering av arbete med påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar. WHO:s rekommendationer innebär bland annat arbete med flera livsstilsområden för att motverka kognitiva försämringar i den äldre befolkningen.

- **Socialtjänstlagen**

Den socialtjänstlag som trädde i kraft 2025 innebär en omställning för socialtjänsten inklusive äldreomsorgen med ett starkare fokus på förebyggande arbete och lättillgängliga insatser.²

- **Omställningen till god och nära vård**

Omställningen till god och nära vård innebär bl.a. att hälso- och sjukvården organiseras utifrån patientens behov med bl.a. fokus på hälsofrämjande, förebyggande och samordnade insatser [6]. Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt tillhandahålla

¹ Data från SCB. Folkmängden den 1 november 2025.

² Se 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2025:400), SoL

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för seniorer – struktur, motivation och anpassning till lokala förutsättningar

förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.

- **Nationella demensstrategin**

I regeringens nationella demensstrategi 2025-2028 ”Varje dag räknas” är förebyggande insatser mot demenssjukdomar ett av fem utvecklingsområden inom strategin [7]. I strategin lyfts möjligheten att minska risk för demenssjukdomar och rollerna hälso- och sjukvården och socialtjänsten har i det hälsofrämjande arbetet.

- **Kommuners arbete med åldersvänliga städer (WHO)**

Det finns en medvetenhet inom regioner och kommuner om de aktuella och framtida utmaningar som en åldrande befolkning med behov av vård och omsorg medför. Den åldrande befolkningen är dock inte en utmaning som bara berör vård och omsorg utan hela samhället berörs på olika sätt.

WHO:s, initiativ för åldersvänliga städer är ett exempel på hur kommuner kan jobba med en bred gemensam målbild för att skapa åldersvänliga städer/kommuner. I dagsläget är 12 svenska kommuner anslutna till WHO:s nätverk [8].

Mot denna bakgrund beskriver vi i följande kapitel en struktur för hur kommuner, regioner och civilsamhälle kan organisera, genomföra och utvärdera det hälsofrämjande arbetet för seniorer.

Påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar och andra sjukdomar

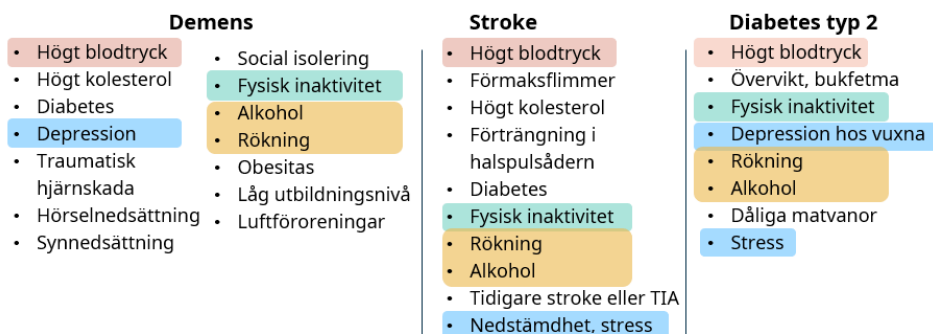
Det finns cirka 150 000 personer i Sverige som lever med en demenssjukdom [1], och antalet ökar i takt med att vi lever allt längre. Risken att utveckla demenssjukdomar beror på ålder, genetiska riskfaktorer, kön, och påverkbara riskfaktorer [3-5]

Vetenskapliga studier visar att det går att påverka risk för kognitiv svikt och att stärka sin hjärnhälsa med hälsosamma levnadsvanor [3]. Den senaste sammanställningen från Lancet Commission 2024 konstaterar att 45 procent av risken för att utveckla demenssjukdomar utgörs av 14 påverkbara riskfaktorer [3].

Med kunskap om dessa möjligheter kan kommuner och regioner, utifrån sina respektive uppdrag tillsammans med civilsamhället, bedriva ett hälsofrämjande arbete med påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar.

Många riskfaktorer för demenssjukdomar påverkar dessutom risk för stroke och diabetes typ 2 (Figur 1). Detta innebär att hälsofrämjande arbete som syftar till att minska risk för demenssjukdomar även kan minska risk för andra sjukdomstillstånd såsom stroke och diabetes typ 2.

Figur 1. Gemensamma påverkbara riskfaktorer för tre vanliga kroniska sjukdomar seniorer riskerar att drabbas av



Hälso- och sjukvården ansvarar för att erbjuda behandling av vissa av de påverkbara riskfaktorerna såsom högt blodtryck, och höga blodfetter samt depression, diabetes, hörselnedsättning och nedsatt syn. Andra påverkbara riskfaktorer som till exempel fysisk inaktivitet, social isolering, dåliga matvanor, hög alkoholkonsumtion, kronisk stress och risk för traumatisk hjärnskada kan kopplas till livsstil och där kan hälso- och sjukvården [9], tandvården [10] och socialtjänsten utifrån sina uppdrag och övriga samhället samverka för att stötta seniorer till hälsofrämjande livsstilsförändringar.

Seniorers motivation till beteendeförändringar

En utmaning i arbetet med livsstilsförändringar är att stödja seniorer att genomföra och upprätthålla förändringar över tid. Därför är det viktigt att reflektera över vad som kan motivera seniorer till långsiktiga förändringar.

Kunskap är en viktig utgångspunkt för motivation. Om en senior inte förstår nyttan av en förändring kan det vara svårt att hitta motivation att genomföra den. I dag finns god kunskap om påverkbara riskfaktorer för flera sjukdomar, däribland demenssjukdomar.

För förändringsarbetet är det också viktigt att senioren själv får möjlighet att reflektera över och formulera vilka livsstilsförändringar som är meningsfulla och genomförbara. Detta kan gärna ske tillsammans med andra. Se även Socialstyrelsens metodstöd *Guida och stödja målsättning vid rehabilitering i hemmet* [11]. Förändringar som någon annan har beslutat om eller presenterar som färdiga lösningar riskerar att inte fungera i praktiken.

Arbetet med hälsofrämjande insatser för seniorer kan ge stöd i deltagarens möjlighet att:

- förstå sitt eget ansvar för hälsan på kort och lång sikt och att de egna livsstilsvalen gör skillnad
- få insikt om nuvarande livsstil och möjliga förbättringsområden
- själv komma på aktiviteter som är meningsfulla och lustfyllda inom områden där det finns god evidens för positiva hälsoeffekter
- sätta upp mål som handlar om vad deltagaren kan göra i vardagen, snarare än vad hen vill uppnå på lång sikt
- sätta upp mål som är realistiska utifrån de egna resurserna och förutsättningarna
- skapa energi och motivation utifrån lyckade erfarenheter
- utveckla sin inre motivation

En viktig förstärkning för deltagarnas motivation är den inre tillfredsställelsen av att lyckas med det man föresatt sig att genomföra. Utifrån ovan beskrivna faktorer följer här ett exempel med fyra komponenter att utgå från för att stötta och motivera seniorer till hälsofrämjande beteendeförändringar [12-15].

1. Sätt rätt sorts mål

- Beteendemål i stället för resultatmål
- Realistiska, men utmanande mål [15]

2. Att sätta målen för att bygga på framgång i stället för misslyckande

- För att lyckas med minst 80 procent
- Framgång ger energi, misslyckande får oss att ge upp

3. Att motivationen kommer inifrån, inte från påtryckningar eller att vara andra till lags

- Frihet i stället för tvång
- Egna val, inte andras

4. Att det är lustfyllt och meningsfullt

- För den enskilde håller inte aktiviteter i längden som upplevs vara tråkiga och jobbiga.

Fall och dålig munhälsa kan påverka seniorers motivation och delaktighet i aktiviteter

Utöver de påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar [3] som beskrivits i tidigare avsnitt, finns även andra faktorer som kan påverka äldres förutsättningar och motivation att delta i hälsofrämjande aktiviteter.

I detta avsnitt ges exempel på faktorer som kan påverka äldres möjligheter och motivation att delta i hälsofrämjande aktiviteter: att förebygga fall och att främja en god munhälsa.

Förebygg fall

Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen i form av framförallt lidande och försämrad livskvalitet till exempel svårigheter att röra sig, isolering och ökat beroende av andra. Vid fall kan exempelvis en traumatisk hjärnskada uppstå som i sig är en av de 14 påverkbara riskfaktorerna för demenssjukdom [3]. Orsakerna till fall kan vara många och risken att falla ökar med stigande ålder.

Det är viktigt att uppmärksamma risk för fall hos seniorer exempelvis genom en bedömning av fallrisk och att sätta in individanpassade fallförebyggande åtgärder. Det är även viktigt att identifiera vad som kan öka risken för fall, exempelvis undernäring, nedsatt gång- och förflyttningsförmåga, nedsatt kognition, vissa läkemedel och nedsatt syn och hörsel.

Med regelbunden fysisk träning där man kombinerar balans-, styrke- och funktionell träning, kan personer minska risken att falla och att skada sig om

de faller [16]. En kombination av flera olika former av träning, balans- styrke- och funktionell träning, rekommenderas för att minska fallrisken. Bäst effekt har träningen om den upplevs utmanande och om svårighetsgraden och intensiteten successivt ökar [16].

Förebygg dålig munhälsa

Personer med behov av stöd till livsstilsförändringar har ofta en ökad risk för dålig munhälsa. Att aktualisera behov av insatser för en god munhälsa är därför viktigt vid kontakter med både hälso- och sjukvården och socialtjänsten [17].

Dålig munhälsa kan leda till en ond cirkel av skam och ofrivillig social isolering. Munhälsa och allmän hälsa har många gemensamma bakomliggande riskfaktorer. Det handlar bland annat om kostvanor, tobaksbruk, hög alkoholkonsumtion, och sociala villkor som stress, ekonomi, utbildning och tillgång till vård.

Vår munhälsa påverkar basala behov som att äta, dricka, tugga, svälja, tala och slippa smärta i munnen. En god munhälsa bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Äldre kan ha svårt att behålla en god munhälsa. Svårigheter att borsta tänderna ökar vid sjukdom och funktionsnedsättning. Symtom på bristande munhälsa kan vara smärta, svårigheter att äta och tala, dålig andedräkt och blödande tandkött.

En modell för arbete med påverkbara riskfaktorer

WHO:s riktlinjer 2026 ” Risk reduction of cognitive decline and dementia“ [5] betonar värdet av att arbeta med flera påverkbara riskfaktorer. Riktlinjerna lyfter insatser för att främja hälsosamma beteenden och levnadsvanor. Det innebär att behandla hälsotillstånd som är kopplade till ökad demensrisk, minska exponering för miljörelaterade riskfaktorer samt att genomföra individanpassade, interventioner som omfattar flera riskfaktorer.

WHO:s riktlinjer syftar till att främja hjärnhälsa och minska risken för kognitiv svikt och demens på gruppnivå. De kan däremot inte garantera förebyggande effekt på individnivå.

Det finns flera exempel på modeller med fokus på påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar [18-21] och FINGER-modellen [22] (Figur 2) är ett exempel. Sammanställd kunskap visar att 45 procent av risken för demenssjukdomar utgörs av påverkbara riskfaktorer [3] och FINGER-modellen bygger på WHO:s riktlinjer [5] samt kunskapsläget om påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar [3].

Det är dock svårt att med säkerhet fastställa en förebyggande effekt av insatserna [23]. En eventuell nytta kan visa sig först 10–15 år efter att en insats har startat. Studier som pågår så länge är kostsamma, svåra att genomföra och tolka, och kan också väcka etiska frågor. Detta kan vara en orsak till att det inte dagsläget inte finns studier som med säkerhet visar att modeller som bygger på påverkbara riskfaktorer, som FINGER-modellen och liknande modeller [18-22] faktiskt förebygger demenssjukdomar.

Figur 2. FINGER-modellen omfattar fem områden: hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet, sociala aktiviteter, kognitiv träning och

uppföljning av medicinska värden, såsom blodtryck, kolesterol, vikt och blodsocker.

FINGER-modellen

Fem livsstilsgärder som kan förebygga risk för demens

1. Hälsosam kost
2. Fysisk aktivitet
3. Kognitiv träning
4. Sociala aktiviteter
5. Kontroll av hjärt- och kärlrelaterade värden



Många kommuner i Sverige bedriver eller utvecklar hälsofrämjande aktiviteter med inspiration från FINGER-modellen. FINGERS Brain Health Institute (FBHI) samordnar ett nationellt nätverk för information, kunskapsspridning och införande av FINGER-inspirerade arbetssätt i kommuner och regioner. Kommuner har dock olika förutsättningar i landet när det gäller geografi, resurser och tillgång till olika kompetenser och därför behöver arbetssätt med Finger-modellen anpassas utifrån lokala förutsättningar. En samverkan mellan kommun och regionens hälso- och sjukvård är viktigt för att kunna involvera seniorer från hälso- och sjukvården och för att deltagare i aktiviteter ska kunna ha koll på medicinska värden såsom blodtryck, kolesterol, vikt och blodsocker. Samverkan med civilsamhället kan möjliggöra tillgång till lokaler och stöd från volontärer i verksamheter

Svenskt Demenscentrum lanserade 2024 en avgiftsfri webbutbildning (Finger ABC) [24] som ger konkreta råd utifrån FINGER-modellen om hur hjärnhälsan kan förbättras. Utbildningen vänder sig till allmänheten.

Sammanhållen struktur för hälsofrämjande arbete

För att stödja implementering av verksamheters hälsofrämjande arbete för seniorer är det bra att olika delar i arbetet hålls ihop i en sammanhållen struktur. Det finns dock ingen generisk modell för hur det hälsofrämjande arbetet ska bedrivas lokalt i olika verksamheter.

Syftet med detta kapitel är beskriva en möjlig sammanhållen struktur som täcker in centrala delar att utgå från i planering, genomförande och utvärdering av hälsofrämjande arbete lokalt i olika verksamheter. Strukturen inkluderar fyra delar som beskrivs i detta kapitel.

Figur 3. Det hälsofrämjande arbetet beskrivs som en sammanhållen struktur med fyra komponenter

Involvering av seniorer. Ett första steg i det hälsofrämjande arbetet är att få kontakt med seniorer som har behov. Seniorer som har behov av livsstilsförändringar kan informeras och involveras i hälsofrämjande aktiviteter via flera olika kanaler.

Struktur och organisation. Det hälsofrämjande arbetet behöver en struktur och organisation som anpassas till lokala förutsättningar.

Aktiviteter. Det är bra om aktiviteter som erbjuds är efterfrågade av seniorer och att de utformas för att stärka sociala kontakter, uppmuntra till fysisk aktivitet och andra hälsofrämjande aktiviteter som bygger på kunskap om påverkbara riskfaktorer för demens och andra tillstånd.

Uppföljning och utvärdering. För att utveckla det hälsofrämjande arbetet behöver det följas upp och utvärderas.



1. Involvering av seniorer

En viktig del i den sammanhållna strukturen är information och kommunikation. Seniorer med behov kan informeras, motiveras och involveras i hälsofrämjande aktiviteter på olika sätt. Avsnittet delas upp i fyra delar eftersom olika huvudmän och verksamheter har skilda förutsättningar att involvera och motivera seniorer med behov till hälsofrämjande mötesplatser/träffpunkter eller andra arenor.

Figur 4. Seniorer involveras av (1) hälso- och sjukvården, (2) kommunen via socialtjänst, hälsosamtal enligt statsbidraget med syfte att motverka ensamhet bland äldre genom hälsosamtal³ eller annat, (3) CIVILSAMHÄLLET, (4) anhöriga, vänner och övriga kontakter



Regionens hälso- och sjukvård kan involvera seniorer

Patienter på vårdcentralen som behöver stöd för en hälsofrämjande livsstil kan erbjudas rådgivande samtal. Samtalen kan till exempel handla om matvanor, fysisk aktivitet eller alkohol- och tobaksvanor [9]. Den som har haft stroke kan också få rehabilitering med stöd för att förändra sina levnadsvanor [25]. Patienter kan även få fysisk aktivitet på recept, FaR [26] eller andra hälsofrämjande vårdåtgärder inom regionens hälso- och sjukvård.

En patient kan få stöd från flera håll samtidigt. Det finns inte något som hindrar att en patient erbjuds hälsofrämjande åtgärder från både regionens och kommunens hälso- och sjukvård. Patienten kan också få information och hänvisas till hälsofrämjande aktiviteter som äldreomsorgen eller andra kommunala förvaltningar eller civilsamhället erbjuder.

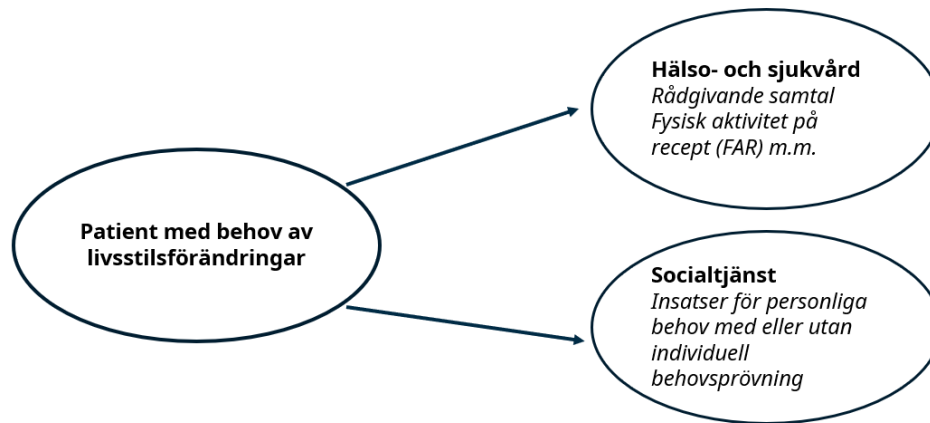
Patienter som behöver stöd att förändra sina levnadsvanor kan till exempel få kontakt med en kurator, seniorcoach, välfärdsrådgivare eller äldrelots på vårdcentralen. Personen på vårdcentralen kan ge motivation, stöd och vägledning. Hen kan också berätta om aktiviteter som passar patienten. Aktiviteterna kan till exempel erbjudas av regionens hälso- och sjukvård, tandvården, kommunen eller civilsamhället [27].

På vårdcentralen kan patienten också informeras om träffpunkter i närområdet. Patienten kan då få veta öppettider, kontaktuppgifter och vilka aktiviteter som finns. Fysiskt inaktiva personer kan få information om

³ Kan till exempel vara enligt Socialstyrelsens uppdrag att betala ut statsbidrag till kommunerna för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer genom hälsosamtal. Regeringskansliet
Diarienummer: S2023/00676

aktiviteter som gör det lättare att röra sig mer. Sådana aktiviteter kan ordnas av kommunen eller civilsamhället

Figur 5. Patienter med behov av livsstilsförändringar kan hänvisas till hälsofrämjande åtgärder och insatser inom både hälso- och sjukvården och till kommunens socialtjänst.



En förutsättning för att regionens hälso- och sjukvård ska kunna vidareförmå patienter med behov till den kommunala hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen tandvården eller andra kommunala förvaltningar eller civilsamhället är att det finns en etablerad dialog eller samverkan mellan dessa aktörer. Dessutom krävs att kommunen eller civilsamhället erbjuder lämpliga hälsofrämjande aktiviteter, till exempel på träffpunkter eller andra arenor.

Riktade hälsosamtal inom hälso- och sjukvården

Det svenska konceptet för riktade hälsosamtal är ett systematiskt och strukturerat sätt att främst uppmärksamma frisk- och riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom (och diabetes) inom regionens primärvård, för att kunna erbjuda kunskap, stöd till förändring och uppföljning om behov och önskemål finns [28].

Riktade hälsosamtal är också ett sätt att organisera det förebyggande och hälsofrämjande levnadsvanearbetet inom primärvården. Samarbetet med civilsamhället och samordning med andra samhällsinterventioner är viktigt.

I de riktade hälsosamtalen bjuds utvalda grupper i befolkningen in till ett personcentrerat motiverande samtal baserat på levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, alkoholvanor, tobaksvanor), biologiska riskfaktorer (blodtryck, blodfetter, blodsocker, vikt, bukfetma), livssituation, psykisk hälsa och ärftlighet. Riktade hälsosamtal är en komplex uppgift, som kräver bred medicinsk kompetens och förmåga att se deltagarens resurser och behov samt att genom ett personcentrerat och motiverande samtal kunna stödja deltagaren att genomföra förändringar mot ett hälsosammare liv [28].

Kommunen involverar seniorer

Seniorer som redan har kontakt med socialtjänsten kan få information om hälsofrämjande aktiviteter som erbjuds av kommunen, regionen eller civilsamhället. Många kommuner använder sig också av uppsökande verksamhet med till exempel erbjudande av samtal i samband med att seniorer fyller 80 eller liknande [27].

Statsbidrag till kommuner för att motverka ensamhet via hälsosamtal

Ett annat sätt att nå seniorer är genom hälsosamtal. Där kan de få information om aktiviteter som främjar hälsa och välbefinnande.

Statsbidraget för hälsosamtal, som har betalats ut sedan 2023, ska stödja kommunernas arbete för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre. Ett strukturerat hälsosamtal som utgår från personens egna förutsättningar kan hjälpa personer som är, eller riskerar att bli, socialt isolerade. Samtalet kan ge möjlighet att berätta om aktiviteter som upplevs som meningsfulla och som kan stärka gemenskap och delaktighet [29].

Hälsosamtalet kan också användas för att uppmärksamma ensamhet och vid behov informera om sociala, kulturella och fysiska aktiviteter som kommunen och civilsamhället erbjuder [29]. Samtalet kan även identifiera andra hälsorelaterade behov som behöver följas upp av socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Det kan till exempel handla om behov av hjälpmedel. Med rätt stöd kan fler seniorer få möjlighet att delta i aktiviteter.

Anhörigvårdare kan behöva stöd för egna hälsan

För anhörigvårdare är den egna hälsan central då den är en förutsättning för deras engagemang och bidrag. Här har kommunens anhörigkonsulenter och anhörigstöd en viktig funktion.

Anhörigvårdare är en viktig grupp som ofta hamnar i en situation utan möjlighet att ta del av hälsofrämjande aktiviteter. Anhöriga och vänner är i stor utsträckning också seniorer och även de kan behöva ta del av hälsofrämjande aktiviteter som erbjuds.

Information om hälsofrämjande aktiviteter

Information om hälsofrämjande aktiviteter på träffpunkter, mötesplatser eller andra arenor finns ofta på kommuners hemsidor. Alla seniorer är dock inte bekväma med digitala hemsidor som ibland upplevs röriga och ologiska. För att nå fler seniorer är det bra att använda flera informationskanaler. Information kan spridas på vårdcentraler, bibliotek, tandvården och andra

strategiska platser via broschyrer och annat tryckt material med uppgifter om det som erbjuds. Det är också viktigt att vid behov informera på flera språk.

Seniorer som är svåra att nå

De som dyker upp på hälsosamtal eller hälsoträffar är ofta de seniorer som är relativt aktiva medan andra mindre aktiva seniorer med behov av hälsofrämjande insatser kan vara svårare att nå av olika anledningar. Många seniorer har inte några insatser från hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen och har heller inte varit på något hälsosamtal som erbjuds av kommunen. De känner inte till vad kommunen eller civilsamhället kan erbjuda för att stödja dem till ett hälsosamt åldrande.

Kommunen behöver därför finna vägar att nå ut till dem med information. Grupper som är svåra att nå är främst personer med en annan kulturell bakgrund och ensamstående äldre män [27]. Lokal närvaro och uppsökande verksamhet prövas av kommuner för att nå dessa grupper. Kommuner jobbar även med språkkunnig personal med mångkulturell förståelse för att få kontakt med de som är svåra att nå [27].

Seniorer kan ha svårt att ta sig till aktiviteter

Ibland har seniorer svårt att besöka mötesplatser, träffpunkter eller andra arenor. Svårigheten kan ha flera orsaker, exempelvis dåliga kommunikationer eller svårigheter att lämna hemmet på grund av vård av anhörig i den gemensamma bostaden och avsaknad av avlösning. Därför behöver kommuner se över möjliga lösningar som till exempel ledsagning eller stöd av volontärer som kan stötta seniorer att ta sig till olika aktiviteter.

Civilsamhället involverar seniorer

Civilsamhället kan spela en viktig roll för att nå seniorer som annars kan vara svåra att nå. I socioekonomiskt utsatta områden kan det behövas nya arbetssätt för att informera, motivera och involvera seniorer till aktiviteter.

Volontärer kan ge praktiskt stöd som gör det lättare att delta. Det kan till exempel handla om att följa med vid de första träffarna, hjälpa till med transporter eller ge stöd på annat sätt.

Även andra aktörer som möter seniorer i vardagen kan bidra. Det kan vara personal i butiker och på bibliotek, fastighetsägare, brevbärare och andra inom civilsamhället, näringslivet eller offentlig service. De kan informera om aktiviteter och uppmuntra seniorer att delta i hälsofrämjande insatser.

För mer information om strukturerad samverkan mellan region, kommun och olika aktörer se avsnittet ”Samverkan mellan region, kommun och civilsamhället på sid 26.

Anhöriga, vänner och övriga involverar seniorer

Hälsoutfall hos äldre är i hög grad betingade av lokala strukturella förutsättningar och sociala sammanhang. Anhöriga och vänner är viktiga för att involvera och stödja seniorer till hälsofrämjande aktiviteter. Till exempel kan de stötta och vidareförmedla information om aktiviteter och inta roller som ledsagare eller till att motivera seniorer till deltagande. Samtidigt är det viktigt att förstå att tilliten och relationen mellan senioren med behov och anhöriga och vänner kan se olika ut, vilket kan komplicera situationen.

Runt den enskilde kan även bekanta, grannar med flera ha en roll för att motivera och involvera seniorer i aktiviteter. Det kan ske genom lokal förankring, stärkta sociala nätverk och ett aktivt deltagande av seniorer, som involveras i utformningen av lokala stödsystem och social infrastruktur. Därför är det viktigt att hälsofrämjande arbete kommuniceras brett. Ju fler i närsamhället som känner till, förstår värdet av och har tillgång till hälsofrämjande aktiviteter, desto bättre.

2. Struktur och organisation

Kommuners och andra verksamheters förutsättningar att jobba strukturerat med hälsofrämjande aktiviteter skiljer sig åt utifrån geografi, ekonomi, tradition, kultur och samverkan med regionens hälso- och sjukvård och civilsamhället med mera. Därför behöver det hälsofrämjande arbetet utgå utifrån lokala förutsättningar och i samverkan mellan verksamheter.

Många kommuner och verksamheter inom civilsamhället anordnar mötesplatser eller träffpunkter för seniorer. När det sker inom ramen för kommunens socialtjänst erbjuds dessa ofta som en insats utan en individuell behovsprövning.⁴ Vid mötesplatserna eller träffpunkterna träffas seniorerna för en social gemenskap med olika typer av aktiviteter. Aktiviteterna är i olika utsträckning fokuserade på påverkbara riskfaktorer för demenssjukdomar och andra tillstånd.

I de fall mötesplatserna eller träffpunkterna inte bedriver hälsofrämjande arbete kan de utgöra en bra grund att utgå från för att utveckla arbetet.

Seniorers tillgänglighet till hälsofrämjande arenor

Hälsofrämjande arenor för seniorer behöver vara lättillgängliga för dem som vill träffas för att prata och ägna sig åt olika typer av aktiviteter

⁴ Se 11 kap. 5 och 6 §§ SoL

Mötesplatser/träffpunkter i närområdet kan därför göra det lättare att delta. Träffarna hålls ofta i kommunala lokaler avsedda för omsorg, men kan också förläggas till andra lokaler såsom bibliotek, skolor med mera.

I många kommuner är avstånden stora, och det kan vara svårt för seniorer att ta sig till aktiviteter som kommunen ordnar. I vissa kommuner används också en kommunal buss som kan komma till seniorer i olika delar av kommunen. Det kan skapa närhet och göra aktiviteterna mer anpassade till lokala behov [27].

Civilsamhället kan stötta med lokaler nära där seniorer bor [27] och ibland arrangeras träffar i lokaler som normalt används av civilsamhällets organisationer, till exempel församlingar eller idrottsföreningar. Volontärer kan också hjälpa till med skjuts. Digitala mötesplatser är ett annat sätt att nå personer som inte kan eller vill ta sig till en fysisk träff [27].

Förvaltningar inom kommunen kan samverka med en gemensam målbild

Det finns ingen generisk formel för hur det hälsofrämjande arbetet ska bedrivas eller vilka professioner som är nödvändiga för att minska risk för demenssjukdomar eller andra tillstånd.

Inom kommuner kan exempelvis förvaltningar med olika inriktning såsom vård- och omsorg, kultur och fritid, teknik och fastigheter samverka i frågor om seniorers välbefinnande.

Genom god planering kan åldersvänliga kommuner utformas så att den fysiska och sociala miljön främjar goda levnadsvanor [8]. Kommuner kan skapa främjande och stödjande miljöer som möjliggör social interaktion, en aktiv livsstil och allmänna transporter som stödjer seniorer till att kunna behålla sin rörlighet, självständighet och kontakter.

En gemensam och samordnad målbild mellan förvaltningarna stärker kommunernas förutsättningar att bedriva ett hälsofrämjande arbete som ligger i linje med WHO:s vision för åldersvänliga städer.

WHO:s målbild för åldersvänliga städer

Ett exempel på hur kommuner kan jobba för en gemensam målbild är WHO:s initiativ med åldersvänliga städer.

Vad är då viktigt för äldre människor? Äldre människor vill förstås få sina basbehov säkrade. Det handlar om trygghet i vid bemärkelse, som bostad och hälso- och sjukvård. Men det gäller även att kunna vara fysiskt aktiv och röra sig fritt, få möjlighet till livslångt lärande, att utvecklas och ta beslut, bygga och bevara relationer. Kommuner behöver därför se arbetet som en

helhetsfråga, eftersom det rör många olika sektorer [8]. WHO har definierat åtta fokusområden för åldersvänliga städer:

- Utemiljöer och byggnader
- Kollektivtrafik och vägar
- Bostäder
- Social delaktighet
- Respekt och socialinkludering
- Arbete, sysselsättning och medborgarinflytande
- Kommunikation och information
- Samhälls- och hälsovårdstjänster.

I dagsläget är 12 svenska kommuner anslutna⁵ till WHO:s nätverk för åldersvänliga städer [8].

Vilka kompetenser/funktioner behövs för det hälsofrämjande arbetet?

De som arbetar i olika funktioner inom hälsofrämjande arbete kan ha olika yrken och utbildning. Det kan vara traditionella professioner inom äldreomsorgen men även de med utbildning inom pedagogik, idrott eller folkhälsa. Vem som gör vad varierar utifrån lokala anpassningar, behov, tillgång och efterfrågan.

Nedan finns en lista över olika funktioner som ofta förekommer i hälsofrämjande verksamheter.

Personal som:

- Administrerar, schemalägger, bokar lokaler med mera
- Informerar och förmedlar kunskap om hälsofrämjande beteendeförändringar
- Motiverar seniorer (individuellt och/eller i grupp) till att pröva och göra beteendeförändringar på kort och lång sikt
- Leder grupper kring olika aktiviteter
- Utvecklar det lokala hälsofrämjande arbetet. Initierar nya arbetssätt, för involvering, samverkan med mera
- Söker upp individer och grupper med behov som är svåra att nå
- Fungerar som ledsagare, mentor/fadder och som stödjer seniorer med motivation/samtal eller att ta sig till en aktivitet

⁵ Botkyrka, Gävle, Göteborg, Hallstahammar, Karlstad, Kristianstad, Malmö, Stockholm, Söderhamn, Upplands-Bro, Uppsala

- Analyserar munhälsa⁶ eller som gör bedömning som avser, hörsel, syn och behov av andra nödvändiga hjälpmedel. Personalen behöver rätt kompetens för dessa arbetsuppgifter.
- Tar blodtryck och andra medicinska värden. Personalen behöver rätt kompetens för dessa arbetsuppgifter.
- Följer upp och utvärderar aktiviteten.

Hälso- och sjukvården samverkar med hälsofrämjande arenor

Som framgår av listan ovan kan misstanke om medicinska problem uppmärksammas på till exempel kommunala träffpunkter/mötesplatser eller andra arenor av verksamhetens personal. Seniorer med misstänkta behov kan vidareförmedlas efter den enskildes samtycke eller rekommenderas till att uppsöka främst regionens primärvård för vidare utredning.

Även när det gäller att bidra med kompetens och analys av medicinska mätvärden kan regionens och kommunens hälso- och sjukvård ha en viktig roll för seniorer som deltar i hälsofrämjande aktiviteter [9, 30]. Förändringar av medicinska mätvärden som blodtryck, blodsocker och blodfetter kan återspegla effekter av hälsofrämjande beteendeförändringar. Positiva medicinska mätvärden kan också ha en motiverande effekt på en enskilde.

Regionens och kommunens hälso- och sjukvård arbetar hälsofrämjande

I hela landet pågår ett arbete med att ställa om hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar [6].

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås.

En primärvårdsreform är kopplad till omställningen.

Målen för primärvårdsreformen är följande:

- Tillgängligheten till primärvården ska öka.
- En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
- Kontinuiteten i primärvården ska öka.

⁶ Munhälsobedömning ingår undersköterskors kompetensområde

Det finns starkt stöd internationellt för att ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem behöver ge stöd till förebyggande insatser. Genom tidiga insatser och stöd till hälsosamma levnadsvanor kan insjuknande och försämringar i kroniska sjukdomar fördröjas [6].

Ett bra förebyggande arbete ökar individers möjligheter att behålla sin självständighet. Den nära vården med god kontinuitet bedöms ha bäst förutsättningar att stödja goda levnadsvanor. Eftersom ohälsosamma levnadsvanor är vanligast i grupper med låg utbildning och svag ekonomisk ställning [31] så kan ett fokus på att förebygga ohälsosamma levnadsvanor också bidra till en mer jämlik hälsa.

Primärvårdens grunduppdrag

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,
5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete [32].

Lagändringarna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen som trädde i kraft 2026 syftar till att stärka den medicinska kompetensen i primärvården ⁷. Bland annat är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) obligatoriskt i kommunerna och därmed finns fokus på förebyggande insatser (men även rehabilitering och habilitering).⁸

Samverkan mellan region, kommun och civilsamhället

Offentliga verksamheter såsom regioner och kommuner står inför utmaningar som idéburna och affärsdrivna organisationer kan ha innovativa lösningar för att möta. På Upphandlingsmyndighetens hemsida⁹ finns tips

⁷ [Primärvårdens uppdrag och ansvar tydliggörs och tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård stärks – Meddelandeblad - Socialstyrelsen](#)

⁸ Se 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

⁹ Upphandlingsmyndigheten. [Samverkan med idéburna aktörer, civilsamhället och sociala företag | Upphandlingsmyndigheten](#)

på olika metoder och samverkansformer som kan användas för att stödja och implementera sociala innovationer och bidra till en mer inkluderande offentlig marknad. Gruppen aktörer som beskriver sig själva som idéburna organisationer, civilsamhällesaktörer eller sociala företag är bred. Men de har oftast ett gemensamt ändamål: att bidra till uppfyllandet av ett eller flera specifika samhällsnyttiga mål.

Ett idéburet offentligt partnerskap (IOP) är en överenskommelse om samverkan mellan offentlig och idéburen sektor i syfte att uppnå ett visst allmännyttigt samhälleligt mål. Ett IOP måste vara förenligt med upphandlings- och statsstödsreglerna. Det innebär att en överenskommelse om ett IOP inte får utgöra en otillåten direktupphandling eller ett otillåtet statsstöd¹⁰.

3. Aktiviteter

Vid planering av aktiviteter är det viktigt att utgå från kunskap om påverkbara riskfaktorer som har vetenskapligt stöd för seniorers hälsa. Centralt är att anpassa aktiviteter till lokala förutsättningar, resurser, kompetenser, samverkan och inte minst de lokala seniorernas individuella behov. Hälsofrämjande aktiviteter kan genomföras med stöd av kommunen, civilsamhället eller i egen regi av den senior som har behov av beteendeförändringar.

Seniorers deltagande i planering och genomförande av aktiviteter

Seniorer kan inte ses som en homogen grupp och seniorers deltagande i hälsofrämjande aktiviteter beror mycket på vad enskilda individer är intresserade av och vad som upplevs meningsfullt och roligt. Därför är det viktigt att lyssna in flera seniorers önskemål och att seniorer inkluderas i planering, utformning och genomförande av hälsofrämjande aktiviteter.

Kommunala lösningar passar inte alla seniorer

Seniorers förväntningar och motiv för deltagande i aktiviteter varierar. Sannolikt motiveras inte alla seniorer till att delta i de aktiviteter som kommuner arrangerar. En del seniorer vill kanske inte heller delta i schemalagda gruppaktiviteter.

För att motivera seniorer till hälsofrämjande aktiviteter kan det vara bra med ett utbud av olika typer av aktiviteter så senioren själv kan välja aktiviteter efter egna behov och intressen.

¹⁰ Upphandlingsmyndigheten. [Samverkan med idéburna aktörer, civilsamhället och sociala företag | Upphandlingsmyndigheten](#)

När det finns fungerande mötesplatser eller träffpunkter med hälsofrämjande aktiviteter som drivs av civilsamhället, finns ingen anledning för kommunen att erbjuda samma typer av aktiviteter för samma målgrupp.

Konkret stöd för aktiviteter

För att stödja seniorer till att delta i aktiviteter underlättar det om de vid behov får konkret stöd från personal med rätt kompetens [33] med hörsel- eller synhjälpmedel som kan underlätta sociala kontakter och deltagande vid hälsofrämjande aktiviteter [3].

4. Uppföljning och utvärdering

För att utveckla det hälsofrämjande arbetet för seniorer behöver verksamheter följa upp och utvärdera hur arbetet genomförs och vilka resultat det bidrar till. Uppföljning och utvärdering kan ge kunskap om vilka seniorer som nås, hur aktiviteterna fungerar i praktiken och om arbetet bidrar till de förändringar som eftersträvas.

Socialstyrelsen har tagit fram ett utvärderingsstöd som ska underlätta och stärka verksamheternas arbete med systematisk uppföljning och utvärdering av förebyggande och hälsofrämjande arbete för äldre [34]. Stödet kan användas både för att utvärdera insatser som genomförs med stöd av socialtjänstlagen och för mer generella åtgärder, till exempel utveckling av promenadvägar och grönområden. Det kan också användas vid olika typer av utvecklingsprojekt, utbildningssatsningar och förändringsarbeten som syftar till att stärka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Några av de viktigaste budskapen i utvärderingsstödet är:

- Uppföljning och utvärdering är avgörande verktyg för att utveckla verksamheten, säkerställa kvalitet och skapa beprövad erfarenhet. Planera för uppföljning och utvärdering tidigt.
- Det är viktigt att utgå från verksamhetens behov och att utvärderingen fokuserar på de frågor som är mest relevanta för dem som ska använda den, med ett metodupplägg som ger tillräckligt tillförlitliga svar.
- Ambitionsnivån behöver anpassas till tillgängliga resurser och förutsättningar – allt kan och behöver inte mätas, utan fokus bör ligga på det mest väsentliga.
- Genom att kombinera flera metoder och datakällor, samt involvera olika aktörer, kan utvärderingen bli mer robust och användbar.

Sammanfattningsvis är ambitionen att utvärderingsstödet ska ge vägledning till genomtänkta och praktiskt genomförbara utvärderingar som bidrar till att bygga upp den beprövade erfarenheten i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för seniorer.

Referenser

1. Frisell O, Jönsson L, Wimo A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019: Karolinska Institutet; 2023.
2. Seblova D, Quiroga ML, Fors S, Johnell K, Lovden M, de Leon AP, et al. Thirty-year trends in dementia: a nationwide population study of Swedish inpatient records. Clin Epidemiol. 2018; 10:1679–93.
3. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbaek G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024; 404(10452):572–628.
4. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines, second edition. Geneva; 2026.
6. Kunskapsguiden. God och nära vård. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/god-och-nara-varld/>
7. Varje dag räknas : nationell demensstrategi 2025-2028. [Stockholm]: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2025.
8. MFD. Åldersvänliga städer och samhällen. 2026. Hämtad 2026 från: <https://www.mfd.se/samhallsomraden/utformning-av-fysisk-miljo/aldersvanliga-stader-och-samhallen/>
9. Vård vid ohälsosamma levnadsvanor : prioriteringsstöd till dig som besökar om resurser för sjukdomsprevention och behandling : nationella riktlinjer 2024. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2024.
10. Nationella riktlinjer för tandvård : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
11. Socialstyrelsen. Metodstöd – Guida och stödda målsättning vid rehabilitering i hemmet: Socialstyrelsen; 2023.
12. Miller WR. Motivational interviewing : helping people change. 4 uppl: Guilford Press; 2023.
13. Ng JY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, Deci EL, Ryan RM, Duda JL, et al. Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. Perspect Psychol Sci. 2012; 7(4):325–40.
14. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. Am Psychol. 2002; 57(9):705–17.
15. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav. 2004; 31(2):143–64.
16. Kunskapsguiden. Fallolyckor och fallprevention. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/fallolyckor-och-fallprevention/>
17. Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
18. Sakurai T, Sugimoto T, Akatsu H, Doi T, Fujiwara Y, Hirakawa A, et al. Japan-Multimodal Intervention Trial for the Prevention of Dementia: A randomized controlled trial. Alzheimers Dement. 2024; 20(6):3918–30.
19. Baker LD, Espeland MA, Whitmer RA, Snyder HM, Leng X, Lovato L, et al. Structured vs Self-Guided Multidomain Lifestyle Interventions for Global

- Cognitive Function: The US POINTER Randomized Clinical Trial. JAMA. 2025; 334(8):681–91.
20. Moon SY, Park YK, Jeong JH, Hong CH, Jung J, Na HR, et al. South Korean study to prevent cognitive impairment and protect brain health through multidomain interventions via face-to-face and video communication platforms in mild cognitive impairment (SUPERBRAIN-MEET): A randomized controlled trial. *Alzheimers Dement*. 2025; 21(2):e14517.
 21. Takashi N, Ohtera S, Kuroda Y, Arai H, Sakurai T, investigators JM. Cost-effectiveness of multimodal intervention for the prevention of dementia in Japan. *J Prev Alzheimers Dis*. 2026; 13(2):100460.
 22. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levalahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015; 385(9984):2255–63.
 23. Hafdi M, Hoevenaars-Blom MP, Richard E. Multi-domain interventions for the prevention of dementia and cognitive decline. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 11(11):CD013572.
 24. FINGER abc – för bättre hjärnhälsa. 2025. Hämtad från: <https://demenscentrum.se/utbildning/finger-abc-battre-hjarnhalsa>
 25. Nationella riktlinjer för vård vid stroke : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
 26. Socialstyrelsen. Fysisk aktivitet på recept (FaR)-så fungerar det: Socialstyrelsen; 2026.
 27. Socialstyrelsen. Kommuners förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i samverkan - Förstudie: Socialstyrelsen; 2025.
 28. HFS. Riktade hälsosamtal - det svenska konceptet. Hämtad från: <https://hfsnatverket.se/temagrupper/riktade-halsosamtal/definition-for-riktade-halsosamtal/>
 29. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom (S/2021/08111) 2022:
 30. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor- prevention och behandling. 2024. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npolevnadsvanor/vardprogramlevnadsvanor.91612.html>
 31. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Sjukdomsförebyggande metoder – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2015.
 32. Kunskapsguiden. Om primärvård. 2026. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/om-primarvard/>
 33. Kunskapsguiden. Konkret stöd. 2017. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/stodja-aldre-personers-vilja/konkret-stod/>
 34. Att utvärdera förebyggande och hälsofrämjande arbete för äldre – Metod stöd för planering, genomförande och analys. Socialstyrelsen; 2026.

Bilaga 1

Hälsofrämjande insats/åtgärd

I Socialstyrelsens termbank definieras termen hälsofrämjande insats som en ”åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande”. Hälsofrämjande åtgärder fokuserar på människors självskattade bedömning av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Avsikten är att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga.

Hälsofrämjande åtgärder kan vara individinriktade, gruppinriktade (gentemot grupper i befolkningen) eller strukturinriktade (gentemot samhällsstrukturer). Exempel på individinriktade hälsofrämjande åtgärder är åtgärder som bidrar till att stödja en individ att orientera sig i en förändrad livssituation vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Exempel på gruppinriktade hälsofrämjande åtgärder är föräldrastöd på barnavårdscentralen, samtalsgrupper för anhöriga till äldre eller personer med funktionsnedsättning och samtalsgrupper för ungdomar som syftar till att stärka deras självkänsla. Exempel på strukturinriktade hälsofrämjande åtgärder är att skapa trygga promenadstråk och parker med grönområden för möjligheter till vila och rekreation.

Hälsosamtal i region och i kommun

Hälsosamtal kan vara viktiga för att informera seniorer om hälsofrämjande livsstilsförändringar och för att informera och ge råd om levnadsvanor. Samtalen förekommer inom både hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten men det finns ingen gemensam definition av innebörden. Begreppet riktade hälsosamtal förekommer till exempel i nationella riktlinjer och i vårdprogrammet för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor [9, 30] och begreppet hälsosamtal förekommer i statsbidraget till kommuner för att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre genom hälsosamtal.¹¹

¹¹ Hälsosamtal för äldre ska motverka ofrivillig ensamhet. [Hälsosamtal för äldre ska motverka ofrivillig ensamhet - Regeringen.se](#)



Hälsofrämjande och förebyggande arbete för seniorer – struktur, motivation och
anpassning till lokala förutsättningar (artikelnr 2026-10-10461)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.