

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Stöd för styrning och ledning

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-470-9
Artikelnummer	2018-6-24
Omslagsfoto	Bildarkivet, Heléne Grynfarb
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , juni 2018

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Syftet med riktlinjerna är att dels stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område, dels vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna riktar sig till politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer.

Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom hälso- och sjukvården på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

Sjukvårdsregionerna, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på remissversionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

Projektledare för riktlinjerna på Socialstyrelsen har varit Anna Mattsson och ansvarig enhetschef Mattias Fredricson. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Socialstyrelsens nationella riktlinjer	9
Användning och mottagare	10
Agenda 2030	10
Om riktlinjen	10
Om riktlinjeområdet	11
Status och utveckling inom området	13
Implementering av riktlinjerna	14
Nationella utvärderingar	15
Kompletterande kunskapsstöd	16
Centrala rekommendationer	18
Om rekommendationerna	18
Rekommendationer för vuxna med särskild risk	22
Rekommendationer för vuxna som ska genomgå en operation	26
Rekommendationer för barn och unga under 18 år	29
Rekommendationer för gravida	31
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	36
Skattning och bedömning av kostnader	36
Sammanfattning av konsekvenser	37
Vuxna med särskild risk	40
Vuxna som ska genomgå en operation	44
Unga under 18 år	46
Barn 2–5 år och 6–12 år	47
Gravida	48
Indikatorer för god vård och omsorg	51
Indikatorer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor	51
Redovisning av indikatorer	53
Delaktighet, information, jämlik vård och etik	56
Information ger förutsättningar för delaktighet	56
Jämlik vård och bemötande	57
Etiska överväganden inom vården vid ohälsosamma levnadsvanor	58
Projektorganisation	59
Referenser	63
Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder	66

Levnadsvanor	66
Övergripande åtgärdsnivåer.....	69
Referenser.....	70
Bilaga 2. Lista över rekommendationer	71
Bilaga 3. Bilagor som publiceras på webben.....	80

Sammanfattning

Ohälsosamma levnadsvanor är vanliga i befolkningen. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet utgör viktiga riskfaktorer för många av vår tids stora folksjukdomar, som till exempel hjärt-kärlsjukdom, cancer eller typ 2-diabetes. Tillsammans bidrar dessa levnadsvanor till cirka en femtedel av den samlade sjukdomsördan i Sverige.

Dessa nationella riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor. Rekommendationerna omfattar åtgärder för att stödja personer att förändra levnadsvanor som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet, i syfte att förbättra hälsa samt förebygga och behandla sjukdom.

Riktlinjerna betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper att förändra ohälsosamma levnadsvanor. De riskgrupper som rekommendationerna fokuserar på inkluderar vuxna med särskild risk (t.ex. på grund av sjukdom eller social sårbarhet), vuxna som ska genomgå en operation, barn och unga samt gravida. Det är dock viktigt att hälso- och sjukvården inte bortser från behovet av råd och stöd att förändra levnadsvanor även hos vuxna generellt. Rekommendationerna riktar sig genomgående till både kvinnor och män.

De flesta rekommenderade åtgärderna, oavsett levnadsvana, består av rådgivning i form av samtal, såsom rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal. Den samtalsbaserade rådgivningen kan också kompletteras med olika typer av tillägg. Andra exempel på åtgärder är familjestödsprogram eller webbaserad intervention.

För vuxna med särskild risk som röker eller har ohälsosamma matvanor rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal för att stödja personen att förändra dessa levnadsvanor. Vid riskbruk av alkohol eller otillräcklig fysisk aktivitet hos denna grupp rekommenderas rådgivande samtal. Vid otillräcklig fysisk aktivitet kan det rådgivande samtalet kompletteras med tillägg av aktivitetsmätare eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet.

Risken för komplikationer i samband med operation minskar avsevärt genom att inte röka eller dricka alkohol 4–8 veckor innan operationen. Därför rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal om tobak samt rådgivande samtal om alkohol inför operation.

Barn och unga under 18 år som använder tobak bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal eller webbaserad intervention för att bli av med sitt tobaksbruk. För unga som brukar alkohol eller är otillräckligt fysiskt aktiva rekommenderas rådgivande samtal. Familjestödsprogram kan erbjudas till barn med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet.

För gravida som röker, snusar eller brukar alkohol rekommenderas rådgivande samtal. Gravida som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal.

Riktlinjernas rekommendationer ger vägledning för beslut på gruppnivå och riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. De kan bland annat användas som underlag för resursfördelning utifrån öppna och systematiska prioriteringar. Riktlinjerna innehåller därför även bedömningar av hur ett införande av rekommendationerna påverkar kostnader och organisation, utifrån en bild av hur verksamheterna bedrivs på nationell nivå i dag.

Sammanfattningsvis innebär dessa riktlinjer att mer resurser behöver tillföras hälso- och sjukvården för att fler personer med ohälsosamma levnadsvanor ska kunna erbjudas rekommenderade åtgärder. På sikt förväntas rekommendationerna leda till minskade kostnader för hälso- och sjukvården genom att antalet personer med ohälsosamma levnadsvanor minskar, vilket i sin tur minskar risken för framtida sjuklighet.

Till riktlinjerna hör 30 nationella indikatorer för uppföljning. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård. De allra flesta är utvecklingsindikatorer, eftersom det i dag inte är möjligt att hämta uppgifter om åtgärder för att förändra ohälsosamma levnadsvanor via nationella register. Det är dock viktigt att följa utvecklingen av datakällor samt att följa upp indikatorer när det finns möjlighet.

Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder för att förebygga och behandla sjukdom genom att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Rekommendationerna gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

Riktlinjerna riktar sig till hälso- och sjukvården och omfattar även kommunal hälso- och sjukvård samt tandvård. Rekommendationerna gäller personer som redan har utvecklat ohälsosamma levnadsvanor.

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- Centrala rekommendationer ur *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Med centrala rekommendationer menar vi rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation.
- En analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- Indikatorer för att följa upp hälso- och sjukvårdens insatser för att stödja förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna.
- En diskussion om etiska aspekter och vikten av att informera och göra patienten delaktig.

Stöd för styrning och ledning är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. Andra delar är bland annat en tillstånds- och åtgärdslista och kunskapsunderlaget för samtliga 69 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsen utarbetar kunskapsbaserade nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk eller där det finns särskilda behov. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter invånarnas behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i vården och omsorgen genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I denna framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: männi-

skovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Användning och mottagare

De primära målgrupperna för dessa riktlinjer är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer. Delar av riktlinjerna omfattar även kommunal hälso- och sjukvård samt tandvård. Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. De kan till exempel vara underlag vid fördelning av resurser eller när vården ska ändra ett arbetssätt eller en organisation. De kan också vara underlag när hälso- och sjukvården tar fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Rekommendationerna kan även ge hälso- och sjukvårdspersonal vägledning i beslut som gäller enskilda personer. Utöver rekommendationerna måste hälso- och sjukvårdspersonalen också ta hänsyn till individens särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella expertisen.

Agenda 2030

Agenda 2030 är samlingsnamnet på de nya globala utvecklingsmålen som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015. Deklarationen har en vision att utrota den globala fattigdomen och främja en hållbar framtid.

Dessa riktlinjer bidrar främst till mål 3 i Agenda 2030 – Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar – och specifikt delmål 3.4. Detta mål beskriver hur förebyggande insatser och behandling ska minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Om riktlinjen

Detta är en revidering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och ersätter därmed riktlinjerna från 2011. I och med revideringen byter riktlinjen namn till Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Åtgärderna i riktlinjerna avser att stödja en beteendeförändring vid ohälsosamma levnadsvanor med syfte att förhindra eller behandla sjukdom som kan uppstå som en konsekvens av den ohälsosamma levnadsvanan. Information om vilken betydelse levnadsvanorelaterade åtgärder kan ha för att förebygga eller behandla specifika sjukdomstillstånd som till exempel diabetes och hjärt-kärlsjukdom finns i Socialstyrelsens sjukdomsspecifika nationella riktlinjer. Exempelvis framhålls råd om sunda levnadsvanor som en viktig åtgärd i *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård* [1] och *Nationella riktlinjer för diabetesvård* [2]. Då har fokus legat på effekten av åtgärden för det aktuella tillståndet. Till exempel ges rekommendationen att hälso- och sjukvården bör erbjuda stöd att sluta röka till personer med kranskärlssjukdom som röker, men inte vilken typ av åtgärd som bör användas för att uppnå rökstopp. Det

finns därför ett behov av att beskriva evidensbaserade metoder för att påverka ohälsosamma levnadsvanor, vilket är utgångspunkten i dessa riktlinjer.

Avgränsning

Avgränsningen utgår i huvudsak från hälso- och sjukvårdens aktuella behov av vägledning. Riktlinjerna omfattar därför främst områden och åtgärder där det finns stora praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort. Fokus är att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

Denna revidering har förutom ovanstående kriterier tagit utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder från 2011. De övergripande avgränsningarna är därmed desamma som 2011. De reviderade riktlinjerna har dock ett ökat fokus på rekommendationer riktade till barn och unga jämfört med tidigare. Riktlinjernas rekommendationer gäller enbart personer som redan har utvecklat ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna innehåller heller inga rekommendationer om hur eller när hälso- och sjukvården ska ställa frågor om levnadsvanor.

De reviderade riktlinjerna har ett tydligare styr- och ledningsperspektiv än tidigare, vilket har påverkat urvalet av frågeställningar. Inför revideringen har Socialstyrelsen även gett en rad intressenter möjlighet att lämna synpunkter på vilka frågeställningar som bör ingå i riktlinjerna.

I och med revideringen har tillstånds- och åtgärdslistan justerats. Sammantaget innebär detta att de reviderade riktlinjerna omfattar färre frågor än de tidigare riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder från 2011.

Uppdaterad metod

Sedan 2011 har Socialstyrelsen utvecklat metoden för att ta fram nationella riktlinjer. Den nya metoden innebär ett mer standardiserat sätt att granska och bedöma det vetenskapliga underlaget. Detta innebär att åtgärder som ingick i riktlinjerna från 2011 har granskats på nytt och i vissa fall fått en förändrad rangordning. Även bedömningen av tillståndets svårighetsgrad har utvecklats och systematiserats.

Samverkan med andra aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har företrädare för sjukvårdshuvudmännen, specialistföreningar och andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga medverkat. Sjukvårdshuvudmännen har genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning (NSK) nominerat experter till prioriteringsarbetet. Socialstyrelsen har samverkat med Folkhälsomyndigheten genom dialoger kring matvanor och fysisk aktivitet samt om tobak och riskbruk av alkohol.

Om riktlinjeområdet

Ohälsosamma levnadsvanor – ett folkhälsoproblem

Den som inte röker, äter hälsosamt, är fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har dessa

ohälsosamma levnadsvanor [3]. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kan sunda levnadsvanor förebygga det mesta av all kranskärllsjukdom och stroke och 30 procent av all cancer [4, 5]. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes [6].

Ohälsosamma levnadsvanor är vanligt förekommande – enligt Folkhälsomyndigheten är det bara varannan kvinna och var tredje man i åldrarna 16–84 år som rapporterar att de inte har några ohälsosamma levnadsvanor [7].

Även den som redan har drabbats av sjukdom kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. Till exempel kan en person som slutar röka, börjar äta hälsosamt och motionera regelbundet efter ett akut kranskärllsyndrom 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 [8].

De fyra levnadsvanor som omfattas av dessa riktlinjer – tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet – är också de vanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige [9]. Cirka en femtedel av den samlade sjukdomsbördan kan tillskrivas de levnadsvanor som riktlinjerna tar upp. Sjukdomsbördan är ett mått som WHO och Världsbanken har tagit fram för att man ska kunna jämföra vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa, och vilka riskfaktorer som har störst betydelse för sjukdomarna. Dessa beräkningar tar dock inte hänsyn till andra riskfaktorer, såsom högt blodtryck, höga blodfetter och fetma, som till allra största delen orsakas av ohälsosamma levnadsvanor. Det innebär att levnadsvanornas betydelse för den totala sjukdomsbördan kraftigt underskattas.

De ohälsosamma levnadsvanor som omfattas av riktlinjerna finns beskrivna i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Forskning saknas om flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt

Många personer har flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt. Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät visar att andelen med två ohälsosamma levnadsvanor är 13 procent bland kvinnor och 19 procent bland män, och att 5 procent av kvinnorna och 13 procent av männen har fler än två ohälsosamma levnadsvanor [7]. Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt innebär inte bara att risken för de enskilda vanorna läggs ihop utan tycks även medföra en synergieffekt, det vill säga att riskerna av flera ohälsosamma levnadsvanor blir större än summan för de enskilda levnadsvanorna.

Det är alltså särskilt angeläget att personer med flera ohälsosamma levnadsvanor får hjälp och stöd att ändra sina vanor. Dock är kunskapen bristfällig gällande om en person har större chans att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor om han eller hon ändrar en levnadsvana i taget eller alla samtidigt. Socialstyrelsen ger därför inga rekommendationer om detta i riktlinjerna.

Starkt samband mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor

Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Människors levnadsvanor skiljer sig påtagligt beroende på social miljö, utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar och bostadsort. Undersökningar av svenskars levnadsvanor kopplade till hälsa visar att de är mer ogynnsamma för den som har en lägre socioekonomisk ställning, det vill säga utifrån yrke, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar [10].

Det är exempelvis betydligt färre som röker dagligen (5 procent) bland personer med eftergymnasial utbildning, än bland personer med endast förgymnasial utbildning (12 procent). Vidare är personer med eftergymnasial utbildning i högre utsträckning fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag och mindre stillasittande på sin fritid jämfört med de med endast förgymnasial utbildning [7].

Enligt Livsmedelsverket finns det ett positivt samband mellan socioekonomisk ställning och matvanor, det vill säga ju högre socioekonomisk ställning desto hälsosammare matvanor [11]. Detta samband kan delvis förklara skillnader i sjukdomsförekomst och dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper. Jämfört med personer med enbart förgymnasial utbildning är de med eftergymnasial utbildning tre till fyra gånger mer benägna att äta grönsaker (oftare än en gång per dag). För frukt ses liknande men inte lika stora skillnader [11]. Däremot finns inget tydligt samband mellan riskbruk av alkohol och utbildningsnivå.

Om fler personer får hjälp och stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor kan också ojämlikheter i befolkningens hälsa minska. En av förutsättningarna att uppnå detta är att hälso- och sjukvården arbetar mer systematiskt för att nå socialt utsatta grupper med det förebyggande arbetet [12].

Status och utveckling inom området

Stora skillnader i vården kräver ett samlat grepp

Att förebygga ohälsa är en av hälso- och sjukvårdens uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patienter ska informeras om metoder för att förebygga sjukdom eller skada enligt patientlagen (2014:821). I propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110) framhålls också att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör integrera ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder från 2011 har inneburit att hälso- och sjukvården i större utsträckning än tidigare tillämpar evidensbaserade metoder för att ge individuellt stöd till att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Trots framsteg har dock det förebyggande arbetet ännu inte en självklar ställning inom hälso- och sjukvården. Utvärderingen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som gjordes 2014 visar att de förändringar av arbetssätt och metoder som riktlinjerna rekommenderar endast sker successivt och att förändringstakten varierar stort mellan olika landsting eller regioner och mellan olika vårdenheter.

Hälso- och sjukvården behöver arbeta mer aktivt med styrning och ledning för att stärka det förebyggande arbetet med levnadsvanor. Det behöver bli tydligare att arbetet med levnadsvanor till exempel ingår i vården av personer med kroniska sjukdomar. Rutiner för samtal om levnadsvanor behöver tas fram för fler verksamheter och det behöver avsättas tid för dem som ska genomföra mer omfattande samtal. Patienterna själva är positiva till att prata om eller på annat sätt lämna information om sina levnadsvanor i samband med besök i hälso- och sjukvården för att de ska få rätt vård och behandling [13]. De flesta vill också att vårdpersonalen ger stöd till förändringar i levnadsvanor i stället för att ge läkemedelsbehandling. Primärvården spelar en central roll i det förebyggande arbetet och har en viktig funktion för att nå ut till alla delar av befolkningen.

För att förebygga och påverka ohälsosamma levnadsvanor behövs även andra typer av åtgärder än de som ingår i dessa riktlinjer. Kommissionen för jämlik hälsa, som hade i uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att minska hälsoklyftorna, understryker att de fyra levnadsvanorna i Socialstyrelsens riktlinjer är viktiga startpunkter i det strategiska arbetet, men att åtgärder och inriktning bör vidgas till andra samhällssektorer [10]. Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket understryker vikten av att insatserna måste vara långsiktiga och riktas både till individer och till deras sociala och fysiska miljö [14].

Hur levnadsvanor kan uppmärksammas inom hälso- och sjukvården

Levnadsvanor kan uppmärksammas som en integrerad del av anamnesen i samband med besök på vårdmottagningar eller vård på sjukhus. Exempelvis kan samtal om levnadsvanor underlättas för både patienter och vårdgivare om patienten i förväg kan förbereda sig och fylla i ett samtalsunderlag inför ett planerat besök.

Ett sätt att mer systematiskt och strukturerat uppmärksamma levnadsvanor är att bjuda in alla personer i utvalda åldersgrupper (t.ex. vid 40, 50 eller 60 års ålder) till ett hälsosamtal med fokus på levnadsvanor. Flera landsting och regioner erbjuder redan i dag sådana riktade hälsosamtal. Dialogen mellan deltagare och hälso- och sjukvårdspersonal utgår från de underlag om patientens levnadsvanor som framgår av hälsoundersökningen. I de fall utfallet motiverar ytterligare utredning och åtgärder skrivs en remiss till läkare, dietist etcetera, beroende på behov. Svenska utvärderingar visar att denna strategi både kan minska dödligheten i hjärtkärlsjukdom och dödligheten oberoende av orsak, och dessutom kan vara kostnadseffektiv [15].

Implementering av riktlinjerna

Sedan publiceringen av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att stödja införandet av riktlinjerna. Under 2015–2017 har stödet genomförts inom ramen för regeringens strategi för kroniska sjukdomar. Organisationer för hälso- och sjukvårdsprofessioner har deltagit i implementeringen.

Socialstyrelsen har stöttat arbetet med dokumentation genom att ta fram koder för klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ-koder) och en informations-specifikation som anger hur hälso- och sjukvården kan dokumentera processen att stödja en patient att ändra en levnadsvana.

Regeringen har gett i uppdrag till Socialstyrelsen att fortsätta att stödja implementeringen av riktlinjerna under 2018–2021. I uppdraget anges att Socialstyrelsen särskilt ska stödja implementeringen av riktlinjerna i de landsting som genomför hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom ramen för överenskommelserna med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om psykisk hälsa, förlossningsvården och kvinnors hälsa samt barnhälsovården. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att stödja utvecklingsarbete i primärvården för patienter med psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor under 2018–2020.

I uppdragen ingår även att fördela statsbidrag till professionernas organisationer respektive till landsting och region som genomför utvecklingsarbete i primärvården för patienter med psykisk ohälsa för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor.

Nationella utvärderingar

För att följa upp tillämpningen av de nationella riktlinjerna genomför Socialstyrelsen utvärderingar inom de områden av vården och omsorgen som omfattas av de nationella riktlinjerna. Syftet är att utvärdera i vilken mån rekommendationerna i riktlinjerna följs men även att belysa kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen.

Ett annat syfte är också att den kunskap som vinnns i utvärderingsarbetet ska kunna omsättas och integreras i uppdateringen av de befintliga riktlinjerna. Det kan till exempel gälla resultat som visar att vården och omsorgen inte är jämnt fördelad eller ges med samma kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter. Genom att belysa dessa brister kan utvärderingarna driva på att vården och omsorgen ges utifrån riktlinjernas rekommendationer, men också belysa vad som behöver lyftas fram i de nationella riktlinjerna.

Utvärderingarna utgår från de indikatorer som tas fram inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård och omsorg.

Nationell utvärdering av sjukdomsförebyggande metoder

År 2014 publicerade Socialstyrelsen *Nationell utvärdering – Sjukdomsförebyggande metoder 2014* [16]. Då många landsting och regioner först nyligen har börjat dokumentera de åtgärder som ges till patienter för att förändra ohälsosamma levnadsvanor baseras utvärderingen främst på uppgifter från olika enkätundersökningar.

Utvärderingen visar att många landsting och regioner har arbetat med att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Utvärderingen visar samtidigt att det finns stora skillnader i hur långt olika landsting och regioner har kommit med införandet av riktlinjerna och att det

endast är en liten andel av patienterna som får åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor.

Utvärderingen identifierade också ett antal förbättringsområden, såsom

- fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor
- stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor i stället för läkemedel
- satsningar på specifika patientgrupper
- ökade möjligheter till kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonalen
- utökad dokumentation av åtgärder som ges till patienter för att förändra levnadsvanor.

Socialstyrelsen planerar att genomföra en ny utvärdering av landstingens och regionernas följsamhet till de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor inom de närmaste åren.

Översyn av riktlinjerna

Från och med 2017 arbetar Socialstyrelsen regelbundet med att hålla alla nationella riktlinjer aktuella. Det innebär att vi gör kontinuerliga översyner av behovet av att uppdatera riktlinjerna. Arbetet utgår från en förvaltningsplan där Socialstyrelsen specificerar de rekommendationer där kunskapsläget förväntas ändras och som kan påverka prioriteringen.

Kompletterande kunskapsstöd

Stöd till implementering av riktlinjerna

Sedan publiceringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 har Socialstyrelsen publicerat stödmaterial för att underlätta arbetet med implementeringen av riktlinjens rekommendationer. *Checklista – Vid införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* ger vägledning i processen för införandet, steg för steg [17]. *Informationsspecifikation för levnadsvanor* anger hur hälso- och sjukvården kan dokumentera processen att stödja en patient att ändra en levnadsvana [18]. *Dokumentation av sjukdomsförebyggande metoder* utgör ett stöd för utvecklingen av dokumentationshantering när det gäller åtgärder kring levnadsvanor [19]. Stödmaterialen kommer att uppdateras efter publiceringen av dessa riktlinjer.

Socialstyrelsen har även beställt ett antal forskningsrapporter för att underlätta arbetet med implementeringen. Ett exempel är *Översättning av riktlinjer – Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag*, som beskriver utmaningarna med att omsätta rekommendationerna i de nationella riktlinjerna i ordinarie hälso- och sjukvård [20].

SKL, genom Nationella programrådet för levnadsvanearbete, har tagit fram en skrift om framgångsfaktorer i arbetet med levnadsvanor [21].

Hälsokalkylatorn är utvecklad av nätverket för Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS) och är ett prognosverktyg för att bedöma hur förändringar i förekomst av fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet samt riskbruk av alkohol påverkar utgifter för hälso- och sjukvården, kommuner och Försäkringskassan samt storleken på möjliga hälsovinster [22]. Genom Hälsokalkylatorn

kan enskilda landsting och regioner göra prognoser för framtida årliga kostnader mellan 5 och 10 år framåt utifrån användarens antaganden om storlek på effekter som uppnås med åtgärder för förbättrade levnadsvanor.

Metodstöd

Socialstyrelsen har tillsammans med Livsmedelsverket tagit fram en webb utbildning om samtal och råd om bra matvanor för att stödja patienter att förändra sina matvanor och äta mer hälsosamt [23]. Till webb utbildningen finns även en guide om hur webb utbildningen kan användas inom kompetensutveckling eller i kombination med andra former av utbildning, reflektion och diskussion på arbetsplatsen [24].

På Socialstyrelsens webbplats finns även informationsmaterial och filmer som kan vara ett stöd vid kompetensutveckling om rökavvänjning och riskbruk av alkohol.

Handboken *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* – är en evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd. FYSS har uppdaterats av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet med stöd av bland annat Socialstyrelsen. FYSS 2017 innehåller 53 kapitel varav 33 är diagnosspecifika. [25]. FYSS finns också som ett digitalt kunskapsstöd, eFYSS.

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Samtliga rekommendationer redovisas i *Bilaga 2. Lista över rekommendationer*. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det är även möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökdatabas.

Om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdspar. Sammantaget ger vi tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabell 1 nedan beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården <i>bör, kan</i> eller <i>kan i undantagsfall</i> erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har högst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten att sluta använda åtgärderna.

Metoden för rangordningsprocessen och kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagorna *Metodbeskrivning* samt *Kunskapsunderlag*. Bilagorna finns att ladda ned på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rekommendationer med rangordning 1–10

För att stödja tolkningen och tillämpningen av rekommendationer med rangordningen 1–10 formulerar Socialstyrelsen rekommendationerna om åtgärder som hälso- och sjukvården *bör, kan* eller *kan i undantagsfall* erbjuda vid ett visst tillstånd. Formuleringen *bör* används för rekommendationer med rangordning 1–3, *kan* för 4–7 och *kan i undantagsfall* för 8–10.

Socialstyrelsens rangordning (1–10) av olika tillstånds- och åtgärdspar utgår från den nationella modellen för prioriteringar [26]. Denna modell utgår i

sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad (avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd)
- åtgärdens effekt eller patientnytta
- kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekt, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är.

FoU-rekommendationer pekar på att mer kunskap behövs

Socialstyrelsen kan ge rekommendationen FoU (forskning och utvärdering) om en åtgärd är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten, eller om en åtgärd har införts i vården eller omsorgen trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten. Genom att verksamheter följer hur åtgärden fungerar kan ny kunskap sammanställas. Det kan göras i form av antingen forskning knuten till ett universitet eller som en lokal utvärdering utifrån registerdata om hur åtgärden används och vilka effekter som ses hos patienterna, till exempel i samverkan med en FoU-enhet.

Bedömning av svårighetsgrad för levnadsvanor

För varje tillstånd i riktlinjerna har Socialstyrelsen gjort en bedömning av tillståndets svårighetsgrad. Bedömningen av svårighetsgraden har i dessa riktlinjer utgått från risken för framtida ohälsa.

Vi har utgått ifrån svårighetsgraden för ett antal allvarliga sjukdomar som är förknippade med respektive levnadsvana och risken att drabbas av dessa sjukdomar till följd av den ohälsosamma levnadsvanan om ingen åtgärd sätts in. För att uppskatta risken att drabbas av dessa sjukdomar har vi tagit utgångspunkt i den samlade sjukdomsburden [9].

En mer utförlig beskrivning av hur Socialstyrelsen har bedömt svårighetsgraden för de olika levnadsvanorna finns i bilagan *Metodbeskrivning*.

Socialstyrelsens bedömning av de olika levnadsvanornas svårighet redovisas i nedanstående tabell.

Tabell 2. Svårighetsgrad för respektive levnadsvana

Levnadsvana	Svårighetsgrad
Daglig rökning	Stor till mycket stor
Ohälsosamma matvanor	Stor
Riskbruk av alkohol	Måttlig till stor
Otillräcklig fysisk aktivitet	Måttlig till stor
Daglig snusning	Liten till måttlig

Förhöjd svårighetsgrad vid vissa tillstånd och situationer

Vid vissa tillstånd och situationer har Socialstyrelsen gjort en särskild bedömning av svårighetsgraden. Det gäller tillstånd och situationer där den ohälsosamma levnadsvanan är förknippad med förhöjd risk:

- inför operation, vid graviditet, och hos barn och unga under 18 år
- för grupper med särskild risk.

Till exempel har vuxna som röker och som ska genomgå en operation en högre svårighetsgrad än vuxna som röker generellt på grund av att rökningen även medför en ökad risk för komplikationer vid operation. De har därför, på grund av den högre svårighetsgraden, genomgående fått en högre rangordning.

I de fall det har saknats vetenskapligt underlag för dessa tillstånd och situationer med förhöjd risk har rangordningen utgått från det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.

Kostnadseffektivitet

I riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011 gjordes bedömningen att åtgärderna i riktlinjen genomgående var kostnadseffektiva. Utgångspunkten i revideringen av riktlinjerna har därför varit att de flesta åtgärder är kostnadseffektiva och hälsoekonomiska beräkningar har endast gjorts på ett fåtal frågeställningar. Åtgärdernas kostnadseffektivitet har därmed inte haft en avgörande roll i prioriteringen.

Generellt om åtgärderna

Fokus på samtalsbaserade åtgärder

De flesta åtgärderna i riktlinjerna består av rådgivning i form av samtal som syftar till att stödja en förändring av den ohälsosamma levnadsvanan. Många av åtgärderna, som till exempel tillägg av läkemedel eller aktivitetsmätare, utgör komplement till samtalet. I riktlinjerna ingår även andra typer av åtgärder, som till exempel webbaserade interventioner och familjestödsprogram. Syftet med de olika åtgärderna är att stödja förändringar i levnadsvanor och därigenom förbättra hälsa och minska risken för sjukdom.

Uppföljning av åtgärderna är viktigt för att vid behov erbjuda ytterligare motivationsstöd, ge återkoppling och för att utvärdera effekten av behandlingen. Uppföljning ingår som en naturlig del i alla åtgärder och anpassas utifrån individens behov.

De samtalsbaserade åtgärderna är indelade i två övergripande nivåer: *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Indelningen i två åtgärdsnivåer utgår från åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning, såsom detta har beskrivits i den vetenskapliga litteraturen. Båda samtalsnivåerna utgår från en personcentrerad dialog med patienten. Kvalificerat rådgivande samtal innebär en mer omfattande åtgärd, ofta med både fler och längre sessioner än rådgivande samtal, och förutsätter att personalen är utbildad i den metod som används samt har fördjupad ämneskompetens. En mer utförlig beskrivning av rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Vid webbaserad intervention är det viktigt att vårdgivaren säkerställer specifika säkerhetslösningar för att minska risken för att obehöriga tar del av personuppgifter, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2016:40). Åtkomst av personuppgifter över internet ska föregås av så kallad stark autentisering, vilket innebär att identiteten kontrolleras på

minst två olika sätt, till exempel med hjälp av e-legitimation och tillhörande kod.

Enkla råd

Socialstyrelsen ger i denna revidering av riktlinjerna inga rekommendationer om åtgärden enkla råd – det vill säga information och korta standardiserade råd om levnadsvanor.

Det är dock av stor vikt att hälso- och sjukvården fortsätter att erbjuda enkla råd om levnadsvanor. Enkla råd utgör en självklar del av de bedömningsamtal som hälso- och sjukvården har med patienter för att kartlägga och uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor. Enkla råd bör ses som en grund för fortsatt behandling med mer omfattande åtgärder (t.ex. rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal) och bör kunna ges på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

I de studier som ligger till grund för rekommendationerna i riktlinjerna används ofta enkla råd som jämförelse.

Rökavvänjning med snus eller e-cigarett

Socialstyrelsen ger inga rekommendationer om snus eller e-cigarett som rökavvänjning i dessa riktlinjer. Snus eller e-cigarett är inte godkända som rökavvänjningsprodukter. I riktlinjerna finns andra effektiva åtgärder vid rökning som har vetenskapligt stöd.

Enligt regeringens ANDT-strategi är målet att minska allt tobaksbruk. Även ramkonventionen om tobaks kontroll, som Sverige antog 2005, syftar till att minska allt tobaksbruk. Snus är en tobaksprodukt och medför en ökad risk för sjukdom och dödlighet. Även e-cigarett kan innehålla skadliga ämnen.

Fokus på riskgrupper

I de centrala rekommendationerna betonar Socialstyrelsen särskilt rekommenderade åtgärder för att förändra ohälsosamma levnadsvanor hos följande riskgrupper:

- vuxna med särskild risk
- vuxna som ska genomgå en operation
- barn och unga under 18 år
- gravida.

För ammande, småbarnsföräldrar och äldre gäller samma rekommendationer som för övriga vuxna.

Det är dock viktigt att hälso- och sjukvården även erbjuder råd och stöd till vuxna generellt som har behov av att förändra ohälsosamma levnadsvanor. En ohälsosam levnadsvana innebär en ökad risk för sjukdom och ohälsa även för personer som inte tillhör en riskgrupp. Trots att risken för sjukdom är högre för personer med ohälsosamma levnadsvanor som tillhör en riskgrupp inträffar de flesta sjukdomsfall bland dem med låg eller måttlig risk, eftersom dessa är så många fler än dem med hög risk. Ur ett folkhälsoperspektiv är det därför av stort värde om vuxna generellt uppmuntras att göra förändringar i hälsosam riktning.

Rekommendationer för vuxna med särskild risk

För vissa grupper av vuxna är ohälsosamma levnadsvanor mer riskfyllda än för andra. I riktlinjerna benämns dessa grupper som *vuxna med särskild risk*.

Personer med särskild risk har ett redan sårbart tillstånd (sjukdom eller andra riskfaktorer) som kan vara en följd av eller förvärras av ohälsosamma levnadsvanor. Det är därför särskilt angeläget att hälso- och sjukvården stöder dessa grupper att förändra sina levnadsvanor till det bättre, för att minska riskerna för ytterligare ohälsa och förtida död. Exempel på sådana grupper är personer som har

- en sjukdom (t.ex. diabetes, astma, KOL, cancer, hjärt-kärlsjukdom, långvarig smärta, schizofreni eller depression)
- fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning
- social sårbarhet (t.ex. låg socioekonomisk ställning)
- biologiska riskmarkörer (t.ex. högt blodtryck, blodfettssrubbingar, övervikt eller fetma)
- andra riskfaktorer (t.ex. flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt eller en olycksfallsskada)

Det vetenskapliga underlaget om effekterna av åtgärderna för vuxna med särskild risk är i de flesta fall otillräckligt. Prioriteringen för denna grupp har därför huvudsakligen utgått från underlaget för vuxna generellt, och är genomgående högre än för vuxna generellt på grund av den högre svårighetsgraden.

Samtliga rekommendationer för vuxna med särskild risk finns även för vuxna generellt.

Rökning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 22)

Tobaksrökning är den enskilt främsta riskfaktorn för sjukdom och förtida död. Till exempel är risken att insjukna och att dö i lungcancer mycket stor.

Kvalificerat rådgivande samtal om rökning innebär en omfattande åtgärd där hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med personen i syfte att stödja denna att sluta röka. Åtgärden förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som röker dagligen. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden bidrar till att fler slutar röka jämfört med rådgivande samtal och enkla råd.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som röker dagligen (*prioritet 1*).

Övriga rekommendationer inom området

För vuxna med särskild risk som röker dagligen finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- rådgivande samtal (*rad 21*)
- samtal med tillägg av nikotinläkemedel eller andra läkemedel för rökavvänjning (vareniklin och bupropion) (*rad 23 och 24*).

Riskbruk av alkohol

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 29)

Riskbruk av alkohol är förenat med en ökad risk för lång- eller kortvariga skadliga konsekvenser som till exempel olycksfall eller cancer och stroke.

Rådgivande samtal om alkohol innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten för att stödja personen att minska sin alkoholkonsumtion. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till en minskning av veckokonsumtionen av alkohol.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol (*prioritet 3*).

Övriga rekommendationer inom området

För vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- kvalificerat rådgivande samtal (*rad 30*)
- webbaserad intervention (*rad 31*).

Ohälsosamma matvanor

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 33)

Ohälsosamma matvanor ger en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Ohälsosamma matvanor är den riskfaktor som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan såväl i Sverige som i världen.

Kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor innebär en omfattande åtgärd där hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten i syfte att stödja denna till bättre matvanor. Åtgärden förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

För äldre och personer med kroniska sjukdomar är det viktigt att anpassa råden om matvanor utifrån individens näringsbehov och fysiska förmåga.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till en stor ökning av dagligt intag av frukt och grönsaker jämfört med ingen behandling, enkla råd eller rådgivande samtal.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor (*prioritet 1*).

Övriga rekommendationer inom området

För vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- rådgivande samtal (*rad 32*)
- webbaserad intervention (*rad 34*).

Otillräcklig fysisk aktivitet

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 35, 36, och 37)

Otillräcklig fysisk aktivitet ökar risken för förtida död och kroniska sjukdomar, såsom typ 2-diabetes, hjärtkärlsjukdom och depression.

Rådgivande samtal om otillräcklig fysisk aktivitet innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten som syftar till att stödja en beteendeförändring för att öka den fysiska aktiviteten eller minska stillasittande. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Det rådgivande samtalet kan kompletteras med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare. En skriftlig ordination om fysisk

aktivitet ges i samråd med patienten och kan ses som en form av överenskommelse mellan vårdgivare och patient. Ordinationen ska vara individuellt anpassad när det gäller typ av aktivitet, aktivitetens intensitet och frekvens och behandlingsperiodens längd.

En form av skriftlig ordination i Sverige är den som utförs med metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR). Den svenska FaR-modellen omfattar fem komponenter där de första tre delarna utgör kärnan i behandlingen: individuellt rådgivande samtal, individanpassad skriftlig ordination samt uppföljning. Det finns även ytterligare två delar som kan användas som metodstöd: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS, och Samverkan med föreningar och friskvårdsaktörer. En mer utförlig beskrivning av FaR finns i bilagan *Kunskapsunderlag* (rad 36).

Rådgivande samtal kan också kompletteras med tillägg av aktivitetsmätare. Det innebär att patienten uppmanas att regelbundet och systematiskt använda sig av aktivitetsmätare i syfte att motivera till ökad fysisk aktivitet eller minska stillasittande genom självmonitorering. En aktivitetsmätare kan (beroende på typ) registrera antal steg vid promenad eller löpning eller registrera hela mönstret av den fysiska aktiviteten, det vill säga intensitet, varaktighet och frekvens.

För äldre och personer med kroniska sjukdomar är det viktigt att anpassa den fysiska aktiviteten till aktuellt hälso- och allmäntillstånd.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal eller rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination om fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva. Det är dock viktigt att val av åtgärd individanpassas. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad samt att åtgärderna kan bidra till ökad fysisk aktivitet och mindre stillasittande.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva (*prioritet 2*)
- erbjuda rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva (*prioritet 2*)
- erbjuda rådgivande samtal med tillägg av aktivitetsmätare till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva (*prioritet 2*).

Övriga rekommendationer inom området

För vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- kvalificerat rådgivande samtal (*rad 38*)
- webbaserad intervention (*rad 39*).

Rekommendationer för vuxna som ska genomgå en operation

Ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för komplikationer i samband med en operation. Framför allt utgör rökning och alkohol oberoende riskfaktorer vid operation. Inför planerade operationer kan ett stort antal komplikationer förebyggas genom att avstå från rökning och alkohol 4–8 veckor innan operation. Det är även viktigt med rök- och alkoholstopp under tiden efter operation för att minska postoperativa komplikationer.

Rökning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 41 och 71)

Rökning, både sporadisk och daglig, är en stark riskfaktor för komplikationer i samband med operation. Den vanligaste komplikationen är försämrad sår-läkning, vilket ökar risken för infektioner. Rökning kan också öka risken för att få problem med hjärtat, blodkärl och lungor under operationen.

Rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal om rökning innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten i syfte att stödja personen att sluta röka i samband med operation. Kvalificerat rådgivande samtal är mer omfattande än rådgivande samtal och förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Nikotinläkemedel eller läkemedel för rökavvänjning (vareniklin) kan erbjudas som tillägg till rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal vid rökavvänjning för att minska abstinensbesvär.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kvalificerat rådgivande samtal med erbjudande om tillägg med nikotinläkemedel till vuxna som ska genomgå en operation och som röker. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har mycket stor effekt på rökstopp inför operation och stor effekt på rökstopp även på längre sikt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin). Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har måttlig till stor effekt på rökstopp inför operation. Samtidigt innebär åtgärden även en risk för biverkningar.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal med erbjudande om tillägg med nikotinläkemedel till vuxna som ska genomgå en operation och som röker (*prioritet 1*).
- erbjuda rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin) till vuxna som ska genomgå en operation och som röker (*prioritet 2*).

Övriga rekommendationer inom området

För vuxna som ska genomgå en operation och som röker finns även en rekommendation om följande åtgärd (se bilaga 2):

- rådgivande samtal med erbjudande om nikotinläkemedel (*rad 40*).

Riskbruk av alkohol

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 42)

Personer med ett riskbruk av alkohol som ska genomgå en operation har en ökad risk för postoperativa komplikationer. Den vanligaste komplikationen är postoperativa infektioner. Vid större kirurgiska ingrepp ökar även förekomsten av sårproblem, hjärt- och lungkomplikationer samt blödningar.

Rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten i syfte att stödja personen till ett uppehåll i alkoholkonsumtion i samband med operation. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Rekommendationen om rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol inför operation utgår från det vetenskapliga underlaget för vuxna med riskbruk av alkohol generellt.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till vuxna som ska genomgå en operation och har ett riskbruk av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till en minskning av veckokonsumtionen av alkohol.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till vuxna som ska genomgå en operation och har ett riskbruk av alkohol (*prioritet 3*).

Övriga rekommendationer inom området

För vuxna som ska genomgå en operation och som har ett riskbruk av alkohol finns även en rekommendation om följande åtgärd (se bilaga 2):

- kvalificerat rådgivande samtal (*rad 43*).

Rekommendationer för barn och unga under 18 år

Tobaksbruk hos unga under 18 år

(*Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 45 och 48*)

Med tobaksbruk hos unga under 18 år avses både daglig och sporadisk rökning eller snusning, och oavsett mängd cigaretter eller snus.

Många som använder tobak börjar redan under ungdomsåren och blir tidigt nikotinberoende. Risken för sjukdom och dödlighet vid rökning ökar med mängden cigaretter och hur länge man har rökt. Även snus ökar risken för sjukdom och död. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvården stödjer unga under 18 år som röker eller snusar att bli av med sitt tobaksbruk.

Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk innebär en omfattande åtgärd där hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med den unga i syfte att stödja denna att sluta röka eller snusa. Åtgärden förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används. En mer utförlig beskrivning av tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Webbaserad intervention för att stödja en beteendeförändring relaterad till tobaksbruk innefattar individuellt anpassat stöd inklusive information om rökning och om att sluta röka samt ett antal interaktiva komponenter, som till exempel möjlighet att få mejl med personligt stöd inom 24 timmar. Interventionen kan kompletteras med rådgivande samtal och telefonuppföljning. Vid webbaserad intervention är det viktigt att vårdgivaren säkerställer specifika säkerhetslösningar för att minska risken för obehöriga att ta del av personuppgifter enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2016:40).

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till unga under 18 år som har ett tobaksbruk. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har stor effekt på självrapporterat rökstopp jämfört med åtgärder av lägre intensitet.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda webbaserad intervention till unga under 18 år som har ett tobaksbruk. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till att fler slutar röka, även på längre sikt. Åtgärden är dessutom lättillgänglig och kan nå många.

Rekommendationerna baseras på vetenskapliga underlag för rökning då det saknas studier gällande snusning.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till unga under 18 år som har ett tobaksbruk (*prioritet 3*)
- erbjuda webbaserad intervention till unga under 18 år som har ett tobaksbruk (*prioritet 3*).

Övriga rekommendationer inom området

För unga under 18 år med tobaksbruk finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- rådgivande samtal (*rad 44*)
- kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel (*rad 46*)
- familjestödsprogram (*rad 47*).

Bruk av alkohol hos unga under 18 år

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 49)

Bruk av alkohol är en av de största enskilda riskfaktorerna för dödsfall och ohälsa bland unga 15–19 år. Alkoholkonsumtion under tonåren har visat sig öka risken för senare problematisk alkoholanvändning. För unga under 18 år definieras all alkoholkonsumtion som riskbruk.

Rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten i syfte att stödja personen att minska sin alkoholkonsumtion. En mer utförlig beskrivning av åtgärden finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till unga under 18 år som brukar alkohol. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till en liten minskning av alkoholkonsumtionen. Rådgivande samtal är den bästa tillgängliga åtgärden för denna målgrupp.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda rådgivande samtal till unga under 18 år med bruk av alkohol (*prioritet 5*).

Övriga rekommendationer inom området

För unga under 18 år med bruk av alkohol finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- familjestödsprogram (*rad 50*)

- webbaserad intervention (*rad 51*).

Otillräcklig fysisk aktivitet hos unga under 18 år

(*Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 52*)

Otillräcklig fysisk aktivitet hos barn och unga under 18 år ökar risken för sämre fysisk och psykisk hälsa samt sämre fysisk kapacitet. Det kan möjligen också påverka framtida hälsa och öka risken för att utveckla vissa kroniska sjukdomar i vuxen ålder.

Rådgivande samtal om otillräcklig fysisk aktivitet innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten som syftar till att stödja en beteendeförändring för att öka den fysiska aktiviteten eller minska stillasittande. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till en ökning av den fysiska aktiviteten på en måttlig till hög intensitetsnivå.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva (*prioritet 3*).

Övriga rekommendationer inom området

För unga under 18 år med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- webbaserad intervention (*rad 68*)
- familjestödsprogram (*rad 53*).

Ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet hos barn 2–5 år och 6–12 år

(*Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 54 och 55*)

Ohälsosamma matvanor hos barn bedöms öka risken för övervikt och fetma. Barns matvanor påverkar även riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes, såsom insulinresistens, LDL-kolesterol och blodtryck – både i barn- och vuxna.

Fysisk aktivitet hos barn bedöms minska risken för övervikt och påverka den motoriska och kognitiva utvecklingen samt den psykosociala hälsan och benmassan positivt. Mer utförliga beskrivningar av aktuella tillstånd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Familjestödsprogram har fokus på hela familjen och inkluderar vanligen olika komponenter som samtal, information och praktiska övningar för att ge mer hälsosamma matvanor och öka den fysiska aktiviteten. Åtgärden är vanligtvis strukturerad och teoribaserad. Det kan till exempel innebära att arbeta med motiverande strategier, uppmana familjen att sätta upp mål för sin förändring, främja en tydlig och vägledande föräldrastil och att som förälder fungera som en förebild. Mer utförliga beskrivningar av åtgärden för respektive åldersgrupp finns i bilagan *Kunskapsunderlag* (rad 54 och 55).

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda familjestödsprogram till barn 2–5 år med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till ett högre intag av grönsaker och ett minskat intag av sötade drycker och snabbmat. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt på fysisk aktivitet.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda familjestödsprogram till barn 6–12 år med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till ett något högre intag av grönsaker, något lägre intag av sötade drycker samt en liten ökning av fysisk aktivitet.

Rekommendationerna gäller kombinationen av ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet då det saknas studier om de separata levnadsvanorna.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda familjestödsprogram till barn 2–5 år och 6–12 år med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet (*prioritet 5*).

Övriga rekommendationer inom området

För barn och unga under 18 år med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet finns även en rekommendation om följande åtgärd (se bilaga 2):

- webbaserad intervention (*rad 70*).

Rekommendationer för gravida

Ohälsosamma levnadsvanor hos gravida innebär risker både för kvinnan och för fostret. Genom mödrahälsovården träffar hälso- och sjukvården i princip alla gravida kvinnor och har därigenom goda möjligheter att stödja en beteendeförändring hos de gravida som har ohälsosamma levnadsvanor.

Rökning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 56)

Med rökning hos gravida avses både dagligt och sporadiskt bruk, oavsett mängden cigaretter. Rökning under graviditeten medför dels en risk för ohälsa hos kvinnan, dels en ökad risk för låg födelsevikt hos barnet och för tidig födsel, vilket i sin tur ger ökad risk för perinatal sjuklighet och dödlighet. Om gravida som röker slutar att röka minskar riskerna till nivåer som är jämförbara med de som inte rökt under graviditeten.

Många börjar röka igen efter att barnet är fött. Nikotin övergår i bröstmjölk, vilket gör att barn som ammas får i sig nikotin om modern röker. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården ger ett fortsatt stöd till kvinnor som slutat röka under graviditeten.

Rådgivande samtal om rökning innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten för att stödja personen att sluta röka. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till gravida som röker. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden bidrar till att fler är rökfria under sen graviditet och 0–6 månader efter förlossning, jämfört med sedvanlig mödrahälsovård.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till gravida som röker (*prioritet 1*).

Övriga rekommendationer inom området

För gravida som röker finns även rekommendationer om följande åtgärder (se bilaga 2):

- kvalificerat rådgivande samtal (*rad 57*)
- kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel (*rad 58*).

Snusning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 59)

Med snusning hos gravida avses både dagligt och sporadiskt bruk, oavsett mängd snus. Snusning under graviditeten innebär en ökad risk för ohälsa hos kvinnan men även en ökad risk för för tidig födsel och låg födelsevikt hos barnet vilket medför ökad risk för perinatal sjuklighet och dödlighet.

Rådgivande samtal om snusning innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten för att stödja personen att sluta snusa. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Rekommendationen om rådgivande samtal vid snusning hos gravida utgår från det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt som snusar.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till gravida som snusar. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till att fler slutar snusa, jämfört med enkla råd eller sedvanlig behandling. Det finns inga alternativa behandlingar med visad effekt för gravida som snusar.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till gravida som snusar (*prioritet 3*).

Bruk av alkohol

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 60)

Utöver de hälsorisker som förknippas med en hög konsumtion av alkohol generellt innebär bruk av alkohol under graviditeten också en ökad risk för fostret. Alkohol exponering kan ha skadliga effekter på fosterutvecklingen och ge livslånga komplikationer. Hur känsligt fostret är för alkohol beror dels på mängden alkohol, dels på tidpunkten under fosterutvecklingen samt av genetiska faktorer. Det går därmed inte att ange någon säker gräns för alkoholkonsumtion under graviditet.

I Sverige rekommenderas alla gravida kvinnor att avstå helt från alkohol under graviditeten, och all konsumtion av alkohol ses som riskbruk.

Rådgivande samtal om alkohol innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten för att stödja personen att avstå från alkohol under graviditeten. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Rekommendationen om rådgivande samtal vid bruk av alkohol hos gravida utgår från det vetenskapliga underlaget för vuxna med riskbruk av alkohol generellt.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till gravida med bruk av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till en minskning av veckokonsumtionen av alkohol.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till gravida med bruk av alkohol (prioritet 2).

Övriga rekommendationer inom området

För gravida som brukar alkohol finns även en rekommendation om följande åtgärd (se bilaga 2):

- kvalificerat rådgivande samtal (*rad 61*).

Ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 62)

Ohälsosamma matvanor under graviditeten kan utöver samma risker som för vuxna generellt även innebära en risk för kraftig viktuppgång. Det ökar i sin tur risken för graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och förlossningskomplikationer, med konsekvenser för barnets hälsa på både kort och lång sikt.

Otillräcklig fysisk aktivitet ökar risken för förtida död och kroniska sjukdomar, såsom typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdom, cancer och depression. För gravida gäller samma rekommendation om fysisk aktivitet som för vuxna generellt, det vill säga 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå alternativt mindre än 75 minuter per vecka på en hög intensitetsnivå. Valet av aktivitet behöva dock anpassas till tillståndet.

Kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet innebär en omfattande åtgärd där hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten i syfte att stödja en beteendeförändring till bättre matvanor och ökad fysisk aktivitet eller minskat stillasittande. Åtgärden förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används. Mer utförliga beskrivningar av aktuellt tillstånd och åtgärd finns i *Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till gravida som har ohälsosamma matvanor och är otillräckligt fysiskt aktiva. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden har måttlig effekt på intag av frukt och grönsaker. Åtgärden har även måttlig effekt på minskat intag av sötade drycker och minskat stillasittande på kort sikt.

Rekommendationen gäller kombinationen ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet då det finns bristfälligt med studier som fokuserar på de separata levnadsvanorna.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till gravida som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva (*prioritet 2*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården. Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda personer med ohälsosamma levnadsvanor den bästa vården.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen endast beräkningar för de rekommendationer som kan förväntas innebära de största konsekvenserna för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Dessutom bör åtgärder som fått rekommendationen *FoU* inte användas som rutin med hänsyn till att kunskapsläget är ofullständigt.

Varje beslut om resursfördelning utifrån riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som till exempel har fått rangordning 5 (exempelvis på grund av liten effekt eller låg evidens) kan vara den bästa jämfört med alternativen, eller till och med det enda alternativ som finns tillgängligt för just det tillståndet. I sådana fall kan det innebära mer skada än nytta att dra ned resurserna.

Skattning och bedömning av kostnader

Socialstyrelsen beskriver ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för hälso- och sjukvården och kostnadsbördan som bärs av landsting och regioner samt i vissa fall av individen. Uppgiftskällor för bedömningarna är Socialstyrelsens nationella utvärdering på området från 2014 inklusive enkätundersökningar, Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät, Socialstyrelsens hälsodataregister samt Statistiska centralbyråns befolkningsbaserade register. Socialstyrelsen har även hämtat underlag från publicerade studier och gjort egna bedömningar där uppgifter saknats.

Socialstyrelsen rekommenderar samma grundläggande åtgärd vid olika typer av ohälsosamma levnadsvanor. Ett exempel på detta är åtgärden rådgivande samtal som återkommer som central rekommendation för vuxna med särskild risk och riskbruk av alkohol samt för unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva eller använder alkohol.

Utgångspunkten för beräkningarna är att även om innehållet i ett rådgivande samtal anpassas till tillståndet, levnadsvanan och individens förutsättningar, så är omfattningen av hälso- och sjukvårdens insats likartad. Beräkningarna har utgått från samma enhetskostnad för alla rådgivande samtal motsvarande en sjukvårdande behandling av annan vårdgivare än läkare (drygt 600 kronor enligt Södra sjukvårdsregionens prislista 2017). Eftersom

kvalificerat rådgivande samtal bedöms vara mer omfattande och innehålla fler tillfällen utgår beräkningarna för denna åtgärd från schablonen att varje tillfälle motsvarar samma längd som två rådgivande samtal. Utgångspunkten är också att kvalificerat rådgivande samtal innebär i genomsnitt fem samtals-tillfällen per person. Enhetskostnaden för kvalificerat rådgivande samtal blir då drygt 6 000 kronor. I praktiken är det dock tänkbart att individer kan ha behov av både färre och fler tillfällen.

Beräkningarna utgår vidare från att 80 procent av samtliga personer med den ohälsosamma levnadsvanan kommer att ta del av någon av de åtgärder som ingår i de centrala rekommendationerna under den kommande femårsperioden.

Kostnader för utbildning och kompetensutveckling inkluderas inte i beräkningarna. Grundläggande utbildning i rådgivande samtal, till exempel om motiverande strategier såsom motiverande samtal, ingår redan i flera fall i aktuella vårdprofessioners baskompetens. För kvalificerat rådgivande samtal förutsätts att vårdpersonalen, utöver ämneskunskapen också är utbildad i metoden som används för samtalet. Det är möjligt att åtgärden därför kräver utökad fortbildning av den personal som ska genomföra den kvalificerade rådgivningen. Det kan också vara så att åtgärden i huvudsak kräver organisatoriska förändringar där befintligt utbildad personal bör genomföra fler samtal, vilket kan ställa krav på förändrad arbetsplanering.

De sammanlagda kostnaderna för alla åtgärder riktade mot en viss levnadsvana kan därför bli högre i praktiken än vad Socialstyrelsens bedömningar visar.

Sammanfattning av konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna innebär i första hand ökade kostnader för hälso- och sjukvården. På kort sikt innebär riktlinjernas rekommendationer en betydande kostnadsökning, eftersom en stor andel av befolkningen har minst en ohälsosam levnadsvana som ökar risken för framtida sjuklighet. Med kort sikt menas de första fem åren efter att riktlinjerna publicerats (beräkningarna utgår från att det behövs fem år för att implementera rekommenderade åtgärder). Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen om fem år och framåt.

De flesta av dessa kostnader gäller landsting och regioner. Vissa kostnader gäller dock även kommunerna i det fall elevhälsan får ansvar för att genomföra åtgärder riktade till barn och unga under 18 år. Socialstyrelsens bedömning avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

Beräkningarna bygger på nuvarande befolkningsstorlek och förekomst av ohälsosamma levnadsvanor. Till följd av den allmänna befolkningsökningen och en längre förväntad livslängd kan antalet personer med ohälsosamma levnadsvanor komma att öka. Det under förutsättning att andelen personer med ohälsosamma levnadsvanor består. Vissa ohälsosamma levnadsvanor visar dock en nedåtgående trend, exempelvis rökning.

Förbättrade levnadsvanor i befolkningen till följd av utökad prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, förväntas dock innebära

minskade kostnader på lång sikt i takt med att även risken för framtida sjuklighet minskar. Socialstyrelsen har inte bedömt storleken på eventuella kostnadsbesparingar relaterat till de rekommenderade åtgärderna. För att få en uppskattning om möjliga vinster av förändrade levnadsvanor på insjuknandet i levnadsvanerelaterade sjukdomar kan landsting och regioner exempelvis använda Hälsokalkylatorn [22] (se *Kompletterande kunskapsstöd*).

Tabell 3 sammanfattar bedömningarna av förändrade kostnader på kort respektive lång sikt för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Tabell 3. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Hänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

Åtgärd	Central rekommendation	Kort sikt	Lång sikt
Vuxna med särskild risk			
Daglig rökning – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 22	↗	↘
Riskbruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 29	↗	↘
Ohälsosamma matvanor – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 33	↗	↘
Otillräcklig fysisk aktivitet – rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare	Rad 35, 36, 37	↗	↘
Vuxna som ska genomgå operation			
Rökning – kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel eller vareniklin	Rad 41, 71	↗	→
Riskbruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 42	↗	→
Unga under 18 år			
Tobaksbruk – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 45	↗	→
Bruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 49	↗	→
Otillräcklig fysisk aktivitet – rådgivande samtal	Rad 52	↗	→
Barn 2–5 år och 6–12 år			
Ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet – familjestödsprogram	Rad 54, 55	↗	→
Gravida			
Rökning, snusning eller bruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 56, 59, 60	↗	→
Ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 62	↗	→

Kommentar: Oförändrade kostnader = →, ökade kostnader = ↗ och minskade kostnader = ↘.

Tabell 4 sammanfattar bedömningen av vilka organisatoriska konsekvenser som de centrala rekommendationerna kan förväntas få och hur hälso- och sjukvården påverkas. Socialstyrelsen förväntar sig att flera delar av hälso- och sjukvården kan behöva öka insatser för att identifiera och erbjuda personer med ohälsosamma levnadsvanor någon av riktlinjens åtgärder. Primärvården kommer att ha en central roll för att genomföra rekommendationerna, men personer med ohälsosamma levnadsvanor återfinns också i andra delar av hälso- och sjukvården, såsom specialistvården, mödrahälsovården och elevhälsan.

Tabell 4. Organisatoriska konsekvenser för centrala rekommendationerHänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

Åtgärd	Central rekommendation	Organisatorisk konsekvens
Vuxna med särskild risk		
Daglig rökning – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 22	Viss. Hälso- och sjukvården behöver arbeta strukturerat med att erbjuda fler vuxna kvalificerat rådgivande samtal.
Riskbruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 29	Ja. Hälso- och sjukvården behöver arbeta strukturerat med att identifiera fler med riskbruk av alkohol samt erbjuda dessa rådgivande samtal.
Ohälsosamma matvanor – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 33	Ja. Hälso- och sjukvården behöver arbeta strukturerat med att identifiera fler med ohälsosamma matvanor samt erbjuda dessa kvalificerat rådgivande samtal.
Otillräcklig fysisk aktivitet – rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare	Rad 35, 36, 37	Ja. Hälso- och sjukvården behöver arbeta strukturerat med att identifiera fler med otillräcklig fysisk aktivitet samt erbjuda dessa rådgivande samtal.
Vuxna som ska genomgå operation		
Rökning – kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel eller vareniklin	Rad 41, 71	Ja. Specialistvården behöver arbeta strukturerat med att identifiera fler som röker inför planerade och akuta operationer samt samverka med och följa upp med rökavvänjning inom primärvården.
Riskbruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 42	Ja. Specialistvården behöver arbeta strukturerat med att identifiera fler med riskbruk av alkohol inför planerade och akuta operationer samt samverka med och följa upp med alkoholprevention inom primärvården.
Unga under 18 år		
Tobaksbruk – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 45	Ja. Hälso- och sjukvården inklusive elevhälsan behöver arbeta strukturerat med att identifiera unga under 18 år med tobaksbruk och erbjuda dessa kvalificerat rådgivande samtal.
Bruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 49	Ja. Hälso- och sjukvården inklusive elevhälsan behöver arbeta strukturerat med att identifiera unga under 18 år med alkoholbruk och erbjuda dessa rådgivande samtal.
Otillräcklig fysisk aktivitet – rådgivande samtal	Rad 52	Ja. Hälso- och sjukvården inklusive elevhälsan behöver arbeta strukturerat med att identifiera unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva och erbjuda dessa rådgivande samtal.
Barn 2–5 år och 6–12 år		
Ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet – familjestödsprogram	Rad 54, 55	Ja. Hälso- och sjukvården inklusive barnhälsovården samt specialistvården behöver arbeta strukturerat med att identifiera och följa upp barn och familjer i behov av familjestödsprogram.
Gravida		
Rökning, snusning eller bruk av alkohol – rådgivande samtal	Rad 56, 59, 60	Viss. Mödrahälsovården behöver arbeta strukturerat med att identifiera och följa upp ohälsosamma levnadsvanor bland gravida.

Åtgärd	Central rekommendation	Organisatorisk konsekvens
Ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet – kvalificerat rådgivande samtal	Rad 62	Ja. Mödravården behöver säkerställa kompetens om hur ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet kan identifieras hos gravida samt erbjuda åtgärden inom egen verksamhet alternativt remittera.

Vuxna med särskild risk

En och samma individ kan ha mer än en anledning till att höra till gruppen vuxna med särskild risk. Det finns uppgifter om hur många personer som kan räknas till olika riskgrupper, men det saknas sammantagen statistik för att med säkerhet avgöra hur många vuxna som tillhör minst någon riskgrupp och hur många som har mer än en risk. År 2016 uppgav nästan 30 procent av den vuxna befolkningen (16–84 år) att de inte mätte bra eller mycket bra [7]. Vidare uppgav omkring 40 procent av befolkningen att de hade besvär av långvarig sjukdom eller hälsoproblem [27].

Omkring 5,5 miljoner personer i åldern 20–84 år hämtade ut minst ett förskrivet läkemedel under 2016, vilket motsvarar omkring 70 procent av den svenska befolkningen i denna åldersgrupp. Samtliga dessa personer ingår inte i gruppen vuxna med särskild risk, men personer som använder något förebyggande läkemedel kan anses ha förhöjd risk. I denna grupp hade 1,5 miljoner personer gjort ett uttag av förskrivna läkemedel mot smärta, 1,7 miljoner mot högt blodtryck, och 846 000 personer hade hämtat ut läkemedel som används vid depression. Även om samma personer kan vara förskrivna flera läkemedel inom dessa läkemedelsgrupper förefaller det rimligt att anta att många uppfyller kriteriet läkemedelsbehandling för något tillstånd som ingår i en grupp med särskild risk.

Mot denna bakgrund beräknar Socialstyrelsen de ekonomiska konsekvenserna utifrån att hälften av de personer som anges ha respektive ohälsosam levnadsvana också tillhör gruppen vuxna med särskild risk.

Daglig rökning – kvalificerat rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om kvalificerat rådgivande samtal för vuxna med särskild risk som röker dagligen påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet personer som får kvalificerat rådgivande samtal i denna grupp med omkring 36 000 per år. Detta innebär ökade kostnader med omkring 226 miljoner kronor per år på nationell nivå.

Beräkningen av de ekonomiska konsekvenserna för hälso- och sjukvården av ökade insatser för vuxna med särskild risk som röker dagligen utgår från uppskattat antal vuxna som röker dagligen, antalet personer som redan i dag får olika former av rådgivning och kostnaden för kvalificerat rådgivande samtal. Beräkningarna utgår vidare från att hälften av de vuxna som röker dagligen tillhör gruppen som har en särskild risk. Kvalificerat rådgivande samtal kan erbjudas i olika delar av hälso- och sjukvården beroende på var

behoven finns och kan exempelvis ges i primärvården, på sjukhus eller inom psykiatrin.

Folkhälsomyndigheten rapporterar att nio procent av den vuxna befolkningen rökte dagligen 2016 [28]. Det motsvarar knappt 700 000 personer i åldrarna 18–84 år. I en enkät från Socialstyrelsen 2014 angav 10 landsting att endast 2,5 procent av primärvårdens patienter identifierades som personer som röker dagligen [16]. Detta tyder på att många personer röker dagligen utan att det dokumenteras av hälso- och sjukvården. Enkätsvaren visade vidare att omkring 0,5 procent av primärvårdens patienter fick kvalificerat rådgivande samtal för sitt tobaksbruk under 2013. Utifrån detta bedömer Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården kan öka antalet som får kvalificerat rådgivande samtal bland vuxna med särskild risk som röker dagligen med omkring 36 000 personer per år.

Kvalificerat rådgivande samtal erbjuds vanligen som besök i hälso- och sjukvården men kan även genomföras inom ramen för den nationella sluta-röka-linjen. Sluta-röka-linjen finansieras i huvudsak av staten och det betyder att kostnaden i dagsläget inte ligger hos den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården.

Det är inte möjligt att inom ramen för dessa riktlinjer belysa storleken på förväntade besparingar på lång sikt till följd av en minskad andel som röker dagligen i befolkningen. Om antalet som röker fortsätter att minska i linje med senare års trend [28], förväntas dock kostnaderna för rökningssjuklighet gå ned i framtiden. Cancerfonden publicerade 2017 en beräkning av de samhällsekonomiska kostnaderna för rökning 2015 som var 31,5 miljarder kronor [29]. Hur stor andel av dessa kostnader som kan minskas på lång sikt går inte att avgöra utifrån tillgängliga data.

Riskbruk av alkohol – rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om rådgivande samtal för vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol, påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet rådgivande samtal till denna grupp med 100 000 samtal per år. Detta skulle innebära en extra kostnad för hälso- och sjukvården på omkring 65 miljoner kronor per år på nationell nivå.

Enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät *Hälsa på lika villkor* var 17 procent av den vuxna befolkningen riskkonsumenter av alkohol 2015 [30]. I Socialstyrelsens nationella utvärdering av de föregående nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder framgår att mindre än en procent av personer som fått vård i primärvården hade ett konstaterat riskbruk av alkohol [16]. En lika liten andel hade mottagit någon form av samtalstöd för detta (enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal). Det tyder på att många personer med riskbruk av alkohol inte identifieras av hälso- och sjukvården och att få rådgivande samtal genomförs.

Det saknas statistik på hur många rådgivande samtal om riskbruk av alkohol som genomförs i hälso- och sjukvården som helhet. Beräkningarna utgår från antagandet att ingen vuxen med riskbruk av alkohol får rådgivande samtal inom hälso- och sjukvården i dag. Vidare görs antagandet att vuxna med

särskild risk utgör hälften av gruppen vuxna med riskbruk av alkohol. Sammantaget bedöms att omkring 100 000 vuxna per år med riskbruk av alkohol som har särskild risk bör få rådgivande samtal till en förväntad totalkostnad på 65 miljoner kronor per år.

Ohälsosamma matvanor – kvalificerat rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om kvalificerat rådgivande samtal för vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet kvalificerat rådgivande samtal till denna grupp och att ytterligare mellan 123 000 och 184 000 personer per år omfattas. Detta innebär en ökad kostnad för landstingen på mellan 770 miljoner och drygt 1,1 miljarder kronor per år.

Det finns flera sätt att bedöma hur många personer som har ohälsosamma matvanor och hur många som erbjuds åtgärder av hälso- och sjukvården i dag. Utvärderingen av de föregående nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder visade att omkring en procent av primärvårdens patienter ansågs ha ohälsosamma matvanor. Vidare uppgavs två procent av patienterna ha mottagit en åtgärd till följd av ohälsosamma matvanor.

I samband med de föregående riktlinjerna utvecklade Socialstyrelsen ett kostindex som baserades på ett urval av de enkätfrågor som Livsmedelsverket har tagit fram som indikatorer på kostens näringsmässiga kvalitet. Utifrån denna definition beräknades att omkring 20 procent av befolkningen hade betydande ohälsosamma matvanor. Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* från 2016 är det knappt 10 procent av befolkningen som äter frukt eller grönt fem gånger per dag motsvarande 500 gram per dag. Omkring 25 procent av befolkningen anger att de äter frukt och grönt högst en gång per dag 2016 [31].

Socialstyrelsen har beräknat förväntade ekonomiska konsekvenser utifrån två antaganden om hur stor andel av vuxna med särskild risk som har betydande ohälsosamma matvanor och bör få kvalificerat rådgivande samtal, 20 procent respektive 30 procent. Dessa förutsättningar skulle innebära att hälso- och sjukvården kan öka antalet vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor som får kvalificerat rådgivande samtal med omkring 123 000 respektive 184 000 personer per år.

Studier visar att kvalificerat rådgivande samtal kan öka intag av frukt och grönsaker och att personer som äter mer frukt och grönsaker på lång sikt har mindre risk för ischemisk hjärtsjukdom, stroke och vissa cancerformer. Det innebär att en bestående ändring i levnadsvanorna hos personer som idag äter begränsat med frukt och grönsaker långsiktigt kan minska sjukvårdskostnader relaterade till dessa sjukdomar. Hur stora dessa minskningar blir och hur snabbt de kan få genomslag har inte bedömts inom ramen för dessa riktlinjer.

En stor organisatorisk konsekvens av denna åtgärd är att primärvården behöver säkerställa kompetens om hur ohälsosamma matvanor kan identifieras och åtgärdas hos vuxna i olika åldrar med olika levnadsförhållanden. Åtgärden förutsätter metodkompetens samt fördjupad ämneskompetens.

Otillräcklig fysisk aktivitet – rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om rådgivande samtal eller rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare, för vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva, påverkar både resursfördelning och organisation. Detta eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare till denna grupp med 42 000–100 000 samtal per år jämfört med dagens nivå. Detta skulle innebära ökade kostnader på 26–62 miljoner kronor per år för hälso- och sjukvården.

De tre åtgärder som utgör centrala rekommendationer för vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva (d.v.s. rådgivande samtal, rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet och rådgivande samtal med tillägg av aktivitetsmätare) har alla fått samma prioritet. Det rådgivande samtalet är alltså grunden och kan kompletteras med skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare. Valet av kompletterande åtgärd individanpassas. Kostnadsbördan för tilläggen förväntas i första hand ligga på individen och inte på hälso- och sjukvården.

Enligt Folkhälsomyndighetens statistik för 2016 var det 35 procent av befolkningen som uppgav att de var fysiskt aktiva mindre än 150 minuter per vecka [32]. Detta motsvarar 2,7 miljoner personer i åldrarna 18–84 år. Resultaten i Socialstyrelsens nationella utvärdering 2014 visade att omkring tre procent av primärvårdens patienter var fysiskt inaktiva under 2013 och lika många hade mottagit någon form av samtalsstöd för detta (enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal). Förekomsten av tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare följdes inte upp i samband med utvärderingen av de föregående nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande åtgärder.

Det finns begränsat med information för att bedöma hur ofta hälso- och sjukvården ordinerar fysisk aktivitet. År 2013 uppgavs antalet FaR uppgå till 115 000 recept [33]. Statistik från 14 landsting i en enkät från nätverket för Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS) från 2015 pekar på 95 000 FaR, uppräknat till nationell nivå [34]. Baserat på detta gör Socialstyrelsen bedömningen att omkring 100 000 personer per år får FaR. Det saknas publicerad statistik om hur vanligt det är att hälso- och sjukvården ordinerar aktivitetsmätare som tillägg till rådgivande samtal.

Socialstyrelsen har beräknat de ekonomiska konsekvenserna av fler rådgivande samtal med två utgångspunkter. Den ena är att 230 000 personer i primärvården redan i dag får rådgivande samtal med eller utan tillägg utifrån uppgifter i den nationella enkäten. Den andra är att det är 230 000 som får enbart rådgivande samtal och att ytterligare 100 000 personer får rådgivande samtal och FaR som tillägg, eller totalt 330 000 personer. Sammantaget innebär det att hälso- och sjukvården skulle behöva öka antalet rådgivande samtal

med eller utan tillägg till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva med mellan 42 000 och 100 000 per år.

I en avhandling från Lunds universitet beräknas den genomsnittliga kostnaden för FaR per deltagare till 3 000–6 000 kronor under en fyramånadersperiod, beroende på intensiteten i aktiviteten [35]. Studien utgick från ett samhällsperspektiv för att sammanställa kostnaderna för de personer som deltog i interventionen, vilket innebär att samtliga kostnader som uppstod för individen, hälso- och sjukvården och samhället i stort inkluderades. Det innebär att denna genomsnittskostnad överskattar kostnaden som kommer att uppstå för landstingen och regionerna.

Utgifter som uppkommer i samband med förskriven fysisk aktivitet ingår inte i högkostnadsskyddet och det är aktivitetsarrangören som beslutar om en del av träningskostnaden kan subventioneras [25]. I övriga fall får individen själv stå för träningskostnaden. Det är även vanligt att individen själv får stå för kostnaden för inköp av aktivitetsmätare, utan subvention av hälso- och sjukvården. En del landsting och regioner har avtal med regionala idrottsförbund och ger generella bidrag för att finansiera samarbete angående FaR. Alternativt kan bidrag ges till lokala idrottsföreningar eller friskvårdsaktörer [34]. Det saknas uppgifter för att närmare beräkna hur detta påverkar kostnadsbördan för hälso- och sjukvården och individen. Det förekommer också att exempelvis arbetsgivare står för kostnaden inom ramen för olika friskvårdsprogram.

Beräkningarna utgår från att rådgivande samtal i genomsnitt är lika långa oavsett om de omfattar tillägg av ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare. Beräkningarna utgår vidare från att hälften av de vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva tillhör gruppen särskild risk. Kostnadsberäkningen inkluderar inte eventuell uppföljning i form av ett kortare telefonsamtal.

Sammantaget innebär detta att den förväntade kostnadsökningen för landstingen för dessa åtgärder uppgår till 26–62 miljoner kronor per år. Om antalet personer med otillräcklig fysisk aktivitet fortsätter att minska och om åtgärden medverkar till att den fysiska aktiviteten ökar kommer den procentuella andelen personer med otillräcklig fysisk aktivitet att minska över tid. Det innebär att kostnaderna kan minska på lång sikt.

Vuxna som ska genomgå en operation

Rökning – kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel eller vareniklin

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om kvalificerat rådgivande samtal med erbjudande om tillägg av nikotinläkemedel eller läkemedel för rökavvänjning (vareniklin), för vuxna som ska genomgå en operation, påverkar både resursfördelning och organisation. Det eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet kvalificerat rådgivande samtal till denna grupp med omkring 29 000 samtal per år. Detta innebär en ökad kostnad på omkring 181 miljoner kronor för hälso- och sjukvården på nationell nivå per

år. Till detta tillkommer kostnader för receptfria nikotinläkemedel som individen står för själv.

Uppföljningen av de föregående nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder visar att omkring sex procent av patienterna som skulle genomgå en operation rökte. Av dessa hade omkring fyra procent mottagit en åtgärd för sitt tobaksbruk under året [16]. Under 2015 opererades 412 000 personer inom den slutna vården [36]. Mot bakgrund av att omkring 11 procent av befolkningen röker [28] gör Socialstyrelsen bedömningen att antalet kvalificerat rådgivande samtal inför operation till personer som röker behöver öka med omkring 29 000 personer per år.

Hälso- och sjukvården kan anvisa nikotinläkemedel som tillägg till samtal vid rökavvänjning för att minska abstinensbesvär. För nikotinläkemedel (exempelvis tuggummi, sugtabletter och depotplåster) står individen själv för kostnaden. Läkemedel som innehåller vareniklin är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen. Hälso- och sjukvården bär därmed del av behandlingskosten för vareniklin. En behandlingsepisod motsvarande 8 veckor inför operation och dosering enligt förpackningsrekommendation kostar omkring 1 400 kronor för vareniklin och 3 500 kronor för en kombination av nikotinplåster och nikotintuggummi. Om hälften av de personer som ska opereras förskrivs vareniklin och hälften använder nikotintuggummi och nikotinplåster motsvarar det en total kostnad på omkring 70 miljoner kronor per år. Hälso- och sjukvården bär maximalt 20 miljoner kronor av detta och då utifrån att alla som får vareniklin fullt ut subventioneras eftersom de nått taket för högkostnadsskyddet under behandlingsperioden.

Riskbruk av alkohol – rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om rådgivande samtal till vuxna som ska genomgå en operation och som har riskbruk av alkohol påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet rådgivande samtal till denna grupp med omkring 56 000 samtal per år, vilket skulle innebära en ökad kostnad på omkring 35 miljoner kronor per år.

Under 2015 opererades 412 000 personer inom den slutna vården [36]. Tillgången till rådgivande samtal inför operation för vuxna med riskbruk av alkohol följdes inte upp i samband med utvärderingen av de föregående nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen bedömer dock att antalet personer som får denna typ av rådgivning kan öka med omkring 56 000 personer per år. Bedömningen är gjord mot bakgrund av att omkring 17 procent av befolkningen har ett riskbruk av alkohol samt utifrån antagandet att inga vuxna med riskbruk av alkohol får rådgivande samtal inför operation i dag. Beräkningen förutsätter att förekomsten av riskbruk av alkohol bland personer som ska genomgå en operation motsvarar förekomsten av riskbruk hos befolkningen generellt.

Unga under 18 år

Tobaksbruk – kvalificerat rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om kvalificerat rådgivande samtal för unga under 18 år med tobaksbruk påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Bedömningen är att hälso- och sjukvården behöver öka antalet kvalificerat rådgivande samtal till denna grupp med omkring 13 000 samtal per år. Kostnaden för hälso- och sjukvården för detta beräknas uppgå till omkring 79 miljoner kronor per år.

Det saknas nationell statistik över tobaksbruk hos den samlade gruppen unga under 18 år samt uppgifter om hur många unga under 18 år som får kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk. I en enkät om skolbarns hälsovanor från 2013–2014 uppgav 10 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna i 15-årsåldern att de röker någon gång [37]. Motsvarande siffror för snusning var åtta respektive tre procent. Om 12 procent av unga under 18 år har ett tobaksbruk behöver hälso- och sjukvården erbjuda omkring 13 000 kvalificerat rådgivande samtal per år till denna grupp.

Rekommendationen om kvalificerat rådgivande samtal innebär att landsting, regioner och kommuner behöver samverka kring att identifiera unga under 18 år med tobaksbruk och erbjuda kvalificerat rådgivande samtal av personal med kompetens inom området.

Bruk av alkohol – rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om rådgivande samtal till unga under 18 år som brukar alkohol påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Bedömningen är att hälso- och sjukvården behöver öka antalet rådgivande samtal till denna grupp med omkring 43 000 personer per år. Kostnaden för detta är omkring 27 miljoner kronor per år.

Det saknas nationell statistik över bruket av alkohol hos den samlade gruppen unga under 18 år, samt förekomsten av rådgivande samtal för unga under 18 år som brukar alkohol. År 2013–2014 uppgav 45 procent av flickorna och 55 procent av pojkarna att de aldrig dricker alkoholhaltig cider, vilket i jämförelse med andra alkoholhaltiga drycker var mest vanligt förekommande bland 15-åringarna [37]. Utifrån detta gör Socialstyrelsen bedömningen att hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal om alkoholbruk till 43 000 unga under 18 år per år.

Rekommendationen om rådgivande samtal innebär att landsting, regioner och kommuner behöver samverka kring om åtgärden ska erbjudas av elevhälsan, ungdomsmottagningar eller inom den landstingsorganiserade hälso- och sjukvården.

Otillräcklig fysisk aktivitet – rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om rådgivande samtal till unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta

mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet rådgivande samtal till unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva med omkring 100 000 samtal per år. Den förväntade totala kostnaden beräknas uppgå till omkring 63 miljoner kronor per år.

Det saknas nationell statistik över den fysiska aktiviteten hos den samlade gruppen unga under 18 år samt förekomsten av rådgivande samtal för unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva. År 2013–2014 uppgav 10 procent av flickorna och 15 procent av pojkarna i 15-årsåldern att de hade ägnat sig åt en timmes fysisk aktivitet per dag under den senaste veckan enligt en enkät om skolbarns hälsovanor [37]. Utifrån detta och med antagandet om att inga rådgivande samtal om fysisk aktivitet genomförs i dag gör Socialstyrelsen bedömningen att hälso- och sjukvården bör erbjuda omkring 100 000 rådgivande samtal per år till unga upp till 18 år.

Rekommendationen om rådgivande samtal innebär att landsting, regioner och kommuner behöver samverka kring om åtgärden ska erbjudas av elevhälsan, ungdomsmottagningar eller inom den landstingsorganiserade hälso- och sjukvården .

Barn 2–5 år och 6–12 år

Ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet – familjestödsprogram

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om familjestödsprogram för barn 2–5 år och 6–12 år med ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet påverkar hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation. Det eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet familjestödsprogram till dessa grupper med 27 000–31 000 per år, vilket motsvarar en årlig kostnad på 189–216 miljoner kronor.

Det saknas samlad nationell statistik över antalet barn mellan 2 och 5 år samt mellan 6 och 12 år som har ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet, samt om förekomsten av familjestödsprogram för dessa barn. Folkhälsomyndighetens skolhälsoenkät 2013–2014 av 11-åringars fysiska aktivitet och matvanor visade att omkring 13 procent av flickorna och 21 procent av pojkarna hade varit fysiskt aktiva minst en timme om dagen [38], motsvarande den svenska rekommendationen och den från WHO. I samma enkät uppgav 26 procent av flickorna respektive 21 procent av pojkarna att de åt grönsaker mer än en gång per dag.

Det finns indikationer på att trenden under slutet av 1900-talet med en växande andel barn med övervikt har stannat av de senaste åren [39]. Enligt en studie framkom det att andelen 8-åringar i Stockholm som har övervikt har ändrats endast marginellt mellan 2003 och 2011 (ingen skillnad för pojkar och en viss minskning bland flickor) [40]. Samma studie visade på en stabil förekomst av övervikt bland 12-åringar mellan 2003 och 2011 på ett nationellt plan. En rapport från Stockholms läns landsting från 2013 angav att nio procent av 4-åringarna hade övervikt [41].

Baserat på dessa studier skulle 8 000–12 000 barn i åldern 2–5 år och deras familjer vara aktuella för familjestödsprogram varje år. Motsvarande siffra för åldersgruppen 6–12 år uppgår till omkring 19 000 barn och deras familjer per år. Det totala behovet av familjestödsprogram kan vara mindre eftersom åtgärden också ges i familjer där mer än ett barn identifieras som otillräckligt fysiskt aktiva eller har ohälsosamma matvanor.

Resursåtgången för att erbjuda familjestödsprogram kan beräknas genom att utgå från ett exempel på familjestödsprogram från en svensk studie [42]. Studien används endast för att illustrera en möjlig omfattning av ett familjestödsprogram. I studiens familjestödsprogram deltar föräldrar med barn under fyra år vid totalt nio stödtillfällen med en sjuksköterska. De flesta tillfällena utgjorde då individuella möten och kompletterades av ett längre gruppstillfälle och två kortare telefonsamtal. Besökskostnaden (som har använts som utgångspunkt för hälso- och sjukvårdens kostnader) baseras på kostnaden för en sjukvårdande behandling av annan personal än läkare, inklusive lönekostnader och fasta kostnader, enligt Södra sjukvårdsregionens prislista för 2017. Ett individuellt möte hos sjuksköterska för två föräldrar antas motsvara två besök, ett telefonsamtal motsvarar en tredjedel av kostnaden för ett besök och för det längre gruppmötet fördelas kostnaden över antalet deltagare.

Beräkningarna av kostnader för åtgärden omfattar inte kostnader för utbildning och kompetensutveckling. Åtgärden förutsätter dock att personalen, utöver ämneskunskapen, har grundläggande utbildning i familjerådgivning och detta kan skilja sig mellan vårdenheter och mellan landsting. Familjestödsprogram kan vidare utformas med olika komponenter som ställer olika krav på personalens kompetens. Det saknas tillgänglig statistik över hur stor andel av hälso- och sjukvårdens personal som har relevant utbildning i familjestödsprogram. Landsting och regioner som saknar tillgång på dessa kompetenser behöver säkerställa att grundläggande kompetensen finns.

Gravida

Rökning, snusning eller bruk av alkohol – rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om rådgivande samtal för gravida som röker, snusar eller dricker alkohol påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet rådgivande samtal till gravida som brukar tobak eller alkohol med omkring 6 500 per år. Det skulle innebära en ökad kostnad på omkring 3 miljoner kronor.

Utvärderingen av de föregående riktlinjerna uppgav att 98 procent av alla gravida har kontakt med mödrahälsovården. Mödrahälsovårdsverksamheter är skyldiga att dokumentera och rapportera till Socialstyrelsens medicinska födelseregister om den gravida röker eller snusar, dels vid inskrivningen, dels i graviditetsvecka 32 [43].

Andelen gravida som rökte vid inskrivning i mödrahälsovården var 5,1 procent 2015 (totalt 5 660 gravida), enligt det medicinska födelseregistret [43]. Motsvarande siffra för förekomsten av snusning i tidig graviditet var 1,3 procent. Andelen gravida som uppger att de röker eller snusar i sen graviditet uppgår till 3,7 respektive 0,8 procent.

I samband med utvärderingen av de föregående riktlinjerna uppgav fem landsting i en enkätundersökning att drygt var fjärde gravid som röker hade fått rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal. En slutsats i uppföljningen var därmed att betydligt fler tobakspreventiva åtgärder sannolikt genomförs men att dessa inte dokumenteras, eftersom de inte ingår i den standardiserade mödrahälsovårdsjournalen [16]. Tre landsting uppgav att två av tre gravida som har fått en åtgärd hade slutat röka vid återbesöket i vecka 32. Enkäten redovisade endast åtgärder för rökstopp. Baserat på att andelen gravida som röker sjunker med en tredjedel (från 5,1 till 3,7 procent) kan en alternativ skattning av hur många gravida som röker och som genomgår en tobakspreventiv åtgärd uppgå till omkring 40 procent. Detta under förutsättning att samtliga som slutar röka har fått stöd och att två av tre gravida som får stöd slutar röka. Mot bakgrund av dessa uppgifter har Socialstyrelsen beräknat kostnaden för ytterligare 2 800 rådgivande samtal om tobak per år.

Mödrahälsovården gör en bedömning av alkoholkonsumtionen hos alla gravida kvinnor vid det första besöket. Bedömningen avser kvinnans alkoholvanor året innan graviditeten, vilket följs upp vid återbesöket i graviditetsvecka 32. Systembolagets *Alkoholrapporten 2017* anger att andelen kvinnor i Sverige som uppger att de någon gång har druckit alkohol under graviditeten uppgår till 9,4 procent [44]. År 2015 hade omkring fyra procent av alla gravida ett riskbruk av alkohol vid tidpunkten för inskrivning i mödrahälsovården [45]. I samband med utvärderingen av de föregående riktlinjerna var det inte möjligt att göra en bedömning av andelen gravida kvinnor med riskbruk av alkohol som genomgick en alkoholpreventiv åtgärd, eftersom endast tre landsting kunde uppge denna information [16]. Socialstyrelsen har beräknat de totala kostnaderna för att erbjuda 3 700 gravida rådgivande samtal om bruk av alkohol.

Den förväntade totalkostnaden per år för rådgivande samtal för gravida som röker, snusar eller brukar alkohol beräknas uppgå till omkring 3 miljoner kronor. Om samma person ingår i statistiken över rökning och alkohol, och om rådgivande samtal om tobak och alkohol kan genomföras samlat, kommer de faktiska kostnaderna att vara lägre än 3 miljoner kronor.

Ohälsosamma matvanor och otillräckligt fysisk aktivitet – kvalificerat rådgivande samtal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om kvalificerat rådgivande samtal för gravida som har ohälsosamma matvanor och är otillräckligt fysiskt aktiva påverkar både resursfördelning och organisation, eftersom hälso- och sjukvården behöver avsätta mer tid för detta. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården behöver öka antalet kvalificerat rådgivande samtal till

gravida som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva med omkring 9 000 per år. Det skulle innebära en ökad kostnad på omkring 57 miljoner kronor.

Utvärderingen av de föregående riktlinjerna uppgav att 98 procent av alla gravida har kontakt med mödrahälsovården. Mödrahälsovårdsverksamheter är skyldiga att dokumentera och rapportera till Socialstyrelsens medicinska födelseregister om övervikt och fetma bland gravida [43]. Andelen gravida med övervikt och fetma vid inskrivning i mödrahälsovården var 26 procent respektive 14 procent 2016, av totalt omkring 45 000 gravida, enligt det medicinska födelseregistret [43].

Socialstyrelsen använde samma underlag som för vuxna med särskild risk för att beräkna av antalet gravida kvinnor som skulle kunna få kvalificerat rådgivande samtal på grund av ohälsosamma matvanor. Detta bygger på ett kostindex som baseras på ett urval av de enkätfrågor som Livsmedelsverket har tagit fram som indikatorer på kostens näringsmässiga kvalitet. Utifrån denna definition beräknades att omkring 20 procent av befolkningen hade betydande ohälsosamma matvanor i samband med de föregående riktlinjerna. Enligt den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* från 2016 är det knappt 10 procent av befolkningen som äter frukt eller grönt fem gånger per dag motsvarande 500 gram per dag. Vidare anger omkring 25 procent av befolkningen att de äter frukt och grönt högst en gång per dag år 2016 [31]. Omkring hälften av befolkningen är överviktig eller fet. Socialstyrelsen har också utgått från att kvalificerat rådgivande samtal har liknande effekt på intag av frukt och grönsaker hos gravida som hos vuxna med särskild risk.

Socialstyrelsen beräknar förväntade ekonomiska konsekvenser utifrån antagandet att motsvarande hälften av dem som är överviktiga eller har fetma också har betydande ohälsosamma matvanor och är otillräckligt fysiskt aktiva. Gruppen som bör få kvalificerat rådgivande samtal skulle under dessa förutsättningar vara omkring 9 000 kvinnor per år. Om kvalificerat rådgivande samtal sker som tillägg till den ordinarie graviditetsuppföljningen innebär det en extra kostnad för hälso- och sjukvården på 57 miljoner kronor.

En stor organisatorisk konsekvens av denna åtgärd är att mödrahälsovården behöver säkerställa kompetens om hur ohälsosamma matvanor kan identifieras och åtgärdas hos gravida.

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig [46].

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- göra det möjligt att följa upp vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet.

Uppföljning, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med medicinska experter och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [47]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, som datajournaler, register och andra datakällor.

För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån kön och ålder, men även utifrån socioekonomi och födelse land om detta är möjligt.

Indikatorer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

En viktig förutsättning för att kunna använda indikatorerna i olika typer av uppföljningar är att de register som används som datakällor har en hög täck-

ningsgrad. Som datakälla för indikatorerna anges i de flesta fall Socialstyrelsens patientregister. I dagsläget är det dock inte möjligt att använda patientregistret som en datakälla för att fullt ut följa upp indikatorerna. Detta beror på att insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare och uppgifter om primärvården inte får samlas in enligt gällande lagstiftning. En förutsättning för att kunna följa upp landstingens och regionernas vårdåtgärder för ohälsosamma levnadsvanor är att även dessa uppgifter rapporteras till patientregistret. Förhoppningen är att förutsättningarna för uppföljning kommer att förbättras framöver. Det pågår ett utvecklingsarbete kring patientregistret, där möjligheten att registrera åtgärder från andra yrkeskategorier än läkare prövas. Regeringens beslut om att Socialstyrelsen från januari 2017 får samla in insatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare inom den psykiatriska vården [48] kommer sannolikt på några års sikt att göra det lättare att följa upp flera av indikatorerna.

Arbetet med att ta fram nationella indikatorer ska ses som en kontinuerlig process. Redan framtagna indikatorer kan komma att ändras eller utgå och nya indikatorer kan tillkomma. Exempelvis kan pågående nationella och internationella utvecklingsarbeten komma att ge användbar kunskap inför uppdateringen av indikatorerna.

Mycket av arbetet med ohälsosamma levnadsvanor bedrivs också av den kommunala hälso- och sjukvården och det är därför viktigt att på sikt även kunna följa upp riktade insatser och resultat på individnivå inom kommunerna.

Specifika indikatorer för barn och unga under 18 år finns inte i nuläget. Huvudorsaken till detta är svårigheten med datainsamling på nationell nivå. Att uppmärksamma levnadsvanor hos barn och unga under 18 år är dock av stort värde och framöver är det angeläget att indikatorer utvecklas.

I nuläget saknas nationella register för att följa upp indikatorerna och de allra flesta är således utvecklingsindikatorer. Detta gör att Socialstyrelsen inte har tagit fram målnivåer i samband med revideringen av indikatorerna. Det är dock angeläget att följa utvecklingen av datakällor och när det finns möjlighet att följa upp indikatorerna även ta fram målnivåer. Det är viktigt att påpeka att många utvecklingsindikatorer redan idag kan följas upp på lokal eller regional nivå.

Utvärdering

En utvärdering av landstingens följsamhet till nationella riktlinjer för *prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* kommer att genomföras inom några år.

Redovisning av indikatorer

Indikatorbilagan kan laddas ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Indikatorerna publiceras också i sökbart, digitalt format.

Indikatorerna redovisas i enlighet med exemplet nedan.

Tabell 5. Exempel på indikator

V1.3 Rådgivning vid daglig rökning för vuxna med särskild risk									
Mått	Andelen personer 18 år och äldre med särskild risk och daglig rökning som har fått åtgärd, procent.								
Syfte	Tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom och förtida död. Kvalificerat rådgivande samtal om rökning innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten i syfte att stödja personen att sluta röka. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som röker dagligen. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden bidrar till att fler slutar röka jämfört med rådgivande samtal. Hälso- och sjukvården bör erbjuda kvalificerat rådgivande samtal, individuellt eller i grupp, till personer som röker dagligen. Denna indikator utgår från ett flertal rekommendationer i riktlinjerna, bland annat rad 22 som har fått högsta prioritet (prioritet 1). Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.								
Riktning	Hög andel eftersträvas.								
Målvärde	Nationell målnivå ej aktuell.								
Typ av indikator	Processmått.								
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.								
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer med särskild risk som röker dagligen och har fått åtgärd inom 6 månader. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 18 år och äldre med särskild risk och daglig rökning som har besökt hälso- och sjukvården under mätperioden.								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Patienter med särskild risk</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Diagnos	ICD 10	Patienter med särskild risk					
Diagnos	ICD 10								
Patienter med särskild risk									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vårdåtgärd</th> <th>KVÅ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enkla råd</td> <td>DV111</td> </tr> <tr> <td>Rådgivande samtal</td> <td>DV112</td> </tr> <tr> <td>Kvalificerat rådgivande samtal</td> <td>DV113</td> </tr> </tbody> </table>	Vårdåtgärd	KVÅ	Enkla råd	DV111	Rådgivande samtal	DV112	Kvalificerat rådgivande samtal	DV113
Vårdåtgärd	KVÅ								
Enkla råd	DV111								
Rådgivande samtal	DV112								
Kvalificerat rådgivande samtal	DV113								
Datakällor	Indikatorn redovisas per kalenderår. Det betyder att personen har konstaterats vara dagligrökare under kalenderåret men åtgärden kan ha skett påföljande år. Patientregistret vid Socialstyrelsen, insamling från landsting, ev. PrimärvårdsKvalitet vid SKL framöver.								
Felkällor	Endast uppgifter från läkarbesök i den specialiserade öppenvården. Uppgifter från primärvården saknas. Patientregistret saknar uppgifter om levnadsvanor. Bristande registrering av vårdåtgärder.								
Redovisningsnivå	Riket, landsting, specialiserad öppenvård respektive primärvård.								
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.								
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.								

Förteckning över indikatorer

Tabellerna i det här avsnittet visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Tabell 6. Övergripande indikatorer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Nummer	Namn
Indikator Ö1	Daglig rökning i befolkningen
Indikator Ö2	Riskbruk av alkohol i befolkningen
Indikator Ö3	Otillräcklig fysisk aktivitet i befolkningen
Indikator Ö4	Ohälsosamma matvanor i befolkningen

Tabell 7. Indikatorer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Nummer	Namn
Indikator V1.1*	Rådgivning vid daglig rökning
Indikator V1.2*	Ej längre dagligrökare
Indikator V1.3*	Rådgivning vid daglig rökning för vuxna med särskild risk
Indikator V1.4*	Ej längre dagligrökare, vuxna med särskild risk
Indikator V1.5*	Rådgivning vid tobaksbruk vid graviditet
Indikator V1.6*	Ej längre tobaksbruk vid graviditet efter rådgivning
Indikator V1.7	Ej längre tobaksbruk vid graviditet
Indikator V1.8*	Rådgivning vid rökning för vuxna som ska genomgå operation
Indikator V1.9*	Ej längre rökare vid operation
Indikator V2.1*	Rådgivning vid riskbruk av alkohol
Indikator V2.2*	Ej längre riskbruk av alkohol
Indikator V2.3*	Rådgivning vid riskbruk av alkohol för vuxna med särskild risk
Indikator V2.4*	Ej längre riskbruk av alkohol, vuxna med särskild risk
Indikator V2.5*	Rådgivning vid bruk av alkohol vid graviditet
Indikator V2.6*	Ej längre bruk av alkohol vid graviditet
Indikator V2.7	Identifiering av bruk av alkohol hos gravida
Indikator V2.8*	Rådgivning vid riskbruk av alkohol för vuxna som ska genomgå operation
Indikator V2.9*	Ej längre riskbruk av alkohol för vuxna vid operation
Indikator V3.1*	Rådgivning vid otillräcklig fysisk aktivitet
Indikator V3.2*	Ej längre otillräcklig fysisk aktivitet
Indikator V3.3*	Rådgivning vid otillräcklig fysisk aktivitet för vuxna med särskild risk
Indikator V3.4*	Ej längre otillräcklig fysisk aktivitet för vuxna med särskild risk
Indikator V4.1*	Rådgivning vid ohälsosamma matvanor
Indikator V4.2*	Ej längre ohälsosamma matvanor
Indikator V4.3*	Rådgivning vid ohälsosamma matvanor för vuxna med särskild risk
Indikator V4.4*	Ej längre ohälsosamma matvanor för vuxna med särskild risk
Indikator V4.5*	Rådgivning vid ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet vid graviditet
Indikator V4.6*	Ej längre ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet vid graviditet

*Utvecklingsindikator

Delaktighet, information, jämlik vård och etik

Riktlinjernas rekommendationer behöver anpassas till individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål. En individanpassad vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, och att individen ska ges möjlighet att vara delaktig [49].

Enligt 5 kap. 1 § patientlagen och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Att patienter involveras i att utforma och genomföra behandlingen kan också bidra till en säkrare vård, öka följsamheten till behandlingen och förbättra resultatet.

Det är även viktigt att beakta aspekter som jämlik vård och etik för att nå en god hälso- och sjukvård.

Information ger förutsättningar för delaktighet

Patienten behöver information för att kunna vara delaktig. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska varje patient därför få individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, vilka metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds, sina möjligheter att välja vårdgivare samt om vårdgarantin.

För att ge personen bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen). Situationer när personer exempelvis har en psykisk sjukdom eller nedsatt kognitiv förmåga, eller är substanspåverkade, ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos personalen.

Patienten behöver också tid för att tänka igenom sina val, och många kan vilja diskutera de olika alternativen med någon närstående. Det kan därför vara bra att även närstående tar del av viktig information, och exempelvis deltar vid möten med vårdpersonal. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § patientlagen).

Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [50] beskriver lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och möjligheten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer och personal inom hälso- och sjukvården. Handboken går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

I Socialstyrelsens guide *Min guide till säker vård* [51] finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård. Guiden går att ladda ner eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Förutom delaktighet på individnivå är det även viktigt med delaktighet på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet. En del patienter har långvarig kontakt med vården och därmed omfattande erfarenheter och kunskaper om densamma. Sådan information bör vården ta vara på för att till exempel förbättra bemötandet av patienter och klienter samt för att anpassa vårdens organisation och de åtgärder som erbjuds.

Jämlik vård och bemötande

Jämlik vård är en av sex dimensioner som definierats av Socialstyrelsen som viktiga förutsättningar för att nå en god hälso- och sjukvård samt en god kvalitet i socialtjänsten. I 3 kap. 1 § HSL slås fast att vården ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Hälsan, vården och omsorgen i Sverige är dock i flera avseenden ännu inte jämlik [52]. Ett flertal skillnader i dödlighet, vård och behandling kvarstår [49].

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling sker och erbjuds på lika villkor till alla oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [53]. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en hälso- och sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera dem som har störst behov, och dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.

Jämlik vård är också kopplad till de tre principer för prioritering som ingår i den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En huvudinriktning för en jämlik vård är att alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att de tre principerna för prioritering upprätthålls. Hälso- och sjukvårdens personal har ett särskilt ansvar för att upprätthålla *människovärdesprincipen*. Det innebär att den enskilde bemöts och vårdas med respekt och omtanke.

Det finns tre nivåer för bemötandet: systemnivå (lagstiftning och regler), verksamhetsnivå (rutiner och traditioner) och individnivå (mötet mellan personal och patienter). Hur bemötandet upplevs påverkas bland annat av personalens kunskap, attityder och beteende [54]. För att vården ska ge goda resultat bör den vårdsökande uppleva bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt.

Personalen har förutom sin yrkeskunskap även en personlig kompetens som bland annat omfattar empatisk förmåga och förmåga att pedagogiskt förklara tillstånd, orsaker och insatser.

Utbildning i hur patienter bör bemötas kan förbättra kommunikationen och bemötandet. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Att mötas i hälso- och sjukvård* [55] är till för att stödja personal i hälso- och sjukvården att reflektera över och arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Något som också kan bidra till att skapa förtroende och ett gott samarbete mellan personal och patient är kontinuitet. Enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (se även 6 kap. 1 och 2 § patientlagen).

Etiska överväganden inom vården vid ohälsosamma levnadsvanor

Det finns ett stort intresse i befolkningen av att prata om levnadsvanor med hälso- och sjukvårdens personal. För att kunna erbjuda hjälp till personer i behov av stöd att förändra ohälsosamma levnadsvanor behöver vårdpersonalen ställa frågor om dessa. I befolkningsenkäten *Hälso- och sjukvårdsbarometern* anger 86 procent att de tycker det är positivt att läkare eller annan vårdpersonal diskuterar levnadsvanor vid besök i vården [56]. I en rapport från Socialstyrelsen från 2016 uppgav 97 procent av befolkningen sig vara beredda att dela med sig information om sina levnadsvanor till läkare eller annan vårdpersonal [13].

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

En annan etisk frågeställning är hur långt hälso- och sjukvården kan driva frågan om beteendeförändringar hos en enskild patient i de situationer där patientens levnadsvanor kan påverka utfallet av en planerad åtgärd. Exempelvis har det diskuterats om hälso- och sjukvården kan och bör ställa absoluta krav på rökstopp i de fall operation planeras av patienter som röker [57, 58]. I dessa situationer är det dock hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att ge adekvat information till patienten om riskerna med rökning inför en operation samt att rökstopp inför kirurgi kraftigt minskar komplikationerna efter operationen. På samma sätt är det hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att erbjuda och försöka motivera patienten till den rekommenderade behandlingen, det vill säga kvalificerat rådgivande samtal (se sid. 27 i dessa riktlinjer).

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

Projektorganisation

Projektledning

Margareta Eriksson	folkhälsosstrateg, medicine doktor sjukgymnastik, leg. sjuksköterska, Folkhälsocentrum, Region Norrbotten
Grethe Fochsen	projektledare, Socialstyrelsen (till och med augusti 2016)
Lena Hansson	delprojektledare kunskapsunderlag, Socialstyrelsen
Lars Jerdén	docent, distriktsläkare, vårdcentral Jakobs gårdarna, Borlänge
Lena Jönsson	delprojektledare, Socialstyrelsen (från och med december 2016)
Hans Lingfors	medicine doktor, distriktsläkare, primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Region Jönköpings län
Anna Mattsson	projektledare, Socialstyrelsen (från och med augusti 2016)
Ulrika Sandahl	delprojektledare kunskapsunderlag, Socialstyrelsen
Lars Weinehall	prioriteringsordförande, senior professor i allmänmedicin och epidemiologi, Umeå universitet

Arbetet med kunskapsunderlaget

Marja Lisa Byhamre	doktorand, Umeå universitet, ST-läkare, internmedicin, Örnsköldsviks sjukhus
Ingrid Edvardsson Aurin	medicine doktor, folkhälsoutvecklare, FoU-handledare, Region Kronoberg
Marit Eriksson	medicine doktor, folkhälsossekreterare, Region Jönköpings län
Maria Rosaria Galanti	områdesansvarig för tobak unga under 18 år, adjungerad professor, Karolinska institutet, enhetschef, centrum för epidemiologi och socialmedicin (CES), Stockholms läns landsting
Hans Gilljam	områdesansvarig för tobak vuxna, läkare, professor emeritus, Karolinska institutet
Andreas Hult	medicine doktor, molekylärbiolog, Umeå universitet

Jonas Johansson	doktorand, idrottsfysiolog, Umeå universitet
Sofia Klingberg	medicine doktor, leg. dietist, Västra Götalandsregionen, Göteborgs universitet, Region Östergötland, Linköpings universitet
Peter Larm	medicine doktor, utredare, Centralförbundet för alkohol och narkotika (CAN), lektor i folkhälsovetenskap, Mälardalens högskola
Ingrid Larsson	områdesansvarig för matvanor, medicine doktor, klinisk näringsfysiolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Lena Lundh	medicine doktor, distriktssköterska, Akademiskt primärvårdcentrum, Stockholms läns landsting
Per Nielsen	områdesansvarig för alkohol, professor, Linköpings universitet
Anna Nordström	Adjungerad professor folkhälsovetenskap, Umeå Universitet, universitetsöverläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin, Arbets- och Beteendemedicinskt Centrum, Västerbottens läns landsting
Janna Skagerström	områdesansvarig för alkohol, medicine doktor, folkhälsovetare, Region Östergötland
Agneta Ståhle	områdesansvarig för fysisk aktivitet, professor, leg. sjukgymnast, Karolinska institutet
Suvi Virtanen	master i folkhälsovetenskap, epidemiolog, projektkoordinator vid Karolinska institutet
Sara Wallhed Finn	medicine doktor, leg. psykolog, Beroendecentrum Stockholms läns landsting, doktorand Karolinska institutet
Lisbeth Wikström-Frisén	medicine doktor, idrottsfysiolog, lärare idrottsmedicin, Umeå universitet
<i>Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget</i>	
Katarina Steen Carlsson	områdesansvarig hälsoekonomi, medicine doktor, institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi, Lund
Emilie Grip	master i nationalekonomi, institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
<i>Prioriteringsarbetet</i>	
Lena Alvilja	arbetsterapeut, primärvården Skåne

Ulrika Berg	medicine doktor, specialistläkare barn- och ungdomsmedicin, Karolinska universitetssjukhuset
Stefan Berndtsson	enhetschef socialpsykiatri, Karlstad kommun
Heléne Bertéus Forslund	medicine doktor, leg. dietist, universitetslektor, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
David Chalom	överläkare, ortopediska kliniken, Hässleholms sjukhus
Sofia Dahlin	ST-läkare, Region Östergötland
Sevek Engström	medicine doktor, tandläkare, folkhälsochef, Landstinget Västmanland
Karin Gisselman	företagssköterska, Kungliga operan AB
Gunnar Gunnarsson	leg. sjuksköterska, LARO-mottagningen Södra Älvsborgs sjukhus
Cecilia Hellberg	leg. dietist, folkhälsoenheten, Västerbottens läns landsting
Margareta Larsson	representant för Svenska barnmorskeförbundet, lektor, Uppsala Universitet
Sara Maripuu	fysioterapeut, utredare, region Kronoberg
Helena Nyström	barnhälsovårdssamordnare, familjehälsan, Region Kronoberg
Mikaela Ridelberg	medicine doktor, sjuksköterska, verksamhetsutvecklare, Region Örebro län
Sigrid Salomonsson	psykolog, Gustavsbergs vårdcentral, Stockholms läns landsting
Christina Walldin	sjuksköterska, processledare, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting
Patrik Wennberg	distriktsläkare, Anderstorp hälsocentral, docent, adjungerad lektor, Umeå universitet
Katarina Åsberg	folkhälsovetare, Region Östergötland
Feline Öresjö	leg. fysioterapeut, Landstinget Södermanland
<i>Arbetet med indikatorer</i>	
Eva Arvidsson	medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Futurum, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

Maria Elgstrand	verksamhetschef, centrum för verksamhetsstöd och utveckling, Region Östergötland
Raija Lenné	docent, projektledare Fysioterapeuterna
Monica Pehrsson	utredare, Socialstyrelsen
Riitta Sorsa	projektledare, Socialstyrelsen
Sölvi Vejby	sjuksköterska, gruppchef, Akademiska sjukhuset, Uppsala
<i>Andra medverkande</i>	
Mattias Fredricson	enhetschef Socialstyrelsen (från och med januari 2018)
Karin Palm	enhetschef (till och med augusti 2017), Socialstyrelsen
Erik Åhlin	tf. enhetschef (september–december 2017), Socialstyrelsen
Linn Cederström	redaktör, Socialstyrelsen
Edit Ohrem	informationsspecialist (till och med december 2016), Socialstyrelsen
Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Elisabeth Schantz	utredare, Socialstyrelsen

Referenser

1. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
2. Nationella riktlinjer för diabetesvård : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
3. 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.
4. Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet 317. WHO. 2017. Hämtad 2017-10-18 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
5. Cancer, Fact sheet 297. WHO. 2017. Hämtad 2017-10-18 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
6. Diabetes, Fact sheet 312. WHO. 2017. Hämtad 2017-10-18 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
7. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2017-09-04 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/>
8. 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.
9. Global Burden of Disease, Sweden. 2015. Hämtad 2017-09-28 från: <http://www.healthdata.org/sweden>
10. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa : förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa : slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
11. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige, rapport nr 9/2016 Livsmedelsverket; 2016.
12. Förebygga för att överbrygga? : jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
13. Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor – Resultat av en befolkningsundersökning 2016. Socialstyrelsen; 2016.
14. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket; 2017.
15. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
16. Sjukdomsförebyggande metoder : rekommendationer, bedömningar och sammanfattning : nationella riktlinjer – utvärdering 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
17. Checklista – Vid införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2015.
18. Informationsspecifikation för levnadsvanor : tobakskonsumtion, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

19. Thorsén, L. Dokumentation av sjukdomsförebyggande metoder : exempel och erfarenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
20. Elg, M, Lindmark, J, Wiger, M, Wihlborg, E. Översättning av riktlinjer: Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2016.
21. Ohälsosamma levnadsvanor – Framgångsfaktorer för prevention och behandling; Sveriges kommuner och landsting. 2018.
22. Hälsokalkylatorn. Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård Hämtad från: <http://www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn/>
23. Samtal och råd om bra matvanor. Hämtad 2017-10-18 från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/enrol/index.php?id=95>
24. Guide till webbutbildningen Samtal och råd om bra matvanor : förslag på hur webbutbildningen kan användas. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
25. FYSS 2017 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016.
26. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköping: Prioriteringscentrum; 2017.
27. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). SCB. Hämtad 2017-09-11 från: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/>
28. Tobaksvanor – Nationella tidsserier. Folkhälsomyndigheten; 2016.
29. Andersson E, Toresson Grip E, Norrlid H, Fridhammar A,. Samhällskostnaden för rönksrelaterad sjuklighet i Sverige. IHE: Lund; 2017.
30. Riskkonsumtion av alkohol. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2017-07-03 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/>
31. Matvanor – Nationella Tidsserier. Folkhälsomyndigheten; 2016.
32. Fysisk aktivitet – Nationella tidsserier. Folkhälsomyndigheten; 2016.
33. Sörbring, G. Över 100 000 får recept på motion. Dagens Nyheter. 2013-09-28.
34. Personlig kommunikation, Margareta Eriksson, Folkhälsostrateg, Region Norrbotten, 22 augusti 2017.
35. Romé, Å. Prescribed physical activity. A health economic analysis. Physiotherapy. 2014.
36. Statistikdatabas för operationer i slutenvård 2015. Socialstyrelsen; 2017.
37. Folkhälsodata. Skolbarns hälsovanor, nationella resultat. Folkhälsomyndigheten; 2016.
38. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14 : grundrapport. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
39. Barns och ungas hälsa – Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Statens Folkhälsoinstitut; 2011.
40. de Munter JS, Friedl A, Lind S, Kark M, Carlberg M, Andersson N, et al. Stability in the prevalence of Swedish children who were overweight or obese in 2003 and 2011. Acta Paediatr. 2016; 105(10):1173-80.
41. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Så kan vi vända trenden – Handlingsprogram övervikt och fetma 2016–2020; 2015.

42. Doring, N, Hansson, LM, Andersson, ES, Bohman, B, Westin, M, Magnusson, M, et al. Primary prevention of childhood obesity through counselling sessions at Swedish child health centres: design, methods and baseline sample characteristics of the PRIMROSE cluster-randomised trial. *BMC Public Health*. 2014; 14:335.
43. Statistikdatabas för gravida, förlossningar och nyfödda. Socialstyrelsen; 2017.
44. Alkoholrapporten 2017. Systembolaget; 2017.
45. Indikatorlabbet – Statistikverktyg för uppföljning inom ANDT. Gravida, riskbruk alkohol. Folkhälsomyndigheten. 2015.
46. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
47. Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg Socialstyrelsen; 2017.
48. Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707
49. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst : lägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
50. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig : handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
51. Min guide till säker vård. [Sverige]: Socialstyrelsen; 2015.
52. Öppna jämförelser : jämlik vård 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
53. Nationella indikatorer för god vård : hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer : indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
54. Lindqvists nia : nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder : slutbetänkande. Stockholm: Fakta info direkt; 1999.
55. Att mötas i hälso och sjukvård : ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
56. Vården i siffror. Sveriges kommuner och landsting. 2018. Hämtad från: <https://vardenisiffror.se/>
57. Engström, I. Oetiskt med generellt krav på rökstopp inför kirurgi. *Läkartidningen*. 2011; 108(38).
58. Svensson, O. Fumare necesse est? . *Läkartidningen*. 2011; 108(40).

Bilaga 1. Om tillstånd och åtgärder

Levnadsvanor

Daglig rökning

Med daglig rökning avses rökning dagligen, oavsett mängd cigaretter. För gravida, unga under 18 år och personer som ska opereras inkluderas även mer sporadisk rökning. Tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom och förtida död. Det finns en vetenskapligt belagd risk för över 50 rökrelaterade sjukdomar, bland annat ett antal olika cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes samt sjukdomar och infektioner i andningsorganen. All rökning, även tillfällig rökning och i små mängder, är förenad med hälso-risker, men risken ökar med antalet cigaretter man röker och hur länge man har rökt.

Daglig snusning

Vid snusning placeras tobaken mellan läpp och tandkött så att nikotin absorberas genom munslemhinnan. Det ger en jämn och ofta hög nivå av nikotin i blodet. Snusare exponeras ofta för högre nikotinnivåer än rökare.

Snusning leder på kort sikt till ökad puls, förhöjt blodtryck och stresspåslag. På lång sikt har snusning i olika studier visats öka risken för övervikt, typ 2-diabetes och vissa typer av cancer. Man ser också en ökad dödlighet i hjärtinfarkt och stroke, samt ökad totalmortalitet hos individer som snusar.

Riskbruk alkohol

Med riskbruk av alkohol avses en hög genomsnittlig konsumtion av alkohol eller intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden. Riskbruk av alkohol är förenat med en ökad risk för lång- eller kortvariga skadliga konsekvenser. I Sverige definieras riskbruk som mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än 9 standardglas per vecka för kvinnor eller minst 5 standardglas för män respektive 4 för kvinnor vid samma tillfälle. Ett standardglas är ett mått som motsvarar exempelvis 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller knappt 4 cl sprit.

Bland personer med en alkoholkonsumtion som motsvarar ett riskbruk kan det finnas personer som redan har utvecklat ett missbruk eller beroende. I de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjernas rekommendationer ingår dock inte personer med alkoholberoende och de omfattas därför inte heller av rekommendationerna. Rekommendationer om vård och behandling vid alkoholberoende finns i stället i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [1].

Otillräcklig fysisk aktivitet

Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna definieras som mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå alternativt mindre än 75 minuter per vecka på en hög intensitetsnivå. Exempel på detta är mindre än

30 minuters rask promenad 5 dagar per vecka, eller mindre än 50 minuters rask promenad 3 dagar per vecka. Ett annat exempel är mindre än 25 minuters löpning 3 dagar i veckan eller mindre än 15 minuters löpning 5 dagar i veckan. Dessa exempel på fysisk aktivitet med varierande intensitet, duration och frekvens motsvarar samma dos fysisk aktivitet per vecka (energiförbrukning). Otillräcklig fysisk aktivitet kan även vara en kombination av aktiviteter med måttlig och hög intensitet där den totala veckodosen om minst 150 minuter inte uppnås. Definitionen innebär att den totala veckodosen av fysisk aktivitet beräknas genom att antalet minuter fysisk aktivitet med måttlig intensitet summeras med dubbla antalet minuter fysisk aktivitet med hög intensitet.

Definitionen utgår från allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna som är framtagna av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), som baseras på internationella riktlinjer och rekommendationer. Rekommendationen omfattar även råd om att undvika långvarigt stillasittande, genom att ta regelbundna pauser med någon form av muskelaktivitet under några minuter. Detta gäller oavsett om rekommendationen för fysisk aktivitet uppnås eller inte.

Fysisk aktivitet minskar risken för förtida död och kroniska sjukdomar, såsom typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdom, cancer och depression. Det finns dock även risker med regelbunden fysisk aktivitet, som skador i muskler och leder. Men denna risk kan minskas genom en gradvis ökning av intensiteten av och tiden för den fysiska aktiviteten.

För gravida gäller samma rekommendation som för vuxna, men valet av aktivitet kan behöva anpassas till tillståndet. Äldre och personer med kroniska sjukdomar bör vara så aktiva som tillstånden medger.

Fysisk aktivitet hos barn och unga under 18 år syftar till att främja den fysiska och mentala hälsan samt den fysiska kapaciteten, och möjligen påverka framtida hälsa och minska risken för kroniska sjukdomar som vuxen.

Det finns ingen definition på otillräcklig fysisk aktivitet hos barn 2–5 år. YFA:s allmänna rekommendation om fysisk aktivitet hos målgruppen är att daglig fysisk aktivitet ska uppmuntras och underlättas. Hos barn kan övervikt eller fetma vara en indikation på att barnet rör sig för lite.

Otillräcklig fysisk aktivitet hos barn och unga 6–17 år definieras som mindre än 60 minuters daglig fysisk aktivitet på en måttlig intensitetsnivå, inklusive mindre än tre tillfällen per vecka med aerob fysisk aktivitet på hög intensitetsnivå och muskelstärkande aktiviteter. Det finns ingen specifik rekommendation om stillasittande för barn och unga under 18 år, eftersom kunskapen om sambandet mellan stillasittande och ohälsa hos barn och unga under 18 år är otillräcklig.

Ohälsosamma matvanor

En persons matvanor består av flera olika dimensioner: energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform, måltidsordning, med mera. Socialstyrelsen har inom ramen för riktlinjearbetet utarbetat ett kostindex baserat på ett urval av de enkätfrågor som Livsmedelsverket har tagit fram som indikatorer på kostens näringsmässiga kvalitet för att kunna definiera vad som är ohälsosamma matvanor. Livsmedelsverkets råd utgår från de nordiska

näringsrekommendationerna, som bygger på den senaste forskningen och har tagits fram av över hundra experter från alla de fem nordiska länderna.

Socialstyrelsens kostindex kan ge en uppskattning av kostens näringsmässiga kvalitet utifrån frågor om hur ofta man äter och dricker sådant som grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur, kaffebröd, choklad, godis, chips och liknande snacks, läsk och saft. Kostindexet tar inte hänsyn till energiintag, det vill säga hur mycket man äter, som också är en viktig del av matvanorna. Personer med ett för högt energiintag har dock ofta även en ohälsosam sammansättning av sin kost.

Socialstyrelsen har definierat betydande ohälsosamma matvanor som låga poäng på kostindexet (0–4 poäng av 12 möjliga). Utifrån denna definition har cirka 20 procent av befolkningen ohälsosamma matvanor.

Definitionen av ohälsosamma matvanor är densamma för gravida, unga under 18 år och barn över två år, med vissa undantag. För barn under fyra år är rekommendationen att frukt och grönsaker ingår i kosten varje dag, gärna vid varje måltid. Med stigande ålder ökas mängden successivt så att de vid fyra år äter cirka 400 gram per dag. Vid 10 års ålder är rekommendationen som för vuxna, nämligen 500 gram per dag.

Ohälsosamma matvanor ger en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Ohälsosamma matvanor kan närmast fördubbla risken för förtida död. Ohälsosamma matvanor är också den enskilt viktigaste riskfaktorn när det gäller den totala sjukdomsördan i såväl Sverige som i övriga världen. Vidare har denna levnadsvana större betydelse för befolkningens hälsa än till exempel högt blodtryck, blodfettsubstans, högt blodsocker eller fetma. Exempelvis ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och vissa cancersjukdomar vid ohälsosamma matvanor.

Hög konsumtion av fullkornsprodukter, grönsaker, baljväxter, frukt, nötter eller fisk är exempel på matvanor som minskar risken för att dö i förtid. Hög konsumtion av rött kött eller charkprodukter ökar däremot risken. Friska vuxna som äter medelhavskost (som är ett exempel på hälsosamma matvanor) har 30 procent lägre risk för hjärtinfarkt, stroke eller kardiovaskulär död, jämfört med personer som äter sedvanlig kost. Genom att äta hälsosamt kan även personer som redan drabbats av hjärtinfarkt göra stora hälsovinster. Risken att återinsjukna och dö i hjärtinfarkt har visat sig vara 72 procent lägre om man byter från sedvanlig kost till medelhavskost.

Ohälsosamma matvanor under graviditet kan innebära (utöver samma risk som för vuxna generellt) en risk för kraftig viktuppgång. Det ökar i sin tur risken för graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och förlossningskomplikationer, med konsekvenser för barnets hälsa på både kort och lång sikt.

Ohälsosamma matvanor hos barn och unga under 18 år bedöms öka risken för övervikt och fetma. Barns matvanor påverkar även riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes, såsom insulinresistens, LDL-kolesterol och blodtryck – både i barndomen och som unga vuxna.

Övergripande åtgärdsnivåer

Tabellen nedan ger en översikt över de två övergripande åtgärdsnivåer – rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal – som omfattas av riktlinjerna.

Tabell 1. Rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal

Åtgärdsnivå	Beskrivning	Omfattning i tid
Rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none">• Dialog med patienten – anpassade åtgärder.• Kan inkludera motiverande strategier.• Kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel.• Kan kompletteras med återkommande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) vid ett eller flera tillfällen.	Vanligen 5–15 minuter.
Kvalificerat rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none">• Dialog med patienten – anpassade åtgärder.• Åtgärden är teoribaserade och strukturerade.• Kan inkludera motiverande strategier.• Kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel.• Kan ges individuellt eller i grupp.• Kompletteras med återkommande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) vid ett eller flera tillfällen.• Förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används.	Ofta tidsmässigt mer omfattande med upprepade sessioner än rådgivande samtal.

Rådgivande samtal

Åtgärden rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten samt anpassar samtalet till den specifika individens ålder, hälsa, risknivåer, med mera. Rådgivande samtal kan inkludera motiverande strategier, till exempel motiverande samtal, och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. Åtgärden kan också kompletteras med återkommande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) vid ett eller flera tillfällen. Åtgärden tar vanligtvis 5–15 minuter, men kan i vissa fall uppgå till cirka 30 minuter.

Kvalificerat rådgivande samtal

Åtgärden kvalificerat rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten samt anpassar den till den specifika individens ålder, hälsa, risknivåer, med mera. Kvalificerat rådgivande samtal kan inkludera motiverande strategier, till exempel motiverande samtal, och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. Åtgärden är teoribaserad och strukturerad, det vill säga bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför den fungerar och innehåller vissa fördefinierade komponenter. Åtgärden förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i metoden som används för samtalet.

Ett kvalificerat rådgivande samtal är tidsmässigt mer omfattande än rådgivande samtal och återkommande sessioner eller kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) sker vid ett eller flera tillfällen. Åtgärden kan ges individuellt eller i grupp.

Socialstyrelsen har inte tagit ställning till specifika teorier, eftersom det inte finns tillräckligt med underlag för att dra slutsatser om vilken teori som ger bäst effekt. Ofta inkluderar dessutom ett kvalificerat rådgivande samtal komponenter från flera teorier. Följande är exempel på teorier som åtgärden kan utgå från:

- Social learning theory
- Social cognitive theory
- Health belief model
- Theory of planned behavior
- Stages of change och Transtheoretical model
- Cognitive behavior theory
- Self-determination theory
- Protection motivation theory.

Kvalificerat rådgivande samtal kan kräva särskilda utbildningsinsatser. Många regioner och landsting har redan särskilda utbildningar för att säkerställa att det finns personal med kompetens att ge kvalificerat rådgivande samtal. Detta är vanligast inom området tobak. Kvalificerat rådgivande samtal om mat bedöms vanligen vara mer omfattande till både tid och innehåll jämfört med kvalificerat rådgivande samtal för de andra levnadsvanorna. Det betyder också att det krävs mer omfattande utbildning för att säkerställa kompetensen. Det finns exempel från en region (Region Jönköpings län) på sådan utbildning, som omfattar tio kursdagar under tre månader fördelat på fem tillfällen med mellanliggande hemuppgifter

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

Bilaga 2. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller 69 rekommendationer. En detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer. Där är det också möjligt att läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Kunskapsunderlag*.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
Vuxna			
1	Vuxna som röker dagligen <i>Rådgivande samtal</i>	4	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp.
2	Vuxna som röker dagligen <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	2	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp. Åtgärden har större effekt på rökstopp än rådgivande samtal.
3	Vuxna som röker dagligen <i>Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Nikotinläkemedel har en måttlig tilläggs-effekt på rökstopp, men det finns risk för biverkningar.
4	Vuxna som röker dagligen <i>Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin, bupropion)</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig till stor effekt på rökstopp jämfört med endast rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal, men det finns risk för biverkningar. Det vetenskapliga underlaget är begränsat för vareniklin.
5	Vuxna som röker dagligen <i>Akupunktur</i>	10	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har inte någon påvisad effekt på rökstopp.
66	Vuxna som röker dagligen <i>Webbaserad intervention</i>	5	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på rökstopp. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt.
6	Vuxna som snusar dagligen <i>Rådgivande samtal</i>	6	Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig till stor effekt på tobaksstopp.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
7	Vuxna som snusar dagligen <i>Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	10	Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad. Nikotinläkemedel ger liten tilläggseffekt på tobaksstopp men det finns risk för biverkningar. Kommentar: Eftersom nikotinet i snus ersätts med nikotin i annan form är det viktigt att sätta ut behandlingen.
8	Vuxna som snusar dagligen <i>Rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för snusavvänjning (vareniklin)</i>	6	Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad. Vareniklin ger måttlig tilläggseffekt på tobaksstopp, men det finns risk för biverkningar.
9	Vuxna som snusar dagligen <i>Munhåleundersökning och rådgivande samtal</i>	6	Tillståndet har en liten till måttlig svårighetsgrad och åtgärden har måttlig till stor effekt på tobaksstopp.
10	Vuxna som har ett riskbruk av alkohol <i>Rådgivande samtal</i>	4	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol.
11	Vuxna som har ett riskbruk av alkohol <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	7	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol. Åtgärden är mer omfattande än rådgivande samtal, som ger liknande effekt.
12	Vuxna som har ett riskbruk av alkohol <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
13	Vuxna som har ohälsosamma matvanor <i>Rådgivande samtal</i>	7	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har ingen påvisad effekt på dagligt intag av frukt och grönsaker, men liten effekt avseende andelen energi i maten som kommer från mättat fett och kostfiber.
14	Vuxna som har ohälsosamma matvanor <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt på dagligt intag av frukt och grönsaker.
15	Vuxna som har ohälsosamma matvanor <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
16	Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Rådgivande samtal</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad och åtgärden har måttlig effekt på andelen som är fysiskt aktiva och stillasittande.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
17	Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad och har måttlig effekt på andelen som når 90–150 minuter av fysisk aktivitet per vecka på måttlig intensitetsnivå och ökar troligen den fysiska aktivitetsnivån generellt.
18	Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Rådgivande samtal med tillägg av aktivitetsmätare</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad och åtgärden har måttlig effekt på fysisk aktivitet och stillasittande.
19	Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	6	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på fysisk aktivitet. Åtgärden är mer omfattande än rådgivande samtal, som ger liknande effekt.
20	Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Vuxna med särskild risk

21	Vuxna med särskild risk som röker dagligen <i>Rådgivande samtal</i>	3	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
22	Vuxna med särskild risk som röker dagligen <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp. Åtgärden har större effekt på rökstopp än rådgivande samtal. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
23	Vuxna med särskild risk som röker dagligen <i>Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Nikotinläkemedel har en måttlig tilläggseffekt på rökstopp men det finns risk för biverkningar. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
24	Vuxna med särskild risk som röker dagligen <i>Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin, bupropion)</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig till stor effekt på rökstopp jämfört med endast rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal, men det finns risk för biverkningar. Det vetenskapliga underlaget är begränsat för vareniklin. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
67	Vuxna med särskild risk som röker dagligen <i>Webbaserad intervention</i>	4	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på rökstopp. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
25	Vuxna med särskild risk som snusar dagligen <i>Rådgivande samtal</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig till stor effekt på tobaksstopp. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
26	Vuxna med särskild risk som snusar dagligen <i>Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	9	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Nikotinläkemedel har liten tilläggs effekt på tobaksstopp, men det finns risk för biverkningar. Kommentar: Eftersom nikotinet i snus ersätts med nikotin i annan form är det viktigt att sätta ut behandlingen. Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
27	Vuxna med särskild risk som snusar dagligen <i>Rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för snusavvänjning (vareniklin)</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Vareniklin har måttlig tilläggs effekt på tobaksstopp, men det finns risk för biverkningar. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
28	Vuxna med särskild risk som snusar dagligen <i>Munhåleundersökning och rådgivande samtal</i>	5	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och åtgärden har måttlig till stor effekt på tobaksstopp. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
29	Vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol <i>Rådgivande samtal</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
30	Vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	6	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol. Åtgärden är mer omfattande än rådgivande samtal som ger liknande effekt. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
31	Vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
32	Vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor <i>Rådgivande samtal</i>	6	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har ingen påvisad effekt på dagligt intag av frukt och grönsaker, men liten effekt avseende andelen energi i maten som kommer från mättat fett och kostfiber.
33	Vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	1	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och åtgärden har stor effekt på intag av frukt och grönsaker. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
34	Vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
35	Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Rådgivande samtal</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden har måttlig effekt på andelen som är fysiskt aktiva och stillasittande.
36	Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet</i>	2	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad och har måttlig effekt på andelen som når 90–150 minuter av fysisk aktivitet per vecka på måttlig intensitetsnivå och ökar troligen den fysiska aktivitetsnivån generellt.
37	Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Rådgivande samtal med tillägg av aktivitetsmätare</i>	2	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden har måttlig effekt på fysisk aktivitet och stillasittande.
38	Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	5	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på fysisk aktivitet. Åtgärden är mer omfattande än rådgivande samtal, som ger liknande effekt. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
39	Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Webbaserad intervention</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på total fysisk aktivitet och stor effekt på fysisk aktivitet på en måttlig till hög intensitetsnivå på kort sikt och underlaget är begränsat. Åtgärden är lättillgänglig och kan nå många.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
-----	---------------------------	---------------------	--------------------------------

Vuxna som ska genomgå en operation

40	Vuxna som ska genomgå en operation och som röker <i>Rådgivande samtal med erbjudande om nikotinläkemedel</i>	4	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp inför operation.
41	Vuxna som ska genomgå en operation och som röker <i>Kvalificerat rådgivande samtal med erbjudande om nikotinläkemedel</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har mycket stor effekt på rökstopp inför operation och även på längre sikt.
71	Vuxna som ska genomgå en operation och som röker <i>Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin)</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig till stor effekt på rökstopp inför operation, men det finns risk för biverkningar. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt.
42	Vuxna som ska genomgå en operation och som har ett riskbruk av alkohol <i>Rådgivande samtal</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
43	Vuxna som ska genomgå en operation och som har ett riskbruk av alkohol <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	6	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol. Åtgärden är mer omfattande än rådgivande samtal som ger liknande effekt. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.

Barn och unga

44	Unga under 18 år som använder tobak <i>Rådgivande samtal</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är ofyllräckligt. Åtgärden har effekt på vuxna, vilket motiverar forskning på unga under 18 år.
45	Unga under 18 år som använder tobak <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	3	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på självrapporterad rökfrihet. Kommentar: Rekommendationerna baseras på vetenskapliga underlag för rökning då det saknas studier på snusområdet.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
46	Unga under 18 år som använder tobak <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinmedel</i>	5	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor tilläggseffekt på rökstopp men det finns risk för biverkningar. Kommentar: Rekommendationerna baseras på vetenskapliga underlag för rökning då det saknas studier på snusområdet.
47	Unga under 18 år som använder tobak <i>Familjestödsprogram</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
48	Unga under 18 år som använder tobak <i>Webbaserad intervention</i>	3	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp även på längre sikt. Åtgärden är lättillgänglig och kan nå många. Kommentar: Rekommendationerna baseras på vetenskapliga underlag för rökning då det saknas studier på snusområdet.
49	Unga under 18 år som har ett bruk av alkohol <i>Rådgivande samtal</i>	5	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger liten effekt på alkoholkonsumtion i frekvens och mycket liten effekt på intensivdrickande.
50	Unga under 18 år som har ett bruk av alkohol <i>Familjestödsprogram</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
51	Unga under 18 år som har ett bruk av alkohol <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Åtgärden har tveksam effekt och det pågår studier på området.
52	Unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Rådgivande samtal</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden har måttlig effekt på den fysiska aktiviteten på en måttlig till hög intensitetsnivå.
68	Unga under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
53	Unga under 18 år som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Familjestödsprogram</i>	7	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten till måttlig effekt på andelen som har ett intag av högst 10 energi-percent mättat fett. Kommentar: Det finns bristfälligt med studier som fokuserar på bara en av levnadsvanorna matvanor och fysisk aktivitet..
54	Barn 2–5 år som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Familjestödsprogram</i>	5	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på intag av grönsaker, sötade drycker och snabbmat. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för åtgärdens effekt på fysisk aktivitet.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
55	Barn 6–12 år som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Familjestödsprogram</i>	5	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på intag av grönsaker och sötade drycker samt en liten effekt på fysisk aktivitet.
70	Barn 2–17 år som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Webbaserad intervention</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Gravida

56	Gravida som röker <i>Rådgivande samtal</i>	1	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp i sen graviditet och efter förlossning.
57	Gravida som röker <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	2	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp i sen graviditet och efter förlossning. Åtgärden är mer omfattande än rådgivande samtal som ger liknande effekt.
58	Gravida som röker <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	8	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Tilläggs effekten av nikotinläkemedel är liten. Det finns också risk för biverkningar och oönskade effekter på graviditetsutfall.
59	Gravida som snusar <i>Rådgivande samtal</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig till stor effekt på tobaksstopp. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt. Det finns inga alternativa behandlingar för gravida med visad effekt.
60	Gravida som har ett bruk av alkohol <i>Rådgivande samtal</i>	2	Tillståndets har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.
61	Gravida som har ett bruk av alkohol <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	5	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på veckokonsumtion av alkohol. Åtgärden är mer omfattande än rådgivande samtal som ger liknande effekt. Kommentar: Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.

Rad	Hälsotillstånd och åtgärd	Pri- ori- tet	Motivering till rekommendation
62	Gravida som har ohälsosamma matvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	2	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på intag av frukt och grönsaker. Åtgärden har på kort sikt måttlig effekt på sötade drycker och stillasittande. Kommentar: Det finns bristfälligt med studier som fokuserar på bara en av levnadsvanorna matvanor och fysisk aktivitet.

Unga vuxna

64	Unga vuxna som har ett riskbruk av alkohol <i>Webbaserad intervention</i>	5	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt på alkoholkonsumtion. Åtgärden är lättillgänglig och kan nå många.
65	Unga vuxna som har ett riskbruk av alkohol <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	4	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten till måttlig effekt på alkoholkonsumtion.

Bilaga 3. Bilagor som publiceras på webben

Till riktlinjerna hör ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Kunskapsunderlag
- Indikatorer
- Metodbeskrivning

Samtliga bilagor finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer.