

Vårdprogram Levnadsvanor

för vuxna

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa. Regionala vårdprogram tas fram av medarbetare i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Vårdprogram fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.

Innehåll

1. Förord	4
2. Sammanfattning	5
3. Bakgrund	8
3.1 Syfte	8
3.2 Uppdrag och fastställande	9
3.3 Avgränsning	10
3.4 Epidemiologi	10
3.5 Ekonomiska aspekter	10
3.6 Kvalitetsindikatorer samt målnivåer	10
4. Patientcentrerat förhållningssätt	11
4.1 Rekommenderade metoder enligt Socialstyrelsens riktlinjer	11
4.2 Socialstyrelsens indelning av samtalsåtgärder	13
5. Patientmötet, en dialog	14
5.1 Utforska patientens kunskap och ge information	14
5.2 Motivation	15
6. Tobaksbruk	18
6.1 Bakgrund	18
6.2 Definition	18
6.3 Allmän rekommendation	19
6.4 Hänvisning av patienter med speciella behov	19
6.5 Enkel rådgivning - utforska, ge generella råd	19
6.6 Rökfri i samband med operation	20
6.7 Rådgivande samtal	21
6.8 Kvalificerat rådgivande samtal	21
6.9 Utvärdering/resultat	22
6.10 Personalens kvalifikationer	22
6.11 Mäta	23
7. Riskbruk alkohol	25
7.1 Bakgrund	25
7.2 Definition	25
7.3 Allmän rekommendation	26
7.4 Enkel rådgivning - utforska och ge generella råd	27
7.5 Hänvisning av patienter med speciella behov	27
7.6 Rådgivande samtal	27
7.7 Uppföljning	29
7.8 Utvärdering/Resultat	29

7.9	Personalens kvalifikationer	29
7.10	Mäta	30
8.	Otillräcklig fysisk aktivitet	32
8.1	Bakgrund	32
8.2	Definition	32
8.3	Allmän rekommendation	33
8.4	Hänvisning av patienter med speciella behov	33
8.5	Enkel rådgivning - utforska, ge generella råd	33
8.6	Rådgivande samtal med tillägg	34
8.7	Särskild uppföljning	35
8.8	Utvärdering/Resultat	36
8.9	Kvalificerat rådgivande samtal	36
8.10	Personalens kvalifikationer	36
8.11	Mäta	37
9.	Ohälsosamma Matvanor	38
9.1	Bakgrund	38
9.2	Definition	38
9.3	Allmän rekommendation	39
9.4	Hänvisning av patienter med speciella behov	39
9.5	Enkel rådgivning - utforska, ge generella råd	39
9.6	Rådgivande samtal	40
9.7	Kvalificerat rådgivande samtal	40
9.8	Utvärdering/resultat	40
9.9	Personalens kvalifikationer	41
9.10	Mäta	42
10.	Referenser	43
11.	Bilagor	45
11.1	Definitioner	45
11.2	Förslag på fördjupningslitteratur	46
11.3	Relevanta länkar	47
11.4	Checklista	48

1. Förord

Åtgärder för att främja hälsa och förebygga sjukdom genom att erbjuda patienterna stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor är en av hälso- och sjukvårdens viktiga uppgifter. För att kunna erbjuda patienterna korrekta insatser inom detta område krävs goda kunskaper i området och evidensbaserade metoder. I november 2011 fastställdes nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder avseende tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Föreliggande vårdprogram förtydligar de nationella riktlinjerna och utgör vägledning vid handläggning av stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor för all personal på alla vårdnivåer.

För Region Skåne fastställs härmed föreliggande vårdprogram. Programmet är giltigt till och med december 2015.



Ingrid Bengtsson-Rijavec
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Skåne
Mars 2013

2. Sammanfattning

2011 utkom Socialstyrelsen med nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna är unika i sitt slag då det för första gången gjorts en sådan stor genomgång av aktuell forskning med syfte att ge rekommendationer för vilka metoder som bör användas i hälso- och sjukvården för att stödja patienterna att förändra sina levnadsvanor. Att förändra levnadsvanor innebär en riskminskning för att insjukna och försämra tillståndet i en stor del av våra folksjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, psykisk ohälsa och besvär från rörelse- och stödjeapparaten m.fl.

De nationella riktlinjerna är främst framtagna som stöd för styrning och ledning. Det föreliggande vårdprogrammet är en konkretisering av de nationella riktlinjerna och ska utgöra ett stöd i arbetet för hälso- och sjukvårdens medarbetare.

Sen mitten av 2000-talet har Region Skåne systematiskt arbetat för att få in det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet i hälso- och sjukvården. Visionen är att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet ska genomsyra den skånska hälso- och sjukvården. I Region Skåne är hälsoinriktad vård en del av ledningssystemet för God Vård.

De rekommenderade metoderna grundar sig på olika typer av rådgivning, personalens kvalifikationer, olika samtalsmetodiker, tid och tillståndets allvarlighetsgrad hos patienten.

Sammanfattning av vilka metoder för respektive levnadsvana som Socialstyrelsens rekommenderar:

Levnadsvana	Enkla råd	Rådgivande samtal			Kvalificerat rådgivande samtal
			med tillägg	med särskild uppföljning	
Tobak/Daglig rökning					✓
Riskbruk av alkohol		✓			
Otillräcklig fysisk aktivitet		✓	✓	✓	
Ohälsosamma matvanor					✓



I dokumentet markeras rekommenderade metoder i tabell och text med

För att förtydliga de nationella riktlinjerna beskrivs i detta vårdprogram när rådgivningen lämpligast görs samt samtalets innehåll. Att förändra en levnadsvana är en process som sker över tid och hänsyn ska tas till patientens egen vilja till förändring. Även kravet på personalens kunskap och kompetens framgår i vårdprogrammet.

METODBESKRIVNINGAR		
	Av vem och när?	Samtalets innehåll
Enkel rådgivning - Utforska patientens syn på en eller flera levnadsvanor samt ge generella råd.	All sjukvårdspersonal som har kontakt med patienter. I ett möte med patienten där det är lämpligt utifrån relevans och patientens medicinska tillstånd att ta upp frågor om levnadsvanor.	- Utforska vad patienten vet – vad känner han/hon till om...? - Erbjud information – kort, anpassad efter patientens förkunskaper. - Utforska vad detta innebär för patienten. - Utforska patientens motivation till förändring utifrån hur viktigt han/hon tycker det är samt hur beredd han/hon är att göra en förändring.

Rådgivande samtal	Personal med kompetens i patientcentrerad samtalsmetodik samt kunskap om motiverande strategier och förändringsarbete. Vid ett längre besök där levnadsvanor diskuteras utifrån påverkan på patientens hälsotillstånd alternativt där levnadsvaneförändringar är en del av behandlingen.	- Använd verktygen i Motiverande samtal (MI) - Skapa samarbetsklimat (lyssna, bekräfta och spegla det patienten säger). - Utforska patientens motivation (öppna frågor, motivationsskalor). - För- och nackdelar med ändrat beteende (ambivalenskorset). - Framkalla förändringsprat och stärk tilltron till den egna förmågan (öppna frågor, bekräfta). - Eventuellt uppmuntra patienten att göra ett åtagande för förändring (skriftlig eller muntlig överenskommelse som kan följas upp vid nästa tillfälle).
Kvalificerat rådgivande samtal	Specialutbildad personal med kompetens att arbeta med beteendeförändring kopplat till den specifika Vid ett besök enbart bokat för samtal om levnadsvanan och eventuella förändringar av den utifrån ett beteendeperspektiv.	enligt ovan samt: - Utgå från patientens önskemål och unika behov skapa en plan för förändring av levnadsvanan. - Stegvisa förändringar och hemuppgifter för patienten mellan kontakterna, olika självregistreringar kan ingå - Fortsatt stöd efter att patienten genomfört förändringen. - Stöd med problemlösning vid svårigheter samt inslag av återfallsprevention för att skapa förutsättningar för varaktig förändring av levnadsvanan

Om patienten vill ha stöd för att förändra sin levnadsvana bör han/hon erbjudas rekommenderad metod. I ett förändringsarbete är uppföljningen central, vilket beskrivs i detta vårdprogram.

UPPFÖLJNING		
	Uppföljning	Utvärdering/Resultat
Tobak	Uppföljningen bör ske löpande utifrån individens behov avseende hur det går med rökstoppet och om patienten behöver ytterligare stöd. Uppföljningen ingår som en naturlig del av både det rådgivande samtalet om tobak och vid det kvalificerat rådgivande samtalet. Uppföljningen kan ske både via besök och via telefon.	Utvärdering av åtgärden görs vid 12 månader efter påbörjad behandling av patienter som satt ett rökstoppsdatum. Utvärderingen kan ske per telefon eller via brev eller i ett besök. Ny bedömning ska göras avseende patientens tobaksbruk avseende om han/hon är rökfri och hur länge rökfriheten vidmakthållits. Utvärderingen ska innehålla svar på Socialstyrelsens indikatorfrågor.
Riskbruk alkohol	Om en riskbruksintervention har gjorts som en del av behandlingen av en annan sjukdom, glöm ej att ge återkoppling vid nästa kontakt. Återkopplingen kan till exempel vara effekt på grundsjukdomen och/eller relevanta kliniska mått såsom blodtryck, vikt, blodsockerreglering och sömnkvalitet. Om patienten vid förra besöket bestämde sig för att försöka genomföra en förändring är det av vikt att fråga efter hur det har gått för patienten, dels för att visa att en eventuell förändring var viktig, dels för att det ger möjligheten att stötta patienten till en eventuell förändring.	Målet är ett riskfritt alkoholbruk utifrån patientens hälsostatus. Om individuella mål satts upp eller vårdpersonalen gjort en överenskommelse med patienten om en plan för att ändra alkoholvanor bör man även bestämma en tidpunkt för utvärdering. Utvärderingen bör kunna göras med samma metod som användes vid den initiala bedömningen av patientens alkoholvanor. Utvärderingen kan då bestå av om det har inträffat förändringar i patientens alkoholkonsumtion och/eller om denna förändring har haft en gynnsam påverkan på patientens underliggande hälsoproblem.
Otillräcklig fysisk aktivitet	Uppföljningen bör ske löpande utifrån individens behov avseende hur det går med den fysiska aktiviteten och om patienten behöver ytterligare stöd. Alla patienter ska följas upp efter 6 månader, se nedan. Om patienten önskar bör uppföljning ske minst 1–2 gånger däremellan. Uppföljningen kan ske via besök och/eller telefon.	Utvärdering av åtgärden ska göras efter 6 månader. Region Skånes enkät ”Uppföljning” av fysisk aktivitet kan med fördel användas. Utvärderingen ska innehålla svar på Socialstyrelsens indikatorfrågor, om FaR ordineras ska frågan om följsamhet till ordinationen besvaras.

Ohälsosamma matvanor	Uppföljning ingår naturligt i strukturerade arbetsmetoder för att förändra ohälsosamma levnadsvanor. För förändring av matvanor krävs i många fall regelbunden uppföljning. Uppföljningen kan innefatta flera besök, telefonuppföljning, eller annan typ av uppföljning.	Utvärderingen av åtgärden innefattar uppföljning av den individuella åtgärdsplanen gällande patientens matvanor. För att utvärdera detta kan indikatorfrågor, kostanamnes samt eventuellt kliniska mått användas. Matvanornas komplexitet försvårar dock uppföljning, i dag finns ingen praktisk evidensbaserad metod för uppföljning av förändrade matvanor. Dock kan man utvärdera om eventuella förändringar av matvanorna påverkat patientens underliggande hälsoproblem.
-----------------------------	--	--

3. Bakgrund

Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 procent av alla kranskärslssjukdomar och stroke samt 30 procent av all cancer [1]. Antalet människor som lever med cancer bedöms öka med 100 procent i Sverige fram till år 2030 [2]. Kronisk sjukdom som diabetes, fetma och KOL är i dag den vanligaste orsaken till att individer inte är i aktivt arbete. Sjukdomar i muskler och skelett är en av de två ohälsotillstånd som 2010 stod för nästan hälften av alla levnadsår som levs med sjukdom [3]. Flera EU-länder har fått dubblade kostnader för diabetesvården under de senaste tio åren. Under den kommande 20-årsperioden räknar WHO med en ökning på 25 procent av diabetes i Europa. I Asien och Afrika beräknas ökningen bli 100 procent [4]. Det finns idag god evidens för att hälsosamma levnadsvanor kan förebygga eller fördröja utvecklingen av exempelvis typ 2-diabetes. Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor [5]. De fyra levnadsvanorna är också de vanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige [6].

Lagar

Åtgärder för att förebygga sjukdom är en del av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har ett uppdrag att utarbeta evidensbaserade nationella riktlinjer för god vård för de stora folksjukdomarna och för patienter med andra allvarliga sjukdomar där vården tar stora resurser i anspråk. Socialstyrelsens riktlinjer är ett stöd för styrning och ledning inom hälso- och sjukvården. Målet är att bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringar. Den primära målgruppen för Socialstyrelsens nationella riktlinjer är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen förväntar sig att de nationella riktlinjerna påverkar resursfördelningen i hälso- och sjukvården och uppmanar huvudmännen att själva anpassa riktlinjerna i förhållande till den egna verksamheten.

Region Skånes budget för 2014 och 2015

Region Skånes uppdrag är att främja hälsa, hållbarhet och tillväxt tillsammans med andra aktörer i Skåne. Det förebyggande arbetet är prioriterat för att motarbeta ohälsa och sjukdomar. Hela hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett hälsofrämjande perspektiv och aktivt arbete med prevention i syfte att uppnå en mer jämställd och jämlik hälsa. Det ska ske ett systematiskt arbete med nya riktlinjer och metoder inom hälso- och sjukvården som också inkluderar uppföljning och utvärdering.

3.1 Syfte

Syftet med vårdprogrammet för levnadsvanor i hälso- och sjukvården är att stödja vårdpersonalen och vara en vägledning i genomförande och planering av det systematiska arbetet med levnadsvanor samt vara ett beslutsstöd i mötet med patienten. Vårdprogrammet inkluderar såväl hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande som riskreducerande åtgärder. Arbetet ska präglas av ett patientcentrerat förhållningssätt och kräver kompetens både avseende levnadsvanor samt lämpliga metoder för samtalsmetodik och motiverande strategier.

Alla verksamheter har ansvar för att medarbetarna har kunskap om, och att det finns rutiner för, att identifiera, bedöma, initiera och utföra samt följa upp korrekt åtgärd avseende levnadsvanorna, när så är relevant ur patientens perspektiv och det aktuella medicinska tillståndet. I de fall verksamheten inte

kan erbjuda stöd för att förändra levnadsvanorna själv ska verksamheten försäkra sig om att patienten får remiss till annan lämplig verksamhet.

3.2 Uppdrag och fastställande

Maria Bjerstam, legitimerad sjukgymnast, Koncernkontoret, avd. hälso- och sjukvård fick i januari 2012 i uppdrag av Anna Friberg, hälso- och sjukvårdstrateg på avdelningen hälso- och sjukvård koncernkontoret, i samråd med de medicinska rådgivarna, att tillsammans med en tvärprofessionell grupp ta fram detta vårdprogram. Hälso- och sjukvårdsdirektör Ingrid Bengtsson- Rijavec har efter hänsyn till inkomna synpunkter och i samråd med medicinska rådgivarna och ansvarig tjänsteman för området fastställt vårdprogrammet i mars 2013.

Giltighetstid

Detta vårdprogram är giltigt från och med mars 2013 till och med december 2015 och ska revideras vid behov.

Vårdprogramsgrupp

Huvudansvarig:

Maria Bjerstam, legitimerad sjukgymnast, Koncernkontoret, avd. hälso- och sjukvård

Övriga deltagare:

Mette Barth, specialist allmänmedicin, Vårdcentralen Vellinge

Malin Bäckman, legitimerad psykolog, Skånes universitetssjukhus Hälsoenheten

Anna Friberg, hälso- och sjukvårdsstrateg, Koncernkontoret, Avdelningen för hälso- och sjukvård

Matti Leijon, folkhälsovetare, Koncernkontoret, Enheten för Folkhälsa och social hållbarhet

Lena Rahle Hasselbalch, legitimerad sjukgymnast, Skånes universitetssjukhus

Anna Stubbendorff, legitimerad dietist, Lasarettet i Ystad

Förankring

Löpande information och förankring av vårdprogrammet har skett i Region Skånes nätverk för hälsofrämjande sjukvård samt hos de medicinska rådgivarna inom enheten för kunskapsstyrning.

Remissförfarande

Remissförfarande för vårdprogrammet har skett genom sex stycken professionsvisa workshops under hösten 2012. De professioner som har deltagit är arbetsterapeuter, dietister, läkare, psykologer och kuratorer, sjuksköterskor samt sjukgymnaster. Personlig inbjudan gick ut till nyckelpersoner i arbetet med levnadsvanor inom Region Skånes hälso- och sjukvård. Inbjudan fanns också på Region Skånes webbsidor. Drygt 120 personer deltog i remissförfarandet.

Synpunkter lämnades in sammanställt utifrån Lewins kraftfältanalys utifrån vad som ansågs behöva omformuleras, läggas till, behållas eller strykas.

Synpunkterna bearbetades sedan i vårdprogramsgruppen och är beaktade i denna slutversion av vårdprogrammet.

3.3 Avgränsning

Vårdprogrammet utgår från de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. De patienter som omfattas av vårdprogrammet är vuxna över 18 år. Rekommenderade metoder för att påverka levnadsvanor gäller inte barn och ungdomar (med vissa undantag, se tobaksbruk). Gruppen äldre ingår i gruppen vuxna och omfattas således av riktlinjerna.

3.4 Epidemiologi

I Skåne görs en folkhälsoenkät vart fjärde år. 55 000 personer i åldrarna 18-80 år väljs slumpmässigt ut att vara med i undersökningen, som är en omfattande enkät om både levnadsvanor och andra faktorer som påverkar hälsan. I kort sammanfattning visar undersökningen att den psykiska hälsan har minskat något mellan år 2000 och 2008 bland kvinnor. Andelen dagligrökare är högre i Skåne än i riket, framförallt bland män. Andelen riskkonsumenter av alkohol har ökat sedan år 2000 framförallt hos kvinnor. Mer än hälften av alla män och fyra av tio kvinnor är överviktiga eller feta i Skåne. Andelen ökar sedan år 2000. Sammantaget uppger var fjärde person att man har ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården. Andelen som uppvisar otillfredsställda vårdbehov är betydligt högre bland personer födda utomlands än bland personer födda i Sverige [7]. Det finns ett starkt samband mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor. Att verka för goda levnadsvanor är således också en del i arbetet för en jämlik hälsa och vård [8].

3.5 Ekonomiska aspekter

Följande stycke är hämtat från de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Genomgående är sjukdomsförebyggande metoder som har effekt på levnadsvanan kostnadseffektiva. Att genomföra de nationella riktlinjerna kommer att medföra en kostnad för utbildning för sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsens beräkningar visar att ett införande av åtgärderna till alla i befolkningen som behöver dem kommer att medföra behov av omfördelning av resurser motsvarande 0,3 procent av hela den svenska hälso- och sjukvårdsbudgeten. Om detta översätts till Region Skånes förhållanden skulle ett införande medföra ett behov av att omfördela resurser motsvarande 780 miljoner kronor [9].

3.6 Kvalitetsindikatorer samt målnivåer

Kvalitetsindikatorer och målnivåer för den skånska hälso- och sjukvårdens arbete med levnadsvanor fastställs årligen i uppdragen till hälso- och sjukvården. På nationell nivå publicerades den första versionen av Öppna jämförelser för hälsoinriktad hälso- och sjukvård i december 2012. Öppna jämförelser är ett verktyg för analys, uppföljning och utveckling inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen gör öppna jämförelser på uppdrag av regeringen [10].

4. Patientcentrerat förhållningssätt

Kommunikation är en del av all vård och behandling, och ett patientcentrerat förhållningssätt är centralt när det gäller att motivera patienten till att följa vårdens råd och att ändra sina levnadsvanor[11]. Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder framhåller följande: ”Grunden för alla åtgärder i riktlinjerna är att personer med ohälsosamma levnadsvanor erbjuds någon form av rådgivning eller samtal om sin levnadsvana. Alla övriga åtgärder som till exempel läkemedel eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet, är ett tillägg till denna åtgärd” [12].

Ett patientcentrerat förhållningssätt är viktigt i all typ av kommunikation i hälso- och sjukvården, och är även grunden i det motiverande samtalet. Att ha ett patientcentrerat förhållningssätt är hälsofrämjande i sig, och stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den. Idag råder enighet om att ett patientcentrerat förhållningssätt ökar patientens delaktighet och effektiviserar samtalet mellan vårdpersonal och patient och att motivationen till förändring ökar.

Centralt i en patientcentrerad konsultation är att i dialog med patienten utgå ifrån hans eller hennes egen upplevelse och att låta patienten med egna ord beskriva sina problem.

Om man utgår ifrån patienten och skapar ett gott samarbetsklimat och visar intresse för patientens egen motivation och tankar kring att genomföra en förändring ökar chansen till att en förändring verkligen kommer till stånd. Vårdmiljön, hur lokaler och samtalsrum är utformade har stor betydelse för hur patienten upplever situationen och samtalet. Att skapa en lugn och rogivande färgsättning och atmosfär i väntrum och besöksrum ökar patientens känsla av trygghet och ger en grund till ett tillitsfullt samtal. Placeringen i rummet och kroppsspråket hos vårdpersonalen är också en viktig del av samtalet. Även de signaler som sänds ut genom tonfallet i rösten och ögonkontakten har betydelse för patienten [13].

Att enbart informera patienten om risker med en ohälsosam levnadsvana och komma med enkla råd om hur och varför man ska göra en förändring är föga effektivt, och kan ofta skapa motstånd. Följsamheten har ofta visat sig vara dålig och patienten fortsätter med sina ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen har i sin forskningsgenomgång kommit fram till att det i de flesta fall behövs en mer strukturerad form av samtal än att enbart komma med enkla råd [12].

4.1 Rekommenderade metoder enligt Socialstyrelsens riktlinjer

Motiverande strategier

Motiverande strategier innebär att man fokuserar på skälen och motivationen att sluta med en ohälsosam levnadsvana, och på patientens förmåga att genomföra en förändring. Detta för att starta eller påskynda en förändringsprocess, som sedan kan fortsätta av egen kraft eller med hjälp av andra metoder, som till exempel tobaksavvänjning eller fysisk aktivitet på recept. Motiverande strategier är grunden i Motiverande samtal men kan även förekomma inom Kognitiv Beteendeterapi eller lösningsfokuserad metod.

Motiverande samtal

Motiverande samtal, MI från engelskans Motivational Interviewing, är en klient- och patientcentrerad samtalsstil som bygger på ett empatiskt, reflektivt lyssnande. Att känna sig sedd, förstådd och lyssnad på leder till en känsla av delaktighet och en ökad tilltro till sin egen förmåga att klara av en förändring. MI aktiverar patientens egen motivation till förändring och följsamhet till behandling [14].

Det motiverande samtalets viktigaste bidrag är att väcka intresse när människor ännu inte är motiverade till en förändring. MI innebär att använda ett särskilt förhållningssätt: accepterande, patientcentrerat och betoning på patientens självbestämmande samt på kommunikationsfärdigheter såsom reflektivt lyssnande och att ge information i dialog.

Många av de sjukdomar och problem som gör att människor uppsöker vården är ofta kopplade till deras levnadsvanor och kan vara möjliga att förhindra eller lindra genom att de får hjälp att finna sin motivation till att ändra sina vanor. Enligt William R. Miller, förgrundsgestalt inom MI, är ingen människa helt omotiverad, det gäller enligt honom att på ett lyhört och målinriktat sätt bemöta motstånd och locka fram personens egen motivation.

Det finns alltid ett mål och syfte med det motiverande samtalet. Målen kan se olika ut beroende på var i förändringsprocessen patienten befinner sig; det kan exempelvis handla om att locka fram individens egen motivation till att påbörja, fortsätta och fullfölja en behandling, till förändring av sina levnadsvanor, till att ta sin medicin eller att komma på uppföljningsbesök.

Förhållningsättet i MI är

- Empatiskt
- Respektfullt
- Jämlikt
- Öppet
- Värderingsfritt
- Accepterande
- Betonar autonomi
- Förmedlar eget ansvar
- Neutralt
- Stöttande och stärkande av tilltron till den egna förmågan.

Motiverande samtal

- är ett förhållningssätt, en stil och inte en teknisk metod.
- innehåller vissa principer, strategier och färdigheter som ska leda fram till ett mål.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en term som används för att beskriva en terapiform som kombinerar kognitiva och beteendearbetande tekniker som syftar till att hjälpa patienten att förändra tankemönster och beteenden som vidmakthåller eller förvärrar olika sorters problem. Man kan även fokusera på att förändra det sätt på vilket patienten förhåller sig till tankemönster och känslor. En KBT-behandling är strukturerad och målinriktad och bygger inte enbart på samtal, utan också på olika praktiska övningar samt hemuppgifter som klienten utför på egen hand mellan terapisessionerna. Terapeuten lägger stor vikt vid att skapa ett gott samarbetsklimat mellan sig och patienten. Inom KBT finns även ett tydligt pedagogiskt inslag som syftar till att ge patienten ökad kontroll över sitt liv.

I Socialstyrelsens vetenskapliga underlag till riktlinjerna har fler teorier och metoder beskrivits såsom Social inlärningsteori, Sociokognitiv teori, Transteoretisk modell för beteendeförändring med flera.

4.2 Socialstyrelsens indelning av samtalsåtgärder

Socialstyrelsen har delat in de olika rekommenderade åtgärderna i olika typer av samtal

- Enkel rådgivning.
- Rådgivande samtal.
- Kvalificerat rådgivande samtal.

Enkel rådgivning

Information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor. Tidsåtgång cirka 5 minuter. Kan kompletteras med skriftlig information.

Rådgivande samtal

Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Anpassar råd och åtgärder till patientens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Tidsåtgång cirka 10-15 minuter, ibland upp till 30 minuter. Kan kompletteras med verktyg och hjälpmedel samt särskild uppföljning. Motiverande strategier kan användas.

Kvalificerat rådgivande samtal

Hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna till patientens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Åtgärder på denna nivå är mer omfattande både vad det gäller tidsåtgång (cirka 30 – 60 minuter) och antal uppföljningar än rådgivande samtal. Samtalet är teoribaserat och strukturerat, och personalen ska, utöver ämneskunskapen, ha utbildning i den metod som används (exempelvis Motiverande samtal eller Kognitiv beteendeterapi).

5. Patientmötet, en dialog

Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient underlättas om samtalet sker i dialogform. Detta sker genom att lyssna på och spegla det som patienten säger. En dialog som utgår från ett patientcentrerat förhållningssätt kan ge utrymme för patienten att fråga om sin sjukdom och sina symtom och underlättar samtal kring mål och syfte med förändring och behandling. Delaktighet ökar möjligheten för vårdpersonal och patient att komma överens om vad som ska ske.

5.1 Utforska patientens kunskap och ge information

Inled gärna samtalet med en öppen fråga

En öppen fråga kan inte besvaras med endast ja eller nej, och börjar ofta med frågeord eller formuleras som uppmaningar. Den bjuder in patienten på patientens villkor och utgår ifrån vad han eller hon tycker är viktigt. Det ger förutsättningar för en god fortsatt kommunikation och ger patienten möjlighet att själv resonera kring sin situation och en eventuell förändring.

- Vad är det som gör att du kommer hit idag?
- Vilka besvär har du?
- Berätta, vad är det som oroar dig?

Lyssna

Att efter en öppen fråga lyssna på vad patienten har att säga ger förutsättningar för att patientens egna tankar och oro kommer i fokus. När man lyssnar upptäcker man lättare det som inte sägs med ord utan uttrycks med kroppsspråket.

Spegla det som patienten säger

Speglingar, att upprepa det patienten sagt, med exakt ordalydelse eller synonymer, gör att patienten känner sig sedd och lyssnad på. Här har du som vårdpersonal möjlighet att försöka tolka och spegla underliggande budskap, vad patienten menar, tänker eller känner.

Informera i dialog

Att informera i dialog är att respektera patientens vilja och behov, vilket gör patienten delaktig. Genom att informera i dialogform behöver du inte ödsla tid på att berätta sådant som patienten redan vet, du anpassar informationen till det som är relevant för just den här patienten:

1. Be om lov att ta upp ämnet:

- Jag skulle vilja att vi pratade om... är det OK?
- Går det bra att vi talar om...?

2. Utforska:

Ta först reda på, utforska, vad patienten känner till om till exempel en sjukdom eller behandling. På detta sätt får du reda på vad han eller hon redan vet, bekräfta kunskapen och be om lov att berätta mer om det.

- Vad känner du till om ...?

3. Erbjud/tillför information:

Utgå ifrån patientens kunskaper och erbjud mer information i lagom proportioner:

- Folk brukar vilja veta ...
- Många kan uppleva att ...

4. Utforska igen

Ta reda på vad personen tänker eller känner kring det du just berättat:

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

Motstånd

Motstånd är en signal till dig som behandlare att göra annorlunda. Hjälp patienten att hitta andra vägar och lösningar genom att föreslå alternativa tolkningar och perspektiv på sitt problem. Motstånd kan vara ett tecken på patientens ovilja att följa de råd som ges, en ovilja att göra en förändring, men kan också vara ett tecken på att samarbetet mellan er inte fungerar. Det kan bero på att du går för fort fram, kommer med råd för tidigt i processen, eller med varningar och hot om konsekvenser. Något som också kan skapa motstånd hos patienten är en alltför tidig fokusering på lösningar. Låt patienten själv komma med lösningar när hon eller han är mogen för det. Problematisera inte patienten, utan se på problemet tillsammans med patienten.

5.2 Motivation

Att locka fram patientens egen motivation leder i högre grad till beteendeförändring än om hälso- och sjukvårdspersonalen ger ensidiga råd eller ”tjatar” om förändring. Att locka fram patientens egen motivation gör du genom att ställa öppna frågor, empatiskt lyssna och spegla det patienten säger som kan leda fram mot en förändring (så kallat förändringsprat).

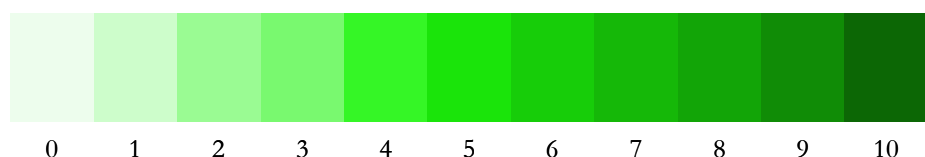
Att utforska motivation

För att utröna patientens motivation och tillit till den egna förmågan att göra en förändring samt för att locka fram förändringsprat kan motivationsskalor användas. Förändringsprat är uttalanden som rör sig i riktning mot en aktuell förändring. Det kan vara uttalanden om nackdelar med nuläget eller om fördelar med förändring. Det kan även vara optimistiska uttalanden om patientens tilltro till sin egen förmåga att kunna genomföra en förändring; om vilja, behov eller önskan att förändra samt uttalanden om avsikt eller beslut om förändring.

Så här kan motivationsskalor användas i samtalet med patienten:

Vikten av förändring

– Hur viktigt är det för dig att förändra din levnadsvana (sluta röka, dra ner på alkoholkonsumtionen, öka fysisk aktivitet, förändra dina matvanor)?



0 inte viktigt

10 mycket viktigt

– Hur kommer det sig att du säger 5 och inte 2?

Denna följdfråga stärker och kan locka fram förändringsuttalanden som beskriver mer ingående varför något är viktigt.

Tilltro till den egen förmåga

– Om du bestämmer dig för att förändra detta. Hur säker är du på att kunna klara av att...?



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

0 inte alls

10 helt säker

– Hur kommer det sig att du sätter 5 och inte 2?

Denna följdfråga kan locka fram uttalanden om egna styrkor och förmåga.

– Vad skulle krävas för att du skulle säga en högre siffra?

Denna följdfråga kan ge information om eventuella hinder för att genomföra en förändring, något som vi kan arbeta vidare med.

– Vad skulle vara hjälpsamt för dig för att du skulle kunna säga en högre siffra?

Denna följdfråga kan ge information om patienten vill ha stöd från dig eller någon annan för att kunna göra förändringen.

Beredskap för förändring

– Om du bestämmer dig för att förändra detta. Hur beredd är du att...?



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

0 inte alls

10 helt beredd

Här kan du komma med en följdfråga både uppåt och nedåt på skalan.

– Hur kommer det sig att du sätter 6 och inte 3?

Denna följdfråga kan ge information vilken strategier patienten har funderat på.

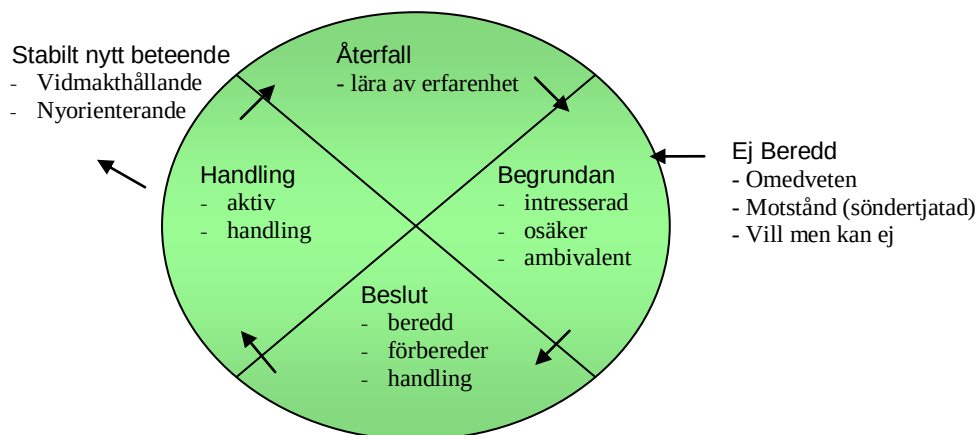
– Vad skulle krävas för att du skulle säga en högre siffra, till exempel 8?

Denna följdfråga kan ge information om vad som hindrar patienten just nu.

Avsluta gärna utforskningen av motivationen med att göra en sammanfattning och förstärk de uttalande som leder till en positiv förändring.

Förändring – en process

Att förändra ett beteende är en process, som kan beskrivas i olika modeller. En vanlig modell är James Prochaska och Carlo Di Clementes förändringshjul (Stages of change).



Förändringshjulet Prochaska/Di Clemente

Modellen bygger på att patienten går igenom vissa steg för att nå en förändring av sitt beteende. I verkligheten är det inte så att patienten tar sig raka vägen igenom förändringshjulet utan förflyttar sig mellan de olika faserna.

Vår uppgift som vårdpersonal är att möta patienten där han/hon befinner sig i förändringsprocessen. Detta innebär att vårdpersonalens beteende och samtalsteknik behöver matchas mot patientens situation.

Att patienten uppvisar ambivalens, osäkerhet och/eller tvekan är ett naturligt och viktigt steg på vägen till förändring. Om vårdpersonalen tolkar patienten som "Ej beredd" behöver detta inte betyda att patienten helt saknar motivation, utan bara att hon/han av olika skäl ännu inte är beredd.

Hjälpmedel

Inom riskbruksprojektet har man tagit fram en MI-sticka som kan vara ett bra verktyg att ha i "rockfickan" när det är dags för samtal om levnadsvanor eller andra känsliga samtal.

LEVNADESVANOR OCH HÄLSA
Motiverande samtal

► Be om lov att ta upp ämnet, "är det okay att..."

► Ge respons utifrån var patienten befinner sig i sin beredskap till förändring.

Inte beredd **Osäker/tveksam** **Beredd**
Väx intresse, Utforska Stöd handling.
erbjud information. ambivalensen.

På en skala 0-10 där 0 betyder "inte alls viktigt" och 10 betyder "mycket viktigt"

Hur viktigt är det för dig att ...?

0 _____ 10

Hur säker är du på att kunna klara av att ...?

0 _____ 10

Hur kommer det sig att du säger X och inte O?

Vad skulle behövas för att du skulle sätta en högre siffra?

► Informationsutbyte:

- Utforska vad patienten vet – vad känner du till om...?
- Erbjud information – kort, anpassad efter patientens förkunskaper.
- Utforska vad detta innebär för patienten.

► **Bekräfta**

- Egenskaper, du är en person som...
- Handlingar, du har...

► **Öppna, utforskande frågor**

- Hur ser du på ...?
- Hur tänker du om ...?
- Vad innebär detta för dig?
- Vad känner du till om ...?
- På vilket sätt ...?

► **Lyssna och reflektera**

- Samtidigt som du är tveksam så skulle du vilja ...
- Du tänker ...
- Så du undrar ...

► **Sammanfatta**

Sammanfatta och fråga om du uppfattat rätt.

Kom ihåg!

- Gå inte händelserna i förväg.
- Var uppmärksam på förändringsprat. Locka fram och förstärk det. Reflektera, bekräfta eller utforska mer när du hör det.
- Var uppmärksam på och hantera din rättningsreflex.
- Lyssna på din patient, utforska motivationen.
- Stärk din patient i tilltron till den egna förmågan.

Statens folkhälsoinstitut

Ömsesidigt utvecklad 2012 efter en idé framtagen under Riskbruksprojektet i samarbete med Landstinget Gästrikland.

Kan beställas eller laddas ner på:
<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/MI-sticka/>

6. Tobaksbruk

Nivå	Rådgivningsnivå	Patient
1	Utforska patientens eventuella tobaksbruk samt ge generella råd (enkel rådgivning) utifrån patientens kunskapsnivå.	Alla där det är relevant att prata tobak utifrån patientens situation.
2	Rådgivande samtal	Gravida som röker. Gravida eller ammande som snusar.
3	Kvalificerat rådgivande samtal 	Daglig rökning hos vuxna, inklusive vuxen som ska genomgå operation. För rökning hos ungdomar under 18 år gäller att kvalificerat rådgivande samtal är den bästa åtgärden av de utvärderade alternativen. Varken nikotinläkemedel eller andra godkända preparat för rökavvänjning (Vareniklin och Bupropion) är testade på barn och ungdomar.
Högriskgrupper Patienter med lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, blodfetterrubbningar, diabetes, övervikt/fetma, cancer, depression, schizofreni.		
Speciella grupper Grupper där det är särskilt angeläget att identifiera tobaksrökning är gravida, vårdnadshavare till små barn samt personer som ska genomgå en operation.		

Symbolen  är en hyperlänk som hänvisar till webbsida med det i texten nämnda hjälpmedel eller ytterligare förtydligande av texten.

6.1 Bakgrund

Tobaksbruk, och i synnerhet rökning, anses idag vara en av de främsta orsakerna till ohälsa och för tidig död. Rökare drabbas av många sjukdomar som en direkt eller indirekt följd av sin rökning [15]. Av dessa sjukdomar är hjärt-kärlsjukdomar, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt olika cancerformer de vanligaste [16, 17].

6.2 Definition

Bruket av tobak omfattar en mängd olika tobaksprodukter som kan indelas i kategorierna röktobak respektive rökfri tobak.

Begreppet rökning används vid allt tobaksbruk där rök inhaleras. I Sverige är den vanligaste produkten fabriktillverkade cigaretter. Även piprökning, cigarill- och cigarrökning räknas till gruppen röktobak. När det gäller bruket av vattenpipa räknas det som röktobak när det ingår tobak i den blandning som förbränns, vilket det enligt WHO vanligtvis gör [18].

Den rökfria tobak som nästan uteslutande används i Sverige är snus, men även tuggtobak finns att tillgå och används i mindre utsträckning.

Nikotinfritt snus är ingen tobaksprodukt [19].

Det fysiska beroendet av tobak orsakas av det nikotin som tobaken innehåller. Nikotinets belönande effekt uppstår när kroppen vant sig vid substansen. Beroendet tycks utvecklas som en effekt av olika samverkande faktorer utöver de rent farmakologiska effekterna, så som ärftlig disposition, social kontext och inlärt beteende[20]. Med tiden blir beteendet i det närmaste automatiserat då tobaksbruket

efter en tids användning kommer att associeras med en mängd olika situation, tankar och känslor. Beteendet vidmakthålls av att användaren upplever belönande effekter av sitt tobaksbruk, samt kan erfara att negativa upplevelser och känslor upphör eller uteblir helt. Kombinationen av dessa effekter kan ge ett starkt psykologiskt beroende.

Nikotinberoende tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier [21]:

- Toleransutveckling
- Abstinensbesvär
- Svårigheter att kontrollera konsumtionen.
- Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera tobaksbruket.
- Avstår andra belönande aktiviteter till förmån för tobaksbruket.
- Fortsätter bruka substansen trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av substansen.

6.3 Allmän rekommendation

De negativa effekterna av tobaksbruk, särskilt bruket av röktobak, är väldokumenterade. Tobaksrökning är fortfarande det enskilt största förebyggbara och behandlingsbara folkhälsoproblemet som kan leda till sjukdom och för tidig död. Att sluta röka har en mycket positiv effekt på hälsan [15]. Kunskapen om hälsoeffekterna av snusbruk är ännu inte heltäckande, men tillräckligt omfattande för att avråda även från bruk av snus [17]. Således är den allmänna rekommendationen att avstå allt tobaksbruk.

För råd om läkemedelsbehandling vid abstinens hänvisas till Skånelistan 2013, Bakgrundsmaterial under rubrik Tobaksberoende [22].

6.4 Hänvisning av patienter med speciella behov

Personer som tillhör högriskgrupper ska alltid erbjudas kvalificerat rådgivande samtal.

För personer med psykisk sjukdom gäller samma princip som för övriga patienter vad gäller läkemedel; dvs. att i första hand rekommendera nikotinläkemedel, gärna i form av kombinationsbehandling (nikotinplåster samt annat preparat) men att iaktta större försiktighet än annars med Vareniklin och Bupropion på grund av det biverkningspektrum som finns [22].

Personer med psykisk sjukdom löper ibland ökad risk för abstinens och återfall jämfört med andra grupper och behandlingsprocessen kännetecknas ofta av längre och mer noggranna förberedelser samt att patienterna efter ett rökstopp kan behöva stöd under en längre tidsperiod [23].

6.5 Enkel rådgivning - utforska, ge generella råd

Om det är relevant utifrån patientens aktuella problem, bör man utforska patientens eventuella tobaksbruk och hur denne ser på det. Avsnittet Patientmötet, en dialog samt innehållet i den allmänna rekommendationen och definition av tobaksbruk kan vara till hjälp.

Ge generella råd

Information ges utifrån allmänna, standardiserade råd om att sluta använda tobak och om fördelar med tobaksfrihet utifrån den allmänna rekommendationen och/eller kopplat till det medicinska tillståndet. Den enkla rådgivningen kan kombineras med skriftlig information t ex HFS broschyr ”Testa dina levnadsvanor”  och webbaserad information på www.1177.se (sök på tobak) samt bör innehålla

information om vart man kan vända sig om man senare skulle önska ytterligare stöd. Den enkla rådgivningen anpassas efter patientens reaktion på den information och de råd som ges.

6.6 Rökfri i samband med operation

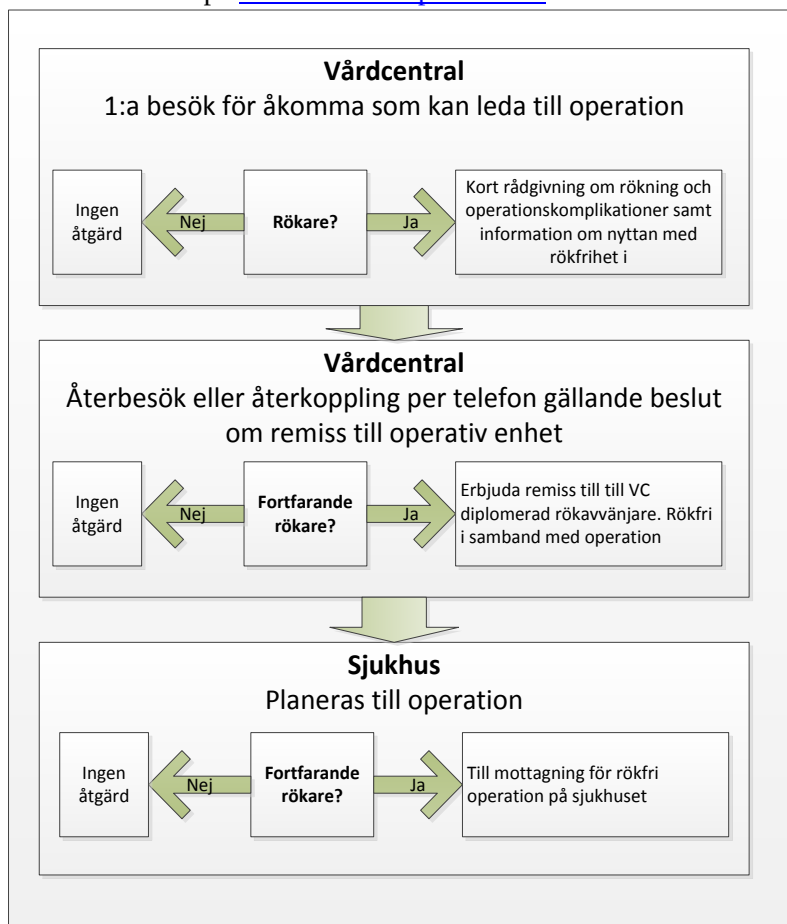
Rökstopp inför operation bör vara en förberedelse liksom alla andra inför operation och patienten ska informeras om vinster med ett rökstopp och risker med rökning i samband med operation.

Informationen bör innehålla följande fakta:

- Komplikationsrisken är större för rökare än icke rökare i samband med operationer. Det är framför allt problem med sårhäkning och infektioner. Den ökade komplikationsrisken beror på syrebrist i kroppens vävnader. Kolmonoxid blockerar de röda blodkropparnas möjlighet att ta upp syre i kroppen. Nikotin är kärlsammmandragande och hindrar syretransporten. Detta orsakar att operationssåret läker sämre och risken för infektioner ökar.
- Rökare kan också få problem med hjärta, lungor och kärl i samband med operationen.
- Rökstopp 6-8 veckor före operationen kan normalisera risken för komplikationer efter operationen.
- Rökstopp 4 veckor preoperativt + 4 veckor postoperativt, halverar risken för postoperativa komplikationer.
- Rökstopp på operationsdagen + 6-8 veckor postoperativt, direkt efter akuta operationer minskar det totala antalet komplikationer.

Ur patientsäkerhetsperspektiv finns det allt att vinna på rökfrihet i samband med operation.

Du kan läsa mer på www.enrokfrioperation.se



Figur1: Flödesschema Rökfri i samband med operation

6.7 Rådgivande samtal

Ett rådgivande samtal tar längre tid än de enkla råden och utgår från den enskilde patientens situation. Det sker i form av en dialog där vårdpersonal tar hänsyn till patientens hälsa, risknivå, samt andra specifika faktorer i patientens liv. Personalen frågar om tobaksvanor och samtalar om fördelar med att sluta. Ofta ingår strategier för att öka patientens motivation att genomföra förändringar. Om patienten är beredd att genomföra ett tobaksstopp inom de närmsta veckorna bör ett stoppdatum bestämmas.

Personalen bör då:

- Rekommendera patienten att inte ha någon tobak kvar på stoppdagen
- Samtala med patienten om hur man kan hantera svåra situationer
- Informera om läkemedel för rökavvänjning

Åtgärden kompletteras med uppföljning i form av återbesök, telefonsamtal, brev eller mejlkontakt vid ett eller några tillfällen för att efterhöra hur det gått med förberedelser, vad som varit bra, respektive svårt, hur det fungerat med eventuella läkemedel, identifierar eventuella risksituationer samt lyfter fram vinsterna med stoppet [18].

Vilken typ av uppföljning som väljs och frekvensen av densamma bör anpassas efter patientens behov.

6.8 Kvalificerat rådgivande samtal



Ett kvalificerat rådgivande samtal på tobaksområdet, nedan kallat tobaksavvänjning, är en relativt omfattande åtgärd. Liksom det rådgivande samtalet är det kvalificerade rådgivande samtalet utformat som en dialog mellan vårdpersonal och patient. Skillnaden är att det kvalificerade rådgivande samtalet är tidsmässigt mer omfattande, att det alltid följs upp med flera kontakter, samt att det utförs av en utbildad tobaksavvänjare.

Samtalsmetodiken är patientcentrerad och använder sig bland annat av principer hämtade från kognitiv beteendeterapi för att förändra beteenden och hitta nya sätt att förhålla sig till tankar, känslor, kroppsliga förnimmelser och yttre situationer. Motiverande strategier, t ex genom användning av MI-tekniker är en viktig del i behandlingen och används för att hjälpa patienten vidare i sin beteendeförändring.

Metoden kan tillämpas antingen individuellt eller i grupp, med eller utan tillägg av nikotinläkemedel eller övriga läkemedel godkända för rökavvänjning.

Åtgärden rekommenderas på tobaksområdet för att den har bättre effekt än övriga åtgärder [24].

En typisk behandling

Förberedelsefas (Besök 1- 2)

1. Förstabetesöket varar ofta 45 – 60 minuter och syftar till att kartlägga beroendet, utforska patientens motivation, förstärka skälen att sluta röka samt att planera för ett tobaksstopp och hur patienten kan börja förändra beteenden kopplade till tobaksbruket. En intervjuguide för bedömningssamtal om tobak kan med fördel användas. Förutom aktuellt tobaksbruk och tidigare tobaksstopp bör frågor kring motivation, fysisk och psykisk hälsa samt social situation ingå. Fagerströms beroendeskala kan ge svar på hur starkt nikotinberoendet är (se avsnitt 6.11), vilket i sin tur kan hjälpa patient och vårdpersonal att komma fram till typ och styrka på nikotinersättningsmedel som eventuellt ska användas.

2. Det andra besöket koncentreras till den konkreta förberedelsen inför ett tobaksstopp, oftast med genomgång av eventuella nikotinpreparat/övriga läkemedel samt strategier för att hantera röksug och

abstinensbesvär. Besöket kan också innehålla identifiering av högrisksituationer samt problemlösande strategier för att klara dessa.

Aktiv stoppfas (Besök 3 – 4)

3. Det tredje besöket ska helst ske på stoppdagen eller inom några dagar och syftar till att stötta, bekräfta framsteg, hantera svårigheter som dykt upp, samt att klargöra hur patienten kan gå vidare.

4. Det fjärde besöket sker gärna ca en vecka efter stoppet. Vårdpersonalen uppmärksammar framsteg, positiva effekter av stoppet, patienten erbjuds hjälp att hantera eventuella bakslag och hur man kan gå vidare. Det kan även vara klokt att diskutera strategier för att hantera högrisksituationer.

Vidmakthållandefas (Besök 5 – 7)

5 – 7. Ytterligare ett antal kontakter är önskvärda innan tobaksfriheten är stabil. Antal kontakter och hur tätt dessa sker anpassas efter patientens behov. Man kan kartlägga eventuella framtida högrisksituationer samt komma fram till strategier för att hålla motivationen till fortsatt tobaksfrihet levande. Vanligtvis hålls kontakten fram till ca 8 – 10 veckor efter tobaksstoppet. Dessa kontakter kan ske antingen i form av besök eller telefon/mejlkontakter [18].

Uppföljning

Uppföljningen bör ske löpande utifrån individens behov avseende hur det går med rökstoppet och om patienten behöver ytterligare stöd. Uppföljningen ingår som en naturlig del av både det rådgivande samtalet om tobak och vid det kvalificerat rådgivande samtalet. Uppföljningen kan ske både via besök och via telefon.

6.9 Utvärdering/resultat

Utvärdering av åtgärden görs vid 12 månader efter påbörjad behandling av patienter som satt ett rökstoppsdatum. Utvärderingen kan ske per telefon eller via brev eller i ett besök. Ny bedömning ska göras avseende patientens tobaksbruk avseende om han/hon är rökfri och hur länge rökfriheten vidmakthållits. Utvärderingen ska innehålla svar på Socialstyrelsens indikatorfrågor.

6.10 Personalens kvalifikationer

Kunskap innebär att vara väl insatt i ämnet medan kompetens innebär att personalen har förmåga att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdighet. Kompetens innebär således att i huvudsak arbeta med levnadsvanan, motiverande strategier, beteendeförändring och annan kunskap knutet till beskrivna metoder.

Enkel rådgivning - Utforska patientens tobaksbruk samt att ge generella råd.

Personalen ska

- kunna ta upp frågan om tobaksbruk utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt och patientens motivationsnivå.
- känna till och utgå från Socialstyrelsens indikatorfrågor för att identifiera tobaksbruk.
- kunna bedöma och samtala om tobaksbruk kopplat till det medicinska tillståndet.
- ha kunskap om lokalt flöde/nivå, initiera remiss till tobaksavvänjare.
- om aktuell operation föreligger känna till flödet för Rökfri inför operation.

Rådgivande samtal

enligt ovan samt

- kunna bedöma och samtala om rökning kopplat till det medicinska tillståndet.
- ha kompetens om patientcentrerad samtalsmetodik såsom t ex Motiverande samtal.
- ha kunskap om motiverande strategier.
- ha kunskap om förändringsprocessen.

Kvalificerat rådgivande samtal

enligt ovan samt

- vara diplomerad tobaksavvänjare godkänd av Yrkesföreningar mot Tobak.
- ha kompetens att arbeta med förändringsprocessen, motiverande strategier samt beteendetekniker och tillämpa det i arbetet med tobaksavvänjning.

6.11 Mäta

Socialstyrelsens indikatorfrågor

Socialstyrelsen har till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder tagit fram indikatorfrågor som kan användas för att identifiera tobaksbruk. Dessa kan behöva kompletteras för att få en tydlig bild av personens tobaksbruk framförallt vid det rådgivande och det kvalificerade rådgivande samtalet se ”Andra frågeformulär”.

Rökvanor	Snusvanor
Jag har aldrig varit rökare Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan Jag röker men inte dagligen	Jag har aldrig varit snusare Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sedan Jag snusar men inte dagligen
Jag röker dagligen 1 – 9 cigaretter per dag 10 – 19 cigaretter per dag 20 eller fler cigaretter per dag	Jag snusar dagligen 1 – 3 dosor per vecka 4 – 6 dosor per vecka 7 eller fler dosor per vecka
Alternativt	Alternativt
Jag röker dagligen __ cigaretter per dag	Jag snusar dagligen __ dosor per vecka

Andra frågeformulär

Förutom indikatorfrågorna kan någon typ av frågeformulär användas som stöd vid bedömningssamtal om tobaksvanor. Det finns särskilt framtagna bedömningsformulär och man bör använda ett formulär som är gratis och som tidigare har visat sig användbart. Ett sådant formulär är framtaget av Statens Folkhälsoinstitut . Förutom frågor kring aktuellt tobaksbruk och tidigare tobaksstopp finns där frågor kring motivation, fysisk och psykisk hälsa samt social situation.

Mätning av nikotinberoende – Fagerströms beroendeskala

Den mest använda skalan för att försöka mäta grad av nikotinberoende är Fagerströmsskalan som kan vara till hjälp för att ge råd kring dosering av nikotinläkemedel.

Skalan förekommer i olika versioner, de numera mest använda är:

1. FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence /FTCD (Fagerström Test for Cigarette Dependence) ✖: en 10-gradig skala med 6 frågor [25, 26].
2. HSI (Heaviness of Smoking Index) ✖: en 3-gradig skala som innehåller de två frågor som bäst tycks fånga upp styrkan på nikotinberoendet [27, 28, 29].

7. Riskbruk alkohol

Nivå	Rådgivningsnivå	Patient
1	Utforska patientens förhållande till och konsumtionsmönster av alkohol samt ge generella råd (enkel rådgivning) utifrån patientens kunskapsnivå.	Alla där det är relevant att prata alkoholkonsumtion utifrån patientens situation.
2	Rådgivande samtal Webb- och datorbaserad rådgivning 	Patienter som har funderingar kring sitt alkoholbruk och hur det påverkar deras hälsa. Patienter där det i anamnesen (förhistoriskt) har framkommit att patienten dricker alkohol och detta kan vara relevant för patientens aktuella situation.
3	Kvalificerat rådgivande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal är i regel inte nödvändigt för att förändra ett riskbruk.
Högriskgrupper Unga vuxna (18-29 år), personer med kronisk smärta, depression/ångest, schizofreni, högt blodtryck, blodfetterubbning, övervikt/fetma, hjärt-kärlsjukdom, leverpåverkan, hudsjukdom, cancer. Patienter som använder vissa läkemedel, till exempel blodförtunnande, antidepressiva, insulin, centralt verkande smärtstillande läkemedel, sömnmedel/lugnande medel, höga doser paracetamol. Speciella grupper Grupper där det är särskilt angeläget att identifiera ett eventuellt riskbruk av alkohol är gravida, där allt bruk är riskbruk, vårdnadshavare till små barn, personer som ska genomgå en operation, samt personer som är på väg in i en längre sjukskrivning 		

Symbolen  är en hyperlänk som hänvisar till webbsida med det i texten nämnda hjälpmedel eller ytterligare förtydligande av texten.

7.1 Bakgrund

Alkohol är, efter rökning och högt blodtryck, den tredje största riskfaktorn för ökad ohälsa och för tidig död. Ganska måttliga mängder alkohol kan ha en negativ inverkan på hälsan, även om det inte finns något som talar för att det är mer hälsosamt att helt avstå från alkohol än att dricka mindre mängder [30]. Alkoholen påverkar alla vävnader i kroppen och bland de tillstånd som kan vara relaterade till alkoholkonsumtionen kan nämnas högt blodtryck, ångest och depression, cancer i olika organ, mag- och tarmproblem, övervikt, olika skador i samband med olycksfall och ökad risk för missfall under första trimestern [31,32]. Riskbruk av alkohol ökar dessutom risken för att man ska utveckla ett skadligt bruk eller ett beroende av alkohol.

7.2 Definition

Ett bruk av alkohol som medför förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, men där det inte föreligger missbruk eller beroende [33].

Steget från liten risk till förhöjd risk är flytande och påverkas av individuella faktorer. I undersökningar av riskbrukets omfattning i samhället måste man ändå göra en gränsdragning mellan riskbruk och icke riskbruk av alkohol. I sådana fall definierar man riskbruk antingen enligt veckokonsumtion, där man dricker mindre mängder ofta, eller som tillfällen av intensivkonsumtion, där man dricker större mängder vid samma tillfälle.

I grova drag skiljer sig riskbruk från missbruk genom att det inte orsakar samma dignitet av skador och sociala konsekvenser. Det skiljer sig från beroende genom att det inte föreligger beroendesymtom som längtan eller tvång till att dricka, bristande kontroll över sitt drickande, att man drabbas av abstinenssymtom om man inte dricker, att man önskar att dricka mindre utan att lyckas ändra sina vanor eller att alkoholen blir viktigare än allt annat i livet. Förenklat kan man säga att vid riskbruk är alkoholbruket en riskfaktor för sjukdom, medan vid beroende är alkoholbruket sjukdomen. Mer om diagnoskriterier för missbruk och beroende. ✕

Gränser för riskbruk

	Veckokonsumtion	Intensivkonsumtion
Män	15 standardglas eller mer	5 standardglas eller mer vid samma tillfälle
Kvinnor	10 standardglas eller mer	4 standardglas eller mer vid samma tillfälle

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



Detta ska ses som en generell rekommendation för övre gräns för friska vuxna utan andra riskfaktorer. Det är individuellt hur mycket alkohol en person kan dricka utan att ta skada av det, även om man är helt frisk. Ålder, olika medicinska tillstånd, läkemedel och livssituation är exempel på faktorer som ytterligare kan påverka hur känslig man är för alkoholens negativa hälsoeffekter. Man ska således inte stirra sig blind på dessa nivåer, och man ska inte uppmana personer med en lägre alkoholkonsumtion att dricka mer eller utgå ifrån att en person med konsumtion inom gränserna inte kan ha ett riskbruk. För gravida räknas allt bruk av alkohol som riskbruk.

7.3 Allmän rekommendation

För närvarande finns det ingen evidens som talar för att man kan rekommendera att människor ska dricka alkohol av hälsoskäl. Gränser för måttligt drickande ska därför ses som en rekommendation att hålla sitt alkoholintag inom rimliga gränser [30].

En allmän rekommendation för alkoholkonsumtion innebär en konsumtion som för individen inte medför förhöjd risk för fysiska, psykiska och sociala konsekvenser.

Alkohol ska inte rekommenderas som medicin eller i hälsofrämjande syfte.

Alkoholkonsumtion som är anpassat till individens eventuella riskfaktorer har sannolikt inga större negativa effekter på den enskildes hälsa.

Samtidigt finns det ingen evidens som talar för att de som av olika anledningar inte dricker alkohol alls är friskare än de som har ett begränsat alkoholintag. Däremot ökar de negativa hälsoeffekterna

kraftigt med ökande alkoholintag. Överlag är de skadliga effekterna av alkohol mycket mer omfattande än de eventuella fördelaktiga hälsoeffekterna.

Alkoholens positiva och negativa effekter på hälsan är komplexa och påverkas bland annat av ålder, kön, genetiska faktorer samt dryckesmönster avseende frekvens, mängd och typ av alkohol som intas. De studier som har gjorts har i regel genomförts på specifika målgrupper med resultat som inte är generaliserbara för befolkningen i stort. Alkohol i begränsade mängder kan ha positiva hälsoeffekter för vissa grupper i befolkningen.

7.4 Enkel rådgivning - utforska och ge generella råd

Om det är relevant utifrån patientens aktuella problem utforska patientens eventuella alkoholkonsumtion och hur denne ser på det. Avsnittet Patientmötet, en dialog samt innehållet i den allmänna rekommendationen och definition av riskbruk kan vara till hjälp.

Ge generella råd

Information ges om riskbruk av alkohol och fördelar med att dricka mindre, allmänna råd om alkohol och hälsa kopplat till det medicinska tillståndet.

Kan kombineras med skriftlig information till exempel nätverket Hälsofrämjande sjukvårds broschyr ”Testa dina levnadsvanor” samt webbaserad information på www.1177.se (sök på Dricka lagom).

7.5 Hänvisning av patienter med speciella behov

Gravida, vårdnadshavare för små barn samt patienter som ska genomgå en operation ska erbjudas samma intervention som övriga patienter, men det är genomgående högre prioritet att erbjuda just dessa patientgrupper rätt nivå av rådgivning. Långtidssjukskrivning är en känd riskfaktor för att utveckla ohälsosamma alkoholvanor, liksom det kan vara förknippat med redan existerande dito. Det är angeläget att man redan från början i ett sjukskrivningsärende är uppmärksam på detta. I Region Skånes projekt för en förbättrad sjukskrivningsprocess har det tagits fram en riktlinje för hur man lämpligen arbetar strukturerat med alkohol i samband med längre sjukskrivningar .

Patienter som har ett alkoholberoende kan behöva hänvisas till kommunens socialtjänst för stöd och hjälp till nykterhet. Patienter som kräver avgiftning inom sjukvården kan behöva remitteras till beroendeenhet inom psykiatri.

7.6 Rådgivande samtal



Ett rådgivande samtal om alkohol bör utgå från patientens aktuella problem/hälsotillstånd/situation och föras som en rådgivande dialog med patienten. Utforska patientens egna kunskaper och funderingar kring alkoholbruk, erbjud mer information och utforska sedan hur denna tas emot hos patienten. Ta inte enbart upp de negativa sidorna med att dricka för mycket, lyft också fram fördelarna med att dricka mindre. Utgå ifrån att patienten är en unik individ och låt patienten vara med att utforma hur en eventuell intervention ska se ut. Försök gärna få en uppfattning om patientens motivation till att genomföra en förändring av sina levnadsvanor, samt tilltron till den egna förmågan att faktiskt genomföra detta.

Var lyhörd för vad patienten önskar! Det är inte förbjudet att ha ohälsosamma levnadsvanor, och alla är inte redo eller beredda att ändra sin livsstil. Tänk då att du kanske har sått ett frö genom att lyfta frågan!

Sammanfattningsvis bör ett rådgivande samtal om alkohol innehålla

- Respekt för patientens rätt till självbestämmande.
- Återkoppling om alkoholkonsumtion med utgångspunkt i patientens aktuella problem.

- Förtydligande av vad som utgör riskbruk av alkohol.
- Information om skadliga effekter av riskbruk.
- Diskussion kring fördelar med dricka mindre.
- Diskussion kring patientens motivation till samt tilltro till den egna förmågan att förändra sina alkoholvanor.
- Strategier för att öka patientens motivation att ändra sina alkoholvanor.
- Analys av risksituationer och copingstrategier.
- I samråd med patienten framtagande av en personlig plan för att minska alkoholkonsumtionen.

I princip räcker det med ett rådgivande samtal utan särskild uppföljning, men se gärna nedan under ”Uppföljning”.

Patienter som ska genomgå operation

Patienter som dricker alkohol regelbundet har större risk för att drabbas av komplikationer under och efter en operation jämfört med patienter som dricker måttligt eller inget. Komplikationerna består i huvudsak av påverkan av hjärta och lungor samt ökad blödningsrisk. Alkohol har en skadlig effekt på immunförsvaret, hemostasen, kroppens förmåga att tolerera stress, samt ökar risken för subklinisk hjärtsvikt och rubbningar i hjärtrytmen. Studier visar att riskerna för komplikationer ökar med ökande veckokonsumtion av alkohol, men att de negativa effekterna är reversibla. Om man avstår från alkohol en månad innan operationen har man i stort sett eliminerat den ökade risken för komplikationer.

Patienter med ett alkoholriskbruk som ska genomgå en operation ska erbjudas samma interventioner som övriga patienter. Av hänsyn till patientsäkerheten är det viktigt att alla som ska genomgå en planerad operation informeras om sambandet mellan alkohol och operationskomplikationer. Vid behov erbjuds rådgivande samtal eller webbaserad intervention. Patienter med beroende kräver mer intensiva åtgärder. Flödet för arbetet med alkohol inför operation bör vara likartat som det som beskrivs för rökfrihet vid inför operation, se kap 6.6.



Webb- och datorbaserad rådgivning

Det finns validerade datoriserade instrument där patienten svarar på frågor om sina alkoholvanor. Utifrån svaren ges en individuell bedömning av patientens alkoholvanor, om det aktuella alkoholbruket leder till ökad risk för ohälsa och råd och tips om möjliga sätt att ändra sin alkoholkonsumtion. Datorbaserad rådgivning är ett instrument som är utformat för att vara tillräckligt i sig själv, så att patienten inte ska behöva visa sina svar för någon annan om han/hon inte önskar detta.

Sammanfattningsvis innebär datorbaserad rådgivning att

- Patienten på egen hand svarar på frågor om sina alkoholvanor.
- Svaren leder till en återkoppling kring patientens alkoholvanor och eventuella risker.
- Återkopplingen kan innehålla tips om strategier för att minska sitt drickande.
- Patienten själv bestämmer om han/hon vill diskutera utfallet av rådgivningen med personer inom vården.

Förslag på webbaserade test av alkoholvanor:

www.alkoholhjalpen.se

www.livsstilsanalys.se

www.alkoholprofilen.se

7.7 Uppföljning

Om en riskbruksintervention har gjorts som en del av behandlingen av en annan sjukdom glöm ej att ge återkoppling vid nästa kontakt och utvärdera effekt på grundsjukdomen, eventuellt genom relevanta kliniska mått som t ex blodtryck, vikt, blodsockerreglering och sömnkvalitet. Om patienten vid förra besöket bestämde sig för att försöka genomföra en förändring är det av vikt att förhåra sig om hur det har gått för patienten. Detta för att visa att en eventuell förändring var viktig, dels för att det ger möjligheten att stötta patienten till en eventuell förändring.

7.8 Utvärdering/Resultat

Målet är ett riskfritt alkoholbruk utifrån patientens hälsostatus. Om individuella mål satts upp eller vårdpersonalen gjort en överenskommelse med patienten om en plan för att ändra alkoholvanor bör man även bestämma en tidpunkt för utvärdering, se uppföljning. Utvärderingen bör kunna göras med samma metod som man gjorde den initiala bedömningen av patientens alkoholvanor. Utvärderingen kan då bestå av huruvida det har inträffat förändringar i patientens alkoholkonsumtion och/eller huruvida denna förändring har inneburit en gynnsam påverkan på patientens underliggande hälsoproblem.

7.9 Personalens kvalifikationer

Kunskap innebär att vara väl insatt i ämnet medan kompetens innebär att personalen har förmåga att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdighet. Kompetens innebär således att i huvudsak arbeta med levnadsvanan, motiverande strategier, beteendeförändring och annan kunskap knutet till beskrivna metoder.

Enkel rådgivning - Utforska patientens alkoholkonsumtion samt att ge generella råd.

Personalen ska

- känna till och utgå från den definitionen för riskbruk.
- kunna samtala om alkohol kopplat till det medicinska tillståndet utifrån intensivkonsumtion samt hög konsumtion över tid.
- ha kunskap om
 - samband mellan alkoholkonsumtion och medicinskt tillstånd.
 - när alkoholbruket kan vara en riskfaktor, och när alkoholbruket är sjukdomen.
 - lokalt patientflöde/vårdnivå för riskbruk av alkohol, missbruk och beroende.
- minst kunna ge enkla råd om alkohol samt hänvisa till källor där patienten kan söka mer information.

Rådgivande samtal

enligt ovan samt

- ha kompetens om patientcentrerad samtalsmetodik såsom t ex Motiverande samtal.
- ha kunskap om motiverande strategier.
- ha kunskap om förändringsprocessen.

Läkare kan ha kunskap om farmakologisk behandling med akamprasat, naltrexon och disulfiram till patienter som befinner sig i gränslandet mellan riskbruk och beroende.

7.10 Mäta

Socialstyrelsens indikatorfrågor

Socialstyrelsen har till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder tagit fram indikatorfrågor som kan användas för att identifiera riskbruk av alkohol. Dessa kan behöva kompletteras för att få en tydlig bild av personens alkoholkonsumtion, se ”Andra frågeformulär”.

Hur många standardglas dricker du en vanlig vecka?	Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas eller mer och du som är man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?
Dricker <1 glas per vecka eller ingenting alls Dricker 1-4 glas per vecka Dricker 5-9 glas per vecka Dricker 10-14 glas per vecka Dricker 15 glas eller mer per vecka	Aldrig Mer sällan än en gång per månad Varje månad Varje vecka Varje dag eller nästan varje dag
Alternativt	Alternativt
Dricker ___ standardglas per vecka	___ gånger per månad

Att försöka fånga dryckesmönstret kan vara hjälpsamt om du sedan ska stödja patienten med strategier för att dricka mindre. Utforska om det finns andra riskfaktorer som gör alkoholbruk än mer riskabelt, eller om patienten tillhör en av de speciella grupper där det är särskilt angeläget att identifiera riskbruk av alkohol.

Dryckesmönster

Med dryckesmönster menas hur patientens drickande ser ut. Det kan vara att man i perioder i stort sett inte dricker någonting alls för att sedan ha perioder där man dricker mer regelbundet och kanske i stora mängder. När det gäller riskbruk kan det antingen handla om att man bara dricker ett eller två glas, men att man gör det ofta, eller om att man vid samma tillfälle dricker stora mängder alkohol, så kallad intensivkonsumtion. En del har ett dryckesmönster som både omfattar lågintensivt, kontinuerligt alkoholintag och tillfällena med intensivdrickande. Det lågintensiva drickandet kan medföra hälsorisker för att det kan leda till en hög veckokonsumtion, och det intensiva drickande kan medföra hälsorisker för att det blir så stor alkoholbelastning på kroppen vid det tillfället. I princip skulle man kunna ha en veckokonsumtion under de rekommenderade 15/10 glasen, men genom att man i stället dricker många glas vid samma tillfälle har man ändå ett riskbruk.

Andra frågeformulär

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett formulär som på 1980-talet togs fram på uppdrag av WHO. Syftet var att utveckla ett gallringstest som fångar upp hög och riskfylld alkoholkonsumtion, men även identifierar missbruk och beroende. Formuläret är framtaget för att användas inom hälso- och sjukvården. AUDIT består av tio frågor, varav de tre första identifierar riskfylld alkoholkonsumtion och de sju övriga identifierar alkoholproblem, dels genom beroendesymtom, dels genom symtom på skadligt bruk. Det är viktigt att komma ihåg att AUDIT är en hälsoundersökning som kan underlätta identifierande av personer med ohälsosamma alkoholvanor. AUDIT är inget diagnostiskt instrument. Mer om hur man praktiskt kan använda AUDIT kan du läsa här [✂](#).

AUDIT-C är en validerad förkortad version av AUDIT-formuläret. AUDIT-C består av de tre första frågorna i AUDIT och undersöker endast om det finns en riskfylld konsumtion. Vid höga poäng på AUDIT-C kan man gå vidare med ett fullständigt AUDIT för att undersöka om det även kan finnas tecken på beroende och skadligt bruk.

8. Otillräcklig fysisk aktivitet

Nivå	Rådgivningsnivå	Patient
1	Utforska patientens syn på fysisk aktivitet samt ge generella råd (enkel rådgivning) utifrån patientens kunskapsnivå om så behövs eller bekräfta och uppmuntra till fortsatt fysisk aktivitet om patienten redan är tillräckligt fysisk aktiv. Om patienten önskar stöd för att förändring sin fysiska aktivitet ska nivå 2 erbjudas.	Alla där det är relevant att prata fysisk aktivitet utifrån patienten problem
2	Rådgivande samtal med tillägg av: Skriftlig ordination av fysisk aktivitet, Fysisk aktivitet på Recept (FaR) Stegräknare eller aktivitetsdagbok Samt Särskild uppföljning 	Person över 18 år som är otillräckligt fysisk aktiv (< 150 minuter i veckan, se allmän rekommendation) eller har behov av ökad fysisk aktivitet i behandlande syfte och önskar stöd för att förändra sin nivå av fysiska aktivitet
3	Kvalificerat rådgivande samtal	Individ med diabetes
Högriskgrupper Patienter med depression, schizofreni, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, högt blodtryck, blodfetterrubbningar, övervikt, fetma eller stort bukomfång.		

Symbolen  är en hyperlänk som hänvisar till webbsida med det i texten nämnda hjälpmedel eller ytterligare förtydligande av texten.

8.1 Bakgrund

Brist på fysisk aktivitet ökar risken för ett antal sjukdomar. Regelbunden fysisk aktivitet på minst en måttlig intensitet främjar både hälsa och välbefinnande. Fysisk aktivitet har också en bevisad sjukdomsförebyggande och behandlande effekt.

Forskningen har på senaste tid visat att stillasittande såsom tv-tittande, datoranvändande, skrivbordsjobb och bilåkande mm. har en negativ inverka på människors hälsa risk för förtidig död oberoende av personens grad av fysisk aktivitet [34].

8.2 Definition

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

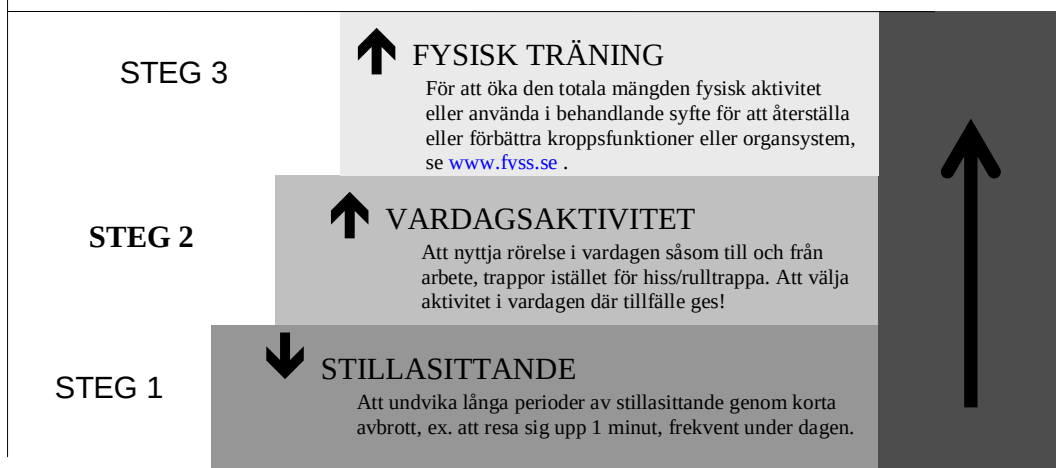
Fysisk träning avser den del av fysisk aktivitet som är planerad, strukturerad och återkommande och har som syfte att förbättra eller behålla en viss fysisk funktion, såsom kondition eller styrka [35].

Otillräcklig fysisk aktivitet definieras som mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå, alternativt mindre än 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå [36].

Stillasittande den nuvarande definitionen kan sägas vara ”muskulär inaktivitet” och då främst avseende kroppens stora muskelgrupper [37].

8.3 Allmän rekommendation

Den allmänna rekommendationen är måttligt ansträngande fysisk aktivitet 30 min 5 dagar/vecka (150 min) eller ansträngande fysisk aktivitet 25 min 3 dagar/vecka (75 min) eller en kombination av dessa. Minsta sammanhängande aktivitetstid är 10 min. Muskelstärkande aktivitet av stora muskelgrupper 2 gånger/vecka. Personer över 65 bör träna balans regelbundet. Långvarigt stillasittande bör undvikas [36].



Modifierad figur efter original från Region Västra Götaland

Rekommendationen är inte fullständig gällande olika kvalitéer av fysisk aktivitet och den tar inte heller hänsyn till den mängd av fysisk aktivitet som behövs för att påverka olika tillstånd i behandlande syfte.

Rekommendationen ska alltid vägas samman med patientens medicinska tillstånd.

8.4 Hänvisning av patienter med speciella behov

Personer med nedsatt fysisk funktion såsom patienter med smärtproblematik, äldre, patienter med kranskärslssjukdom eller personer med nedsatt psykisk funktion m.fl. kan initialt behöva sjukgymnastik och/eller annan rehabiliterande behandling innan fysisk träning på egen hand kan initieras. Dock kan alltid vardagsmotion och brytande av stillasittande rekommenderas.

8.5 Enkel rådgivning - utforska, ge generella råd

Utforska patientens fysiska aktivitet utifrån stillasittande, vardagsaktivitet och hur han/hon ser på det. Avsnittet Patientmötet, en dialog samt innehållet i den allmänna rekommendationen kan vara till hjälp.

Ge generella råd

Information ges utifrån patientens kunskapsnivå om fördelar med fysisk aktivitet, minskat stillasittande samt allmänna råd om fysisk aktivitet kopplat till det medicinska tillståndet.

Kan kombineras med skriftlig information som t ex nätverket Hälsofrämjande Sjukvårds broschyr ”Testa dina levnadsvanor” och/eller webbaserad information på sjukvårdsrådgivningen www.1177.se.

Det är också viktigt att bekräfta en redan fysisk aktiv patient och uppmuntra till fortsatt fysisk aktivitet.

8.6 Rådgivande samtal med tillägg

Rådgivningen utgår från patientens aktuella problem/tillstånd/situation och sker i rådgivande dialog med patienten. Att ta upp:

- Vad har patienten själv för tankar om fysisk aktivitet?
- Vad känner patienten till om fysisk aktivitet kopplat till hans/hennes problem/tillstånd/situation?
- Be om lov av patienten att lägga till information om fysisk aktivitet anpassad till individen (påverkan av fysisk aktivitet på olika tillstånd och diagnoser finns att läsa om i FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling)? [6]
- Vilka tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet patienten har?
- Var i vardagen kan patienten hitta möjligheter till ökad fysisk aktivitet?
- Vad skulle patienten vilja börja med?
- Hur viktigt är en ökad fysisk aktivitet för patienten?
- Hur stor tilltro har hon/han till sin egen förmåga?
- Är patienten beredd att göra någon förändring?

Man kan med fördel använda Region Skåne enkät för fysisk aktivitet för ”Nybesök”. 

Tillägg Fysisk aktivitet på recept, FaR

FaR är en individuellt utformad skriftlig ordination på fysisk aktivitet.

Receptet ges till individer som ur hälsosynpunkt behöver öka sin fysiska aktivitet. FaR kan användas både i behandlande och förebyggande syfte[38].

FaR kan ordinerar som komplement till eller ersättning för läkemedel eller annan behandling. Den fysiska aktiviteten ordinerar i enlighet med den evidens som samlats i FYSS och val av aktivitet baserar sig på patientens:

- Hälsotillstånd
- Diagnos
- Funktionsnivå
- Förutsättningar (psykiska, kognitiva, ekonomiska, sociala, kulturella mm.)
- Intresse

Ordination av FaR kan utföras av läkare och annan legitimerad sjukvårdspersonal, förutsatt att vederbörande har de kunskaper som krävs, se nedan.

FaR utformas i samstämmighet med patienten och ordinerar när den fysiska aktiviteten/träningen med fördel kan ske utanför hälso- och sjukvården. FaR ingår inte i någon form av högstkostnadsskydd. Den fysiska aktiviteten kan utföras som en egenaktivitet och/eller som en organiserad aktivitet inom en förening eller hos en friskvårdsaktör (se nedan). Vardagsaktivitet och att bryta stillasittande kan vara en del av ordinationen. Om aktiviteten inte fungerar bör patienten kontakta förskrivaren eller FaR-funktion hos vårdgivaren.

Den skriftliga ordinationen är giltig 1 år från förskrivningsdatum.

FaR ska alltid följas upp, se under ”Särskild uppföljning”

FaR hos friskvårdsaktör

Patienten kan träna hos vilken aktör den önskar. Region Skåne har ett avtal med Skåneidrotten för att inventera och skriva överenskommelser med friskvårdsaktörer i hela Skåne. Överenskommelsen innebär att föreningen uppfyller vissa krav gällande utbildning, aktivitetsfrekvens, återrapportering och sekretess.

Kostnaden för aktiviteterna bestäms av aktören och betalas av receptinnehavaren.

Aktören kan erbjuda ett anpassat pris för receptinnehavaren som kan utnyttjas under maximalt 6 månader. Det anpassade priset ska ses som ett pröva-på-pris eller ett pris för att pröva aktiviteten en begränsad period. Receptinnehavaren deltar i aktiviteterna på eget ansvar. För träning hos aktörer som har överenskommelse med Skåneidrotten ingår en grupp försäkring i Folksam, som innebär att recepttagaren är försäkrad till, från och under träningen hos aktören.

Alla aktörer med överenskommelse finns på www.cih.nu

Tillägg Stegräknare

Ett sätt att arbeta med stegräknare för att öka den fysiska aktiviteten kan vara:

- Be patienten bära stegräknaren under all sin vakna tid under en veckas tid.
- Mät antal steg dagligen under en vecka.
- Notera antal steg varje dag.
- Beräkna genomsnittliga dagsvärde – veckans totala antal steg dividerat med veckans sju dagar. Det kan till exempel vara $42\ 000/7 = 6\ 000$.
- Sätt upp ett mål som innebär att öka den dagliga aktiviteten med 10 procent under de följande veckorna. Enligt exemplet ovan blir det 600 fler steg per dag.

<i>Antal steg per dag</i>	<i>Aktivitetsnivå</i>
- mindre än 5 000	stillasittande
- 5 000 – 7 499	lågaktiv
- 7 500 – 9 999	måttligt aktiv
- 10 000 – 12 500	aktiv
- mer än 12 500	mycket aktiv [39]

Tillägg Aktivitetsdagbok

Att använda aktivitetsdagbok kan vara hjälpsamt för patienten för att få en överblick av den utförda aktiviteten. Aktivitetsdagbok kan föras i patientens egen kalender eller på ett vanligt papper. Idag finns en mängd appar till smartphones som har funktion som dagbok för utförd fysisk aktivitet.

8.7 Särskild uppföljning



Uppföljningen bör ske löpande utifrån individens behov avseende hur det går med den fysiska aktiviteten och om patienten behöver ytterligare stöd. Alla patienter ska följas upp efter 6 månader, se nedan. Om patienten önskar bör uppföljning ske vid minst 1-2 gånger däremellan. Uppföljningen kan ske via besök och/eller telefon.

8.8 Utvärdering/Resultat

Utvärdering av åtgärden ska göras efter 6 månader. Region Skånes enkät ”Uppföljning” av fysisk aktivitet kan med fördel användas se under ”Andra frågeformulär” i detta kapitel. Utvärderingen ska innehålla svar på Socialstyrelsens indikatorfrågor, om FaR ordineras ska frågan om följsamhet till ordinationen besvaras.

8.9 Kvalificerat rådgivande samtal

Det finns inga studier som direkt jämför rådgivande samtal med kvalificerat rådgivande samtal när det gäller fysisk aktivitet. I det vetenskapliga underlaget till riktlinjerna står att metoden har en mer omfattande insats. Dessa kan innehålla beteendetekniker såsom att aktivt arbeta med personens beteende utifrån vad patienten gör, säger, tänker och känner kopplat till den fysiska aktiviteten. Målsättningsarbete och självregistrering kan också ingå. Inslag av att arbeta med patienten då han/hon har kommit igång med sin aktivitet för att stödja beteendeförändring genom att bekräfta och ge stöd vid eventuella ”återfall” och att hitta nya strategier då den aktuella planen för fysisk aktivitet eventuellt inte fungerar.

8.10 Personalens kvalifikationer

Kunskap innebär att vara väl insatt i ämnet medan kompetens innebär att personalen har förmåga att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdighet. Kompetens innebär således att i huvudsak arbeta med levnadsvanan, motiverande strategier, beteendeförändring och annan kunskap knutet till beskrivna metoder.

Enkel rådgivning - Utforska patientens syn på fysisk aktivitet samt att ge generella råd.

Personalen ska

- kunna ta upp frågan om fysisk aktivitet utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt och patientens motivationsnivå.
- känna till och utgå från den allmänna rekommendationen för fysisk aktivitet för att identifiera otillräcklig fysisk aktivitet.
- kunna bedöma och samtala om fysisk aktivitet kopplat till det medicinska tillståndet.
- ha kunskap om hur flödet för FaR ser ut på enheten/förvaltningen.

Rådgivande samtal

enligt ovan samt

- kunna bedöma och samtala om fysisk aktivitet kopplat till det medicinska tillståndet.
- ha kunskap om, kunna förstå och förmedla det som står i FYSS.
- ha kompetens om patientcentrerad samtalsmetodik såsom t ex Motiverande samtal.
- ha kunskap om motiverande strategier.
- ha kunskap om förändringsprocessen.

Ordinera fysisk aktivitet (FaR)

enligt ovan samt

- vara legitimerad.
- ha kompetens att individanpassa och ordinera fysisk aktivitet utifrån patientens behov (FaR).
- ha kunskap och känna till lokala FaR-aktörer.

Kvalificerat rådgivande samtal

enligt ovan samt

- ha kompetens att arbeta med förändringsprocessen, motiverande strategier samt beteendetekniker och tillämpa det i arbetet med att ge stöd för ökad fysisk aktivitet.

8.11 Mäta

Att mäta fysisk aktivitet är komplicerat då det finns många metoder att utgå ifrån:

Beteende förekomst av all daglig fysisk aktivitet

Mängd fysisk aktivitet subjektivt (enkäter) eller objektivt (accelerometer eller stegräknare)

Utfallet av fysisk aktivitet såsom syreupptagningsförmåga, kroppssammansättning eller andra biologiska mått såsom blodtryck, blodfetter m.m.

Det finns styrkor och svagheter i alla metoder och för att få en helhetsbild krävs en kombination av flera mätmetoder [40].

Socialstyrelsens indikatorfrågor

Socialstyrelsen har till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder tagit fram indikatorfrågor som kan användas för att identifiera otillräcklig fysisk aktivitet. Dessa kan behöva kompletteras för att få en tydlig bild av personens fysiska aktivitet, se ”Andra frågeformulär”.

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning, som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik, bollsport? 0 minuter/ Ingen tid Mindre än 30 minuter 30-60 minuter (0,5 – 1 timme) 60-90 minuter (1-1,5 timme) 90-120 minuter (1,5 – 2 timmar) mer än 120 minuter (2 timmar) Alternativ antal minuter ____	Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling, trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången). 0 minuter/ Ingen tid Mindre än 30 minuter 30-60 minuter (0,5 – 1 timmar) 60-90 minuter (1 – 1,5 timmar) 90-150 minuter (1,5 – 2,5 timmar) 150 -300 minuter (2,5- 5 timmar) mer än 300 minuter (5 timmar) Alternativ antal minuter ____
--	--

Andra frågeformulär

Region Skåne har via det skånska nätverket för fysisk aktivitet på recept (FaRiS) tagit fram enkäter för att kartlägga den fysiska aktiviteten. Dessa fungerar främst som ett stöd i diskussionen om fysisk aktivitet i det kliniska mötet med patienten. Förutom indikatorfrågorna finns frågor om vanligaste fysiska aktivitet, aktiva transporter, stillasittande, beredskap till förändring och självskattad hälsa. Enkäten finns i två versioner ”Nybesök” och ”Uppföljning”. ✕

Objektiva mätvärden

Om man vill mäta den fysiska aktiviteten objektivt kan följande mätmetoder vara till hjälp: 6-minuters gångtest, Åstrands 6-minuters ergometercykeltest eller Ekblom-Bak cykeltest. ✕

9. Ohälsosamma Matvanor

Nivå	Rådgivningsnivå	Patient
1	Utforska patientens syn på sina matvanor samt ge generella råd (enkel rådgivning) utifrån patientens kunskapsnivå om så behövs eller bekräfta och uppmuntra de goda matvanor som patienten har. Om patienten önskar stöd för att förändra sina matvanor ska nivå 3 erbjudas.	Alla där det är relevant att prata om hälsosamma matvanor utifrån patienten problem.
2	Rådgivande samtal	Rekommenderas ej men kan förekomma när en patient är hos t.ex specialistsjuksköterska där man tar upp matvanor kopplat till patientens medicinska tillstånd såsom t ex diabetes och hjärt- och kärlsjukdom.
3	Kvalificerat rådgivande samtal 	Individ över 18 år med ohälsosamma matvanor.
Högriskgrupper Patienter med högt blodtryck, blodfetterrubbningar, hjärt- och kärlsjukdom, schizofreni, depression/ångest, diabetes och/eller övervikt/fetma/stort bukomfång.		

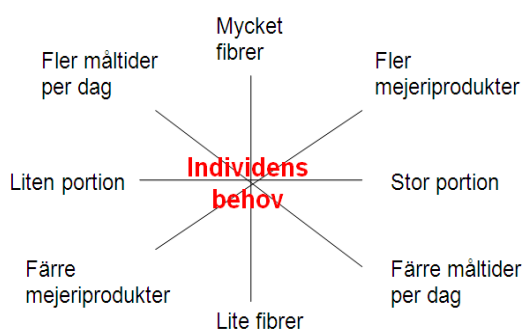
Symbolen  är en hyperlänk som hänvisar till webbsida med det i texten nämnda hjälpmedel eller ytterligare förtydligande av texten.

9.1 Bakgrund

Maten har stor betydelse för människans hälsa, välmående och prestationsförmåga, på kort och lång sikt. Med hälsosamma matvanor är sannolikheten större att behovet av näringsämnen tillgodoses, samtidigt som goda matvanor kan skydda mot vissa sjukdomar. Ohälsosamma matvanor kan däremot ge en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Ohälsosamma matvanor ökar risken att drabbas av fetma, hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes och vissa cancersjukdomar. Socialstyrelsen bedömer att matvanor är den levnadsvana som hälso- och sjukvården lägger minst resurser på idag [41].

9.2 Definition

Ohälsosamma matvanor definieras som matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform eller måltidsmönster inte motsvarar individens behov. Ohälsosamma matvanor kan innebära både ett för stort eller ett för litet intag av näringsämnen eller livsmedel i förhållande till det individuella behovet. Bedömningen av matvanor är komplex och omfattar flera olika faktorer. Rekommendationerna kan därför se väldigt olika ut, och rådgivningen bör därför vara individuellt anpassad.



Kostråd anpassade till de individuella behoven omfattar många olika faktorer och figuren illustrerar ett exempel där olika individuella rekommendationer kan förekomma.

När det gäller matvanor hos äldre kan flera faktorer leda till minskad matlust och för lågt energiintag, vilket ökar risken för näringsbrist och undernäring. Exempel på faktorer är försämrat allmäntillstånd, medicinering, funktionsnedsättning samt brist på sociala kontakter [41]. Det är viktigt att personalen har kunskap om att patientens behov kan se olika ut i olika skeden och att rådgivning och behandling tar hänsyn till detta.

9.3 Allmän rekommendation

Hälsosamma matvanor är när energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform och måltidsmönster svarar till individens behov. Den allmänna rekommendationen för att motverka kostrelaterade sjukdomar är livsmedelsverkets kostråd. ✕

Individuella rekommendationer baseras på patientens diagnos, behov, förutsättningar och preferenser.

9.4 Hänvisning av patienter med speciella behov

För några grupper är ohälsosamma matvanor mer riskfyllda än för andra, och vilket särskilt ökar behovet av intervention, se högriskgrupper.

Även personer som vid en klinisk bedömning eller kostanamnes bedöms ha ohälsosamma matvanor (som uttrycks genom t ex ett för lågt energiintag eller malnutrition), ska erbjudas samtal om matvanor av legitimerad dietist.

Klinisk nutritionsbehandling innebär att patientens kostbehandling syftar till att påverka den medicinska diagnosen som till exempel diabetes, höjda kolesterolvärden, eller övervikt. Klinisk nutritionsbehandling bör alltid utföras av legitimerad dietist.

9.5 Enkel rådgivning - utforska, ge generella råd

Utforska patientens matvanor utifrån ett brett perspektiv för att identifiera ohälsosamma matvanor. Avsnittet ”Patientmötet, en dialog”, strukturerad kostanamnes, Socialstyrelsens indikatorfrågor samt verktyg för identifiering av undernäring kan vara till hjälp. ✕ Indikatorfrågorna från Socialstyrelsen beräknas fånga de 20 % av befolkningen som har de mest ohälsosamma matvanorna. Socialstyrelsens kostindex baseras endast på frekvens och inte på mängd, observera därför att indikatorfrågorna kan kräva kompletterande frågor, se till exempel mall för kostanamnes. ✕

Ge generella råd

Information om hälsosamma matvanor som utgår från Livsmedelsverkets kostråd och ges utifrån patientens kunskapsnivå.

Kan kombineras med skriftlig information som t ex nätverket Hälsofrämjande Sjukvårds broschyr ”Testa dina levnadsvanor” och/eller webbaserad information på sjukvårdsrådgivningen www.1177.se.

Det är också viktigt att bekräfta patienten som redan har hälsosamma matvanor (till fullo eller delvis) att fortsätta med det.

9.6 Rådgivande samtal

Det rådgivande samtalet är mer dialogbaserat än den enkla rådgivningen. Rekommendationerna är individbaserade utifrån medicinsk diagnos, ålder, hälsa, risknivåer och förutsättningar. Det sker ingen särskild strukturerad uppföljning där endast matvanor diskuteras. Uppföljning kan istället ske i samband med nästkommande besök hos vårdgivaren. Rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor i förhållande till en särskild diagnos kan utföras av t ex specialistsjuksköterskor för sjukdomstillståndet. Samtalet sker lämpligast vid besök då övrig behandling av tillståndet diskuteras.

9.7 Kvalificerat rådgivande samtal



Det kvalificerade rådgivande samtalet om matvanor är en mer omfattande insats både vad gäller tid och form av intervention. Det innebär en hög grad av patientcentrering och individanpassning. Endast individuella samtal räknas som kvalificerat rådgivande samtal och rådgivning på denna nivå kan inte ske i samband med ett besök med annat syfte.

Det finns ännu inte något evidensbaserat upplägg för samtal om matvanor i grupp med metoden kvalificerat rådgivande samtal.

Som ett led i en process kan dock flera olika mötes- och samtalsformer användas. Olika yrkesgrupper med olika kompetens kan arbeta tillsammans i team för förändring av ohälsosamma matvanor.

Det kvalificerade rådgivande samtalet om ohälsosamma matvanor inkluderar en strukturerad kostrådgivning med flera uppföljningar. Rådgivningen ska vara individanpassad vilket kräver en bred kunskapsbas om kost och nutrition.

Samtalet är patientcentrerat och dialogbaserat och råden baseras på individens förutsättningar, önskemål och behov. Rådgivningen utgår från Motiverande samtal, Kognitiv Beteendeterapi eller annan metod enligt riktlinjerna.

Kostrådgivningen ska vara evidensbaserad och personal med behörighet att utföra kvalificerat rådgivande samtal ska ha kunskap om evidens inom området. Näringsrekommendationer och kostråd ska anpassas till individens diagnos och förutsättningar. Särskilda verktyg som kan användas är t ex matdagboken.

Uppföljning

För förändring av matvanor krävs i många fall regelbunden uppföljning. Uppföljningen kan innefatta flera besök, telefonuppföljning, eller annan typ av uppföljning.

9.8 Utvärdering/resultat

Utvärderingen av resultat innefattar grad av förändring mot matvanor som svarar till patientens behov. För att utvärdera detta kan indikatorfrågor, kostanamnes samt eventuellt kliniska mått användas. Matvanornas komplexitet försvårar dock uppföljning, och ingen användbar evidensbaserad metod finns i dagsläget för uppföljning av förändring av matvanor.

9.9 Personalens kvalifikationer

Kunskap innebär att vara väl insatt i ämnet medan kompetens innebär att personalen har förmåga att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdighet. Kompetens innebär således att i huvudsak arbeta med levnadsvanan, motiverande strategier, beteendeförändring och annan kunskap knutet till beskrivna metoder.

Enkel rådgivning - Utforska patientens syn på sina matvanor samt att ge generella råd

Personalen ska

- kunna ta upp frågan om hälsosamma matvanor utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt och patientens motivationsnivå.
- ha grundläggande kunskap om Livsmedelsverkets kostråd.
- känna till Socialstyrelsens indikatorfrågor samt eventuellt andra metoder för att utvärdera mat och ätande.
- ha kunskap om riskbedömning och åtgärder för undernäring och malnutrition.
- ha kunskap om lokalt flöde för stöd kring ohälsosamma matvanor och undernäring.

Rådgivande samtal

enligt ovan samt

- ha kunskap om att bedöma och samtala om matvanor kopplat till det medicinska tillståndet.
- ha kompetens i patientcentrerad samtalsmetodik såsom t ex Motiverande samtal.
- ha kunskap om motiverande strategier.
- ha kunskap om förändringsprocessen.
- Specialister för vissa sjukdomstillstånd ska ha kunskap om evidensbaserade rekommendationer kopplade till tillståndet.

Kvalificerat rådgivande samtal

enligt ovan samt

- vara legitimerad dietist eller legitimerad personal som med god kompetens inom mat och nutrition. Kompetensen bör omfatta kostundersökningsmetodik, Socialstyrelsens indikatorer, individanpassad kostrådgivning, Nordiska näringsrekommendationer, Livsmedelsverkets kostråd, livsmedelskunskap samt mat och måltider i sitt sociala, kulturella och emotionella sammanhang.
- ha kompetens att arbeta med förändringsprocessen, motiverande strategier samt beteendetekniker och tillämpa det i arbetet med att ge stöd för att förändra ohälsosamma matvanor.
- ha kompetens i pedagogiska metoder som t ex tallriksmodellen för olika patientgrupper samt metoder för uppföljning såsom matdagbok.
- ha kunskap om bedömning och åtgärder för patienter med risk för undernäring.

9.10 Mäta

Socialstyrelsens indikatorfrågor

Socialstyrelsen har till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder tagit fram indikatorfrågor som kan användas för att identifiera ohälsosamma matvanor.

Observera att en intervention för att förändra kostvanorna inte nödvändigtvis ska baseras på indexet! Indexet kan fånga några av dem som har ohälsosamma matvanor, men det kan vara andra kostaspekter som personen har större behov av att förändra. Behov av förändring kan t ex gälla mängder, energiintag, livsmedelsval och tillagningsmetod. De som har ohälsosamma matvanor i stort tenderar att få låga poäng på kostindexet, men behöver inte få det. De som har höga poäng på kostindexet kan ändå ha betydande ohälsosamma matvanor.

Patientens akuta tillstånd har högre prioritet än det mer långsiktiga förebyggande förhållningssättet. Det innebär att behandling för patienter som riskbedömts för undernäring i samband med sjukdom har högre prioritet än förändring av ohälsosamma matvanor med en mer långsiktig påverkan.

Indikatorfrågorna kan behöva kompletteras för att få en tydlig bild av personens matvanor, se ”Andra frågeformulär”.

Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska frysta eller tillagade)?

Två gånger per dag eller oftare	3 p
En gång per dag	2 p
Några gånger i veckan	1 p
En gång i veckan eller mer sällan	0 p

Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juicer etc.)?

Två gånger per dag eller oftare	3 p
En gång per dag	2 p
Några gånger i veckan	1 p
En gång i veckan eller mer sällan	0 p

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt i sallad eller som pålägg?

Tre gånger i veckan eller oftare	3 p
Två gånger i veckan eller oftare	2 p
En gång i veckan	1 p
Några gånger i månaden eller mer sällan	0 p

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?

Två ggr/dag eller oftare	0 p
Dagligen	1 p
Några gånger i veckan	2 p
En gång i veckan eller mer sällan	3 p

Hur ofta äter du frukost?

Dagligen	
Nästan varje dag	
Några gånger i veckan	
En gång i veckan eller mer sällan	

Kostindex

9-12 p = följer i stort rekommendationerna (ca 10 % av befolkningen)

0-4 p = betydande ohälsosamma matvanor (20 % ca av befolkningen)

Frukostfrågan ingår inte i kostindexet – men ger ett mått på måltidsordning och planeringsförmåga, samt indikerar behov av extra uppmärksamhet ihop med låga poäng och samtidig övervikt/fetma

Andra frågeformulär

För en mer ingående bedömning av matvanor kan en kostanamnes användas istället för eller tillsammans med kostindexet. En kostanamnes består av frågor om mängd, livsmedelsval, tillagningsmetod och måltidsmönster för att en korrekt bedömning ska kunna göras. ✖

Objektiva måtvärden

Vikt, längd och midjemått bör mätas, räkna ut BMI (vikt i kg/längd i m²). ✖

10. Referenser

Bakgrund

1. WHO Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet No 317 och WHO Cancer, Fact sheet No 297. 2011
2. SOU 2009:11 En nationell cancerstrategi för framtiden.
3. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990—2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2163 - 2196, 15 December 2012
4. Diabetesportalen, Diabetes inte längre bara sjukvårdens problem, <http://diabetesportalen.se/arkiv-foer-nyheter/diabetes-inte-laengre-bara-sjukvaardens-problem/>
5. WHO Diabetes, Fact sheet No 312. 2011
6. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen, 2011.
7. Hälsoförhållanden i Skåne, folkhälsoenkät 2008, Enheten för folkhälsa och social hållbarhet, Koncernkontoret, Region Skåne, 2012.
8. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen, 2011.
9. I underlaget har hänsyn tagits till utbildningskostnader för utförande personal, kostnader för annan personal, för lokaler och för material. Region Skånes budget för hälso- och sjukvården är drygt 26 miljarder kronor år 2013, 0,3 procent av 26 miljarder blir 780 miljoner.
10. Öppna jämförelser av den hälsoinriktad hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting 2012. Socialstyrelsen, artikelnummer 2012-12-3.

Patientcentrerat förhållningssätt

11. Råd för bättre kommunikation. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL 2011
http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc40031_1.pdf
12. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen 2011.
13. Patientkommunikation i praktiken. Larsson, Palm och Rahle Hasselbalch. Norstedts förlag 2008.
14. Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Miller, Rollnick och Butler. Studentlitteratur 2009.

Tobaksbruk

15. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU); 1998.
16. Statens folkhälsoinstitut. Tobak och avvänjning: en faktskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning. Rev. uppl. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
17. Statens folkhälsoinstitut. Tobak: kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010: målområde 11. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
18. Statens folkhälsoinstitut. Vattenpipa – rök utan risk? Hälsoeffekter, vanor, attityder och tillsyn. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
19. Holm Ivarsson, B. (red). Stödja patienter att sluta röka och snusa. Lund: Studentlitteratur; 2012.
20. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. Am J Med. 2008;121(4 Suppl 1): S 3-10.
21. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10. rev. Geneva: World Health Organization; 1992.
22. Skånelistan 2013 rekommenderade läkemedel. Läkemedelsrådet i Region Skåne.
www.skane.se/lakemedelsradet/skanelistan

23. Hitsman B, Moss, TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry*. 2009 Jun; 54 (6): 368-78.
24. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
25. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991;86:1119-27.
26. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(1):75-78.
27. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert R, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using a self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction* 1989; 84, 791-800.
28. Burling AS, Burling TA. A comparison of self-report measures of nicotine dependence among male drug/alcohol-dependent cigarette smokers. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;5(5), 625-633.
29. Kozolowski LT, Porterec CQ, Tracy, C. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND and HSI. *Drug and Alcohol Dependence* 1994: 34 (2); 211-216.

Riskbruk alkohol

30. Grönbaek, Martin. Review: The positive and negative health effects of alcohol- and the public health implications. *Journal of Internal Medicine*. 2009, Vol. 265, ss. 407-420.
31. www.can.se
32. Andersen, ANM et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *International Journal of Epidemiology*. 2012:1-9
33. www.fhi.se

Otillräcklig fysisk aktivitet

34. Stillasittande och ohälsa – en litteratursammanställning. Statens Folkhälsoinstitut. 2012:07
35. Clinical Cardiology: New Frontiers Exercise as Cardiovascular Therapy; **R. J. Shephard G. J. Balady**; *Circulation*. 1999; 99: 963-972.
36. Svenska läkaresällskapetets rekommendationer för fysisk aktivitet för vuxna 2011
<http://www.yfa.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>
37. Minskat stillasittande lika viktigt som ökad fysisk aktivitet. *Läkartidningen* nr 9 2010 volym 107. E. Ekblom-Bak, Örjan Ekblom, Mai-Lis Hellenius
38. FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Statens folkhälsoinstitut 2011:30.
39. How many steps/day are enough? for adults C Tudor-Locke et al; *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011, 8:79
40. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). FYSS 2008 - Fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling och sjukdomsprevention. Statens Folkhälsoinstitut. 2008: 4

Ohälsosamma matvanor

41. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen, 2011.

11. Bilagor

11.1 Definitioner

Folkhälsa
Ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsa mellan sociala grupper. Urban Janlert, folkhälsovetenskapligt lexikon 2003
Förebyggande åtgärd
Åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. Definition enligt Socialstyrelsens termbank
Hälsofrämjande åtgärd
Åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Definition enligt Socialstyrelsens termbank
Kompetens
Förmåga att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdighet. Rikstermbanken
Kunskap
Att vara väl insatt i ämnet. Rikstermbanken
Ohälsosamma matvanor
Matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform eller måltidsmönster inte motsvarar individens behov. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.
Otillräcklig fysisk aktivitet
Mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå, alternativt mindre än 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.
Primärprevention (biomedicinsk tolkning)
Behandling av riskfaktorer för att förebygga sjukdom. SKL ”Att hitta skatten i sitt eget hus”
Primärprevention(folkhälsovetenskaplig tolkning)
Åtgärder för att förhindra att sjukdom/ohälsa över huvudtaget uppträder. SKL ”Att hitta skatten i sitt eget hus”
Riskbruk av alkohol
Ett bruk av alkohol som medför förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, men där det inte föreligger missbruk eller beroende. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.
Sekundärprevention (biomedicinsk tolkning)
Insatser för att minska risken för försämring. SKL ”Att hitta skatten i sitt eget hus”
Sekundärprevention (folkhälsovetenskaplig tolkning)
Innefattar tidig diagnostik och behandling av sjukdom. SKL ”Att hitta skatten i sitt eget hus”
Tobaksbruk
Bruk av tobaksprodukter som kan indelas i kategorierna rökta tobak respektive rökfri tobak. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

11.2 Förslag på fördjupningslitteratur

Patientcentrerat förhållningssätt

Hälsofrämjande möte. Från barnhälsovård till palliativ vård. Anna Hertting, Margareta Kristensson. Studentlitteratur 2012

Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Miller, Rollnick och Butler. Studentlitteratur 2009.

Patientkommunikation i praktiken. Larsson, Palm och Rahle Hasselbalch. Norstedts förlag 2008.

Tobaksbruk

Stödja patienter att sluta röka och snusa. Barbro Holm Ivarsson, Agnete Hjalmarsson, Margareta Pantzar. Studentlitteratur 2012

Riskbruk alkohol

Alkohol - en fråga för oss i vården. Sven Wåhlin, Studentlitteratur 2012

Otillräcklig fysisk aktivitet

FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Statens folkhälsoinstitut 2011:30.

FYSS 2008 - Fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling och sjukdomsprevention. Statens Folkhälsoinstitut. 2008: 4, Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA).

Implementering

Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Dean L. Fixsen, Sandra F. Nao, Karen A. Blasé, Robert M. Friedman, Frances Wallace

<http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>

Från nyhet till vardagsnytta. FHI; Karin Guldbrandsson

http://www.fhi.se/PageFiles/3388/R200720_implementering_web0809.pdf

Implementering : teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård. Per Nilsen. Studentlitteratur 2010

Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review. Trisha Greenhalgh, Glenn Robert, Paul Bate, Fraser Macfarlane, Olivia Kyriakidou

11.3 Relevanta länkar

✂ www.skane.se/verktyglevnadsvanor

Patientcentrerat förhållningssätt

[Råd för bättre kommunikation](#)

[Patientens delaktighet](#)

[Motiverande samtal](#)

Tobaksbruk

<http://www.skane.se/tobak>

www.tobaksfakta.se

www.slutarokalinjen.se

www.fhi.se/tobak

<http://www.tobaccoorhealthsweden.org>

<http://www.psychologistsagainsttobacco.org>

www.1177.se

http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Lakemedel/Dokument/PDF/Listan%202013/Bakgrundsmaterial2013_Tobaksberoende.pdf

[Stödja patienter att sluta röka och snusa](#)

Riskbruk alkohol

www.1177.se

www.fhi.se

www.alkoholhjalpen.se

www.livsstilsanalys.se

www.alkoholprofilen.se

www.can.se

www.lakemedelsradet.se/lakemedelsboken

Otillräcklig fysisk aktivitet

www.skane.se/far

www.fyss.se

www.yfa.se

www.fhi.se/far

www.fhi.se/fysiskaktivitet

www.cih.nu

www.1177.se

www.sos.se/nationellariktlinjer

Ohälsosamma matvanor

www.slv.se

www.natverket-hfs.se/matvanor-goda-matvanor

www.drf.nu

www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/riskomraden/undernaring

www.kostateljen.se

11.4 Checklista

Checklista för införande av systematiskt arbete med levnadsvanor (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor)

Att nå framgång i arbetet med sjukdomsförebyggande metoder bygger på att man tar tillvara på den kunskap som finns om implementering. Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används så som det är avsett och med varaktighet.

Till hjälp för implementering av vårdprogrammet i er verksamhet medföljer här två checklistor.

	JA	NEJ
Känner ni till vad som står i Region Skånes uppdrag/ackrediteringsvillkor gällande det hälsoinriktade området?		
Känner ni hur er enhet hanterar det som står i uppdraget/ackrediteringen gällande det hälsoinriktade området?		
Känner ni till hur levnadsvanorna utifrån ett folkhälsoperspektiv ser ut i ert upptagningsområde? <i>(en hjälp kan till exempel vara resultatet från Region Skånes folkhälsoenkät. Nytt resultat kommer sommaren 2013)</i>		
Vet ni vilka diagnoser och sjukdomstillstånd som är vanligast hos patienterna på er enhet och hur de påverkas av de fyra levnadsvanorna?		
Har ni resurser avsatta i budgeten för att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder?		
Har någon/några på enheten avsatt tid för att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder?		
Finns det informationsmaterial om sjukdomsförebyggande metoder till:		
medarbetare?		
patienter?		
Känner ni till Region Skånes vårdprogram för det systematiska arbetet med levnadsvanor?		
Har ni på er enhet diskuterat och enats om vilken ambitionsnivå utifrån vårdprogrammet som ni arbeta efter?		
Har ni på er enhet diskuterat och enats om vilket flöde enligt vårdprogrammet som gäller för arbetet med de olika levnadsvanorna hos er? Exempel på flöde: <i>Vilka identifierar patienter med ohälsosamma levnadsvanor?</i> <i>Vilken är patienten?</i> <i>Vem utför åtgärden?</i> <i>Vem sköter uppföljningen?</i>		
Har ni kunskap om hur arbetet med sjukdomsförebyggande metoder ska dokumenteras?		
Har ni satt upp måltal/indikatorer som gör att ni kan följa ert eget arbete med sjukdomsförebyggande metoder?		
Har någon på enheten i uppgift att hålla sig uppdaterad på ny kunskap gällande sjukdomsförebyggande metoder och hälsoinriktad hälso- och sjukvård?		
Sker samverkan med någon annan aktör/myndighet/huvudman när det gäller arbetet med sjukdomsförebyggande metoder?		
Har personalen den kompetens som behövs för att utföra arbetet? (se nästa checklista)		

Levnadsvana	Andel av befolkningen med ohälsosam levnadsvana (Regions Skånes folkhälsoenkät)	Åtgärd	Rekommenderad tidsåtgång för åtgärd	Kompetens som krävs för att utföra åtgärder	Kompetens på enheten att utföra åtgärder. Antal personer	Kompetens i patientcentrerad samtalsmetodik Ja/Nej
Tobak		Kvalificerat rådgivande samtal	Mer än 30 min	Utbildade tobaksavvänjare samt utbildning i patientcentrerad samtalsmetodik		
Riskbruk av alkohol		Rådgivande samtal	10-30 min	Ingen formell, men gärna genomgången internetbaserad utbildning. samt patientcentrerad samtalsmetodik		
Otillräcklig fysisk aktivitet		Rådgivande samtal med tillägg och särskild uppföljning	10-30 min	Sjukgymnaster eller legitimerad personal med kompetens i fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och/eller sjukdomsbehandling, samt patientcentrerad samtalsmetodik		
Ohälsosamma matvanor		Kvalificerat rådgivande samtal	Mer än 30 min	Dietist eller legitimerad vårdpersonal med kompetens om mat och nutrition, samt patientcentrerad samtalsmetodik		
						Totalt:
Ges möjlighet till handledning i de patientcentrerade samtalsteknikerna för att upprätthålla kompetens?						JA
						NEJ

