

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011

Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig
fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor

Stöd för styrning och ledning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN: 978-91-86885-66-3

Artikelnr: 2011-11-11

Omslag: Socialstyrelsen/Iwa Wasberg

Foto: istockphoto.com

Sättning: Edita Västra Aros, Västerås

Tryck: Edita Västra Aros, Västerås, november 2011

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja människors förändring av levnadsvanorna *tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor*.

Det är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdoms-
bördan i Sverige. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder effektiva åtgärder för alla de fyra ohälsosamma levnadsvanorna. Att förebygga sjukdomar behöver framöver bli en självklar del av hälso- och sjukvårdens arbete. Som en del i detta arbete är det angeläget att patienter erbjuds möjligheten att få stöd från hälso- och sjukvården att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Riktlinjerna riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledning-
ar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursför-
delningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer
resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem
som fått låg prioritet.

I riktlinjerna ingår, förutom rekommendationer om de sjukdomsföre-
byggande metoderna, också en analys av de ekonomiska och organisa-
toriska konsekvenser som rekommendationerna kan förväntas leda till
jämfört med nuvarande praxis.

En annan viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för
god vård, som utgår från centrala rekommendationer i riktlinjerna. In-
dikatorerna kan ligga till grund för uppföljningar på lokal, regional och
nationell nivå.

Sjukvårdsregionerna, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorgani-
sationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter
på den preliminära versionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat
alla synpunkter innan myndigheten slutgiltigt tagit ställning till Natio-
nella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Lena Weilandt
Enhetschef

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning	7
1. Inledning.....	11
Socialstyrelsens nationella riktlinjer.....	11
Ohälsosamma levnadsvanor	12
Att påverka och förebygga ohälsosamma levnadsvanor.....	13
Tillstånd och åtgärder i riktlinjerna.....	14
2. Centrala rekommendationer.....	17
Generellt om rekommendationerna	17
Rekommendationer om tobaksbruk – rökning.....	22
Rekommendationer om tobaksbruk – snusning.....	27
Rekommendationer om riskbruk av alkohol.....	28
Rekommendationer om otillräcklig fysisk aktivitet.....	32
Rekommendationer om ohälsosamma matvanor.....	34
3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	38
Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete	38
Vilka organisatoriska konsekvenser får riktlinjerna för hälso- och sjukvården?	41
Vilka ekonomiska konsekvenser får riktlinjerna för hälso- och sjukvården?	44
4. Indikatorer för sjukdomsförebyggande metoder.....	50
Indikatorerna speglar kvaliteten i hälso- och sjukvården	50
Utvecklingsarbete krävs för uppföljning på nationell nivå.....	52
Mått på levnadsvanor.....	53
Redovisning av indikatorer.....	56
5. En hälsoorienterad hälso- och sjukvård.....	59
Hälsoorientering som övergripande mål för hälso- och sjukvården	59
Att fråga patienter om levnadsvanor.....	60

Hälsöfrämjande förhållningssätt vid samtal om levnadsvanor	60
Projektorganisation	62
Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista	69
Bilaga 2. Om riktlinjernas åtgärder.....	105
Bilaga 3. Exempel på åtgärder i det vetenskapliga underlaget	111
Externa bilagor.....	119
Referenser	120

Sammanfattning

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* ger rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patientens förändring av en ohälsosam levnadsvana. De levnadsvanor riktlinjerna tar upp är:

- tobaksbruk
- riskbruk av alkohol
- otillräcklig fysisk aktivitet
- ohälsosamma matvanor.

Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranke-kärllsjukdom och stroke, och 30 procent av all cancer [3–4]. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes [5–6]. Även den som redan är sjuk kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor.

Trots detta, och trots att det sjukdomsförebyggande arbetet är en del av hälso- och sjukvårdens uppgift enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), har det sjukdomsförebyggande arbetet ingen självklar ställning i hälso- och sjukvården. Det finns heller ingen enhetlig praxis och det råder stora variationer mellan olika landsting och vårdenheter.

Rådgivande samtal grunden för åtgärderna

Grunden för merparten av alla åtgärder i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* är någon form av rådgivning eller samtal. Åtgärderna har delats upp i tre övergripande nivåer: *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Indelningen utgår från flera aspekter, såsom åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning.

Alla övriga åtgärder i riktlinjerna – till exempel nikotinläkemedel eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet – ges i tillägg till någon form av rådgivning eller samtal. Samtliga åtgärder i riktlinjerna förutsätter att hälso- och sjukvården redan har konstaterat att personen har ohälsosamma levnadsvanor.

Rekommendationerna

Rökning

Hälso- och sjukvården bör erbjuda *kvalificerat rådgivande samtal* till patienter som röker dagligen. Åtgärder för att hjälpa patienter att sluta röka är förmodligen vanligt förekommande redan i dag, men Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen ändå innebär en ambitionshöjning och därmed ökade kostnader för hälso- och sjukvården.

Riskbruk av alkohol

Hälso- och sjukvården bör erbjuda *rådgivande samtal* till patienter som har ett riskbruk av alkohol. Inom primärvården ställer rekommendationen om rådgivande samtal främst krav på kunskap och medvetenhet om riskbruk, medan det inom andra delar av vården förmodligen behövs både mer kunskap och ett resurstillskott för att kunna utföra åtgärden.

Otillräcklig fysisk aktivitet

Hälso- och sjukvården bör erbjuda *rådgivande samtal* med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare samt med särskild uppföljning till patienter som har en otillräcklig fysisk aktivitet. Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården redan bedriver ett arbete inom området, men att det finns stora variationer i landet. Sannolikt krävs ett resurstillskott för att uppfylla rekommendationen.

Ohälsosamma matvanor

Hälso- och sjukvården bör erbjuda *kvalificerat rådgivande samtal* till patienter med ohälsosamma matvanor, vilket är en förhållandevis resurskrävande åtgärd. Dessutom bedömer Socialstyrelsen att matvanor är den levnadsvana som hälso- och sjukvården lägger minst resurser på i dag, vilket kan leda till betydande kostnadsökningar inom området.

Stor satsning för hälso- och sjukvården

Att erbjuda åtgärder i enlighet med rekommendationerna innebär ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Det kan också leda till besparingar på lång sikt, i form av minskade sjukvårdskostnader för levnadsvanerelaterade sjukdomar.

På kort sikt bedömer Socialstyrelsen att rekommendationerna kommer att medföra en kostnadsökning för hälso- och sjukvården, i form av den tid som personalen behöver avsätta.

En annan stor del av kostnadsökningen är kostnaden för kompetenshöjning och fortbildning. Vården kan behöva utveckla dels en allmän utbildning för att öka kunskapen om och påverka attityden till sjukdomsförebyggande arbete, dels en särskild utbildning med fördjupad kunskap om levnadsvanorna och om de rekommenderade åtgärderna.

Samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvården är också av stor vikt. En av de utmaningar som vårdgivarna står inför är att utveckla varaktiga samarbetsmodeller med andra aktörer, som kan ge ytterligare stöd till att främja hälsosamma levnadsvanor.

Regeringen vill stärka det förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården och har därför beslutat att särskilt stödja införandet av dessa nationella riktlinjer. Stödet riktar sig både mot vårdgivarna och mot professionerna.

Hälsofrämjande förhållningssätt vid samtal om levnadsvanor

För att kunna stödja personer att förebygga sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor behöver hälso- och sjukvårdspersonal, i större utsträckning än de gör i dag, ställa frågor om levnadsvanor. Som vid all annan diagnostik och behandling bör det ske på ett sätt som upplevs relevant för patienten. Vårdpersonalen behöver göra en enskild bedömning av när och hur frågorna ska ställas, så att det sker på bästa möjliga sätt och med lyhördhet för patientens förväntningar och värderingar.

Patienter som har ohälsosamma levnadsvanor bör erbjudas hjälp och stöd enligt rekommendationerna i riktlinjerna, med någon form av rådgivande samtal. De olika formerna av rådgivande samtal kan vara mer eller mindre hälsofrämjande.

Hälsofrämjande samtal stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den. Ett hälsofrämjande samtal utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan, och tar hänsyn till patientens motivation till förändring. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i ett sådant samtal är framför allt att ge patienten kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling.

Indikatorer för verksamhetsuppföljning

I Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag ingår även att utarbeta indikatorer som ska spegla kvaliteten i det sjukdomsförebyggande arbetet. Indikatorerna ska kunna användas som underlag för uppföljning och utveckling av verksamheter, samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens strukturer, processer, resultat och kostnader.

Socialstyrelsen har tagit fram nio nationella indikatorer för riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Indikatorerna avser att täcka de viktigaste aspekterna av rekommendationerna.

Ett problem är att det i dag saknas datakällor för att kontinuerligt följa indikatorerna nationellt, även om det kan se annorlunda ut på lokal och regional nivå. Socialstyrelsen kommer att arbeta med att ta fram koder som är direkt anpassade till riktlinjerna för att underlätta enhetlig dokumentation, och kommer även på andra sätt att stödja implementeringen av riktlinjerna och det fortsatta utvecklingsarbetet som behövs för att möjliggöra uppföljning.

1. Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patienter att förändra en ohälsosam levnadsvana. De levnadsvanor och huvudtillstånd som riktlinjerna omfattar är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos vuxna.

Riktlinjerna riktar sig till hälso- och sjukvården och gäller personer som redan har utvecklat ohälsosamma levnadsvanor.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Riktlinjernas innehåll

I det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – presenterar Socialstyrelsen ett antal centrala rekommendationer ur de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. *Stöd för styrning och ledning* är en del av den fullständiga riktlinjen. Där ingår bland annat också ett vetenskapligt underlag för samtliga rekommendationer, en detaljerad tillstånds- och åtgärdslista, ett hälsoekonomiskt underlag, en metodbeskrivning, indikatorer för uppföljning av riktlinjerna och en patientversion.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård för de stora folksjukdomarna och för patienter med andra allvarliga sjukdomar där vården tar stora resurser i anspråk. Socialstyrelsens arbete med riktlinjerna är fokuserat på frågeställningar där beslutsfattarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens behov av vägledning är särskilt stort.

Utgångspunkt för riktlinjerna är riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården från våren 1997. I riksdagsbeslutet framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att utarbeta indikatorer som belyser god vård, bland annat inom ramen för det nationella riktlinjearbetet [1]. Uppdraget innebär också att hålla innehållet i riktlinjerna aktuellt genom återkommande uppdateringar och kompletteringar. Socialstyrelsen ska redovisa till regeringen hur riktlinjerna påverkar medicinsk praxis.

Riktlinjerna är ett stöd för styrning och ledning

Socialstyrelsens nationella 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 och styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

De primära målgrupperna för riktlinjerna är således beslutsfattare inom hälso- och sjukvården (politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer) och hälso- och sjukvårdspersonal.

Ohälsosamma levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor – ett folkhälsoproblem

Ohälsosamma levnadsvanor är vanliga – enligt Statens folkhälsoinstitut är det bara varannan kvinna och var tredje man i åldrarna 16–84 år som rapporterar att de inte har några ohälsosamma levnadsvanor [2].

De levnadsvanor som Socialstyrelsen har valt att ta upp i dessa riktlinjer lyfts även fram som riskfaktorer i Världshälsoorganisationens (WHO:s) europeiska strategi mot icke-smittsamma sjukdomar. Enligt WHO orsakar ohälsosamma levnadsvanor 80 procent av all kranskärslsjukdom och stroke. De menar också att 30 procent av all cancer kan förebyggas huvudsakligen genom hälsosamma levnadsvanor [3–4]. Hälsosamma matvanor, regelbunden fysisk aktivitet, normal kroppsvikt och rökfrihet kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes [5–6]. Personer med hälsosamma levnadsvanor lever dessutom i genomsnitt 14 år längre än dem som har ohälsosamma levnadsvanor [7].

Även den som redan har drabbats av sjukdom kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. Till exempel kan en patient som efter ett akut kranskärslsyndrom slutar röka, börjar äta hälsosamt och motionera regelbundet, redan efter 6 månader minska risken för nya hjärt-kärlhändelser med 74 procent, i jämförelse med den som fortsätter att röka, vara fysiskt inaktiv och inte förbättrar sina matvanor [8].

De fyra levnadsvanor som omfattas av dessa riktlinjer är också de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige [9]. Sjukdomsburden är ett mått som WHO och Världsbanken har tagit fram för att man ska kunna jämföra vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa, och vilka riskfaktorer som har störst betydelse för sjukdomarna. De levnadsvanor som riktlinjerna tar upp kan tillskrivas cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden [10]. Dessa beräkningar tar dock inte hänsyn till att andra riskfaktorer, såsom högt blodtryck, höga blodfetter och fetma, till allra största delen orsakas av ohälsosamma levnadsvanor.

Det innebär att levnadsvanornas betydelse för den totala sjukdomsördan kraftigt underskattas.

Flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt är dåligt studerat

Många personer har flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt. Statens folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät visar att andelen med två ohälsosamma levnadsvanor är 12 procent bland kvinnor och 17 procent bland män, och att 5 procent av kvinnorna och 9 procent av männen har fler än två ohälsosamma levnadsvanor [2]. Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt innebär inte bara att risken för de enskilda vanorna adderas, utan tycks även medföra en multiplikativ riskökning.

Det är alltså särskilt angeläget att personer med flera ohälsosamma levnadsvanor får hjälp och stöd att ändra sina vanor. I dagsläget finns dock inte några studier av om patienten har bättre chans att lyckas om han eller hon ändrar en levnadsvana i taget eller alla samtidigt. Socialstyrelsen ger därför inga rekommendationer om detta i riktlinjerna.

Starkt samband mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor

Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelad i befolkningen. Till exempel är det fyra gånger fler lågutbildade än högutbildade kvinnor som röker. Personer med kort utbildning och ekonomiska problem har också sämre matvanor och är mindre fysiskt aktiva än dem med lång utbildning och en god ekonomisk situation. Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt är vanligare om en person har ekonomiska problem, är utan sysselsättning eller är född utanför Sverige [2].

Om fler personer får hjälp och stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor kan alltså ojämlikheterna i befolkningens hälsa minska. En förutsättning är att hälso- och sjukvården lyckas nå de socialt utsatta grupperna.

Att påverka och förebygga ohälsosamma levnadsvanor

Stora skillnader i vården kräver samlat grepp

Sjukdomsförebyggande arbete är en av hälso- och sjukvårdens uppgifter. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder

för att förebygga sjukdomar eller skada. Regeringen framhåller dessutom i propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110) att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör integrera ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet.

Trots det har det förebyggande arbetet fortfarande ingen självklar ställning inom hälso- och sjukvården. Det finns ingen enhetlig praxis när det gäller detta arbete, och det råder stora variationer mellan landsting och mellan vårdenheter. Det framgår bland annat av de två enkäter som Socialstyrelsen genomförde år 2004 och 2007.

Enkäterna vände sig till verksamhetschefer vid landets vårdcentraler och kartlade vårdcentralernas hälsofrämjande och förebyggande arbete. Resultaten visade att antalet vårdcentraler som har rutiner och strukturerade program för åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor varierade mellan olika delar av landet. Enkäterna och fokusgruppsintervjuer visade också att det finns en efterfrågan på kunskap om effektiva metoder i det praktiska arbetet.

Vikten av att stödja personer att förändra ohälsosamma levnadsvanor har berörts i tidigare, sjukdomsspecifika, nationella riktlinjer. Exempelvis framhålls råd om sunda levnadsvanor som en viktig åtgärd i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Då har fokus legat på det önskade resultatet, till exempel fysisk aktivitet eller rökstopp, och inte på metoden för att uppnå det. Det finns därför ett behov av att beskriva evidensbaserade metoder för att påverka ohälsosamma levnadsvanor, vilket är utgångspunkten i dessa riktlinjer.

Samverkan och åtgärder på alla nivåer

För att förebygga och påverka ohälsosamma levnadsvanor är det också angeläget med andra typer av åtgärder än dem som ingår i dessa riktlinjer. Det är bland annat viktigt med åtgärder som skolprogram för att främja hälsosamma levnadsvanor hos barn och ungdomar, skatt på alkohol och tobak, rökförbud på allmänna platser, stödjande miljöer för fysisk aktivitet och ett utbud av hälsosamma livsmedel. I detta arbete spelar aktörer som regering och riksdag, myndigheter, kommuner, näringsliv och frivilligorganisationer en central roll.

För att arbetet med att påverka och förebygga ohälsosamma levnadsvanor ska vara framgångsrikt krävs alltså åtgärder på alla nivåer i samhället och en aktiv samverkan mellan de olika aktörerna. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i denna samverkan när det gäller att till exempel förmedla kunskap om levnadsvanor och deras betydelse för hälsan.

Samtal om levnadsvanor kan väcka etiska frågor

Det är viktigt att alla delar av hälso- och sjukvården uppmärksammar patienters levnadsvanor. För att kunna stödja personer att förebygga sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor behöver hälso- och sjukvårdspersonal, i större utsträckning än de gör i dag, ställa frågor om levnadsvanor. Riktlinjerna innehåller dock inga rekommendationer om formerna för detta.

Att ställa frågor och samtala om levnadsvanor är förknippat med en del etiska dilemman. I kapitel 5 i riktlinjerna diskuteras bland annat vad som är viktigt att ta hänsyn till när man ställer frågor och utformar samtal om levnadsvanor.

Tillstånd och åtgärder i riktlinjerna

Rådgivande samtal är grunden för åtgärderna

Grunden för alla åtgärder i riktlinjerna är att personer med ohälsosamma levnadsvanor som möter hälso- och sjukvården erbjuds någon form av rådgivning eller samtal om sin levnadsvana. Alla övriga åtgärder i riktlinjerna, som till exempel läkemedel eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet, är ett tillägg till denna åtgärd.

Socialstyrelsen har delat upp åtgärderna i tre övergripande nivåer: *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Indelningen bygger på åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning, såsom detta har beskrivits i den vetenskapliga litteraturen.

Riktlinjerna utvärderar vilken effekt de olika åtgärderna har på att förändra en viss levnadsvana, och inte vilken effekt de har på hälsan. Det innebär exempelvis att effekten av en åtgärd bedöms utifrån hur många som slutar röka, och inte utifrån hur mycket risken för cancer eller hjärt-kärlsjukdom minskar. Däremot är det effekter på hälsan som står i fokus vid bedömningen av åtgärdernas kostnadseffektivitet och tillståndets svårighetsgrad.

Större risk vid vissa tillstånd och situationer

De huvudtillstånd som behandlas i dessa riktlinjer är rökning, snusning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos vuxna personer.

Riktlinjerna behandlar även ett antal tillstånd eller situationer där den ohälsosamma levnadsvanan är förknippad med särskild risk:

- inför operation, vid graviditet, vid amning och när man är förälder
- vid biomedicinska förändringar eller sjukdomar (till exempel högt blodtryck, övervikt eller fetma).

Oftast saknas vetenskapligt underlag om effekter av olika åtgärder specifikt för de tillstånd och situationer där den ohälsosamma levnadsvanan är förknippad med särskild risk. Däremot ingår dessa tillstånd ofta i de studier som gäller vuxna generellt. Socialstyrelsen har därför utgått från att det som har visat sig vara effektivt för vuxna generellt även är effektivt för personer med dessa tillstånd och situationer. Eftersom ohälsosamma levnadsvanor är särskilt riskfyllt för dem har de genomgående fått en högre rangordning.

Det innebär att myndigheten anser att det är särskilt angeläget att personer med dessa tillstånd får hjälp och stöd att ändra sina ohälsosamma levnadsvanor.

Inga centrala rekommendationer för barn eller särskilda rekommendationer för äldre

Riktlinjerna har utgått från livets alla stadier, men det framkom under arbetets gång att det inte finns tillräckligt med vetenskapligt underlag för barn och ungdomar för alla fyra levnadsvanor. Socialstyrelsen har därför valt att inte formulera några centrala rekommendationer för barn (de rekommendationer som finns för barn gäller rökning och ohälsosamma matvanor och redovisas i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1). Däremot finns det goda förutsättningar för att även barnens levnadsvanor påverkas positivt då föräldrarna får stöd att ändra sina ohälsosamma levnadsvanor.

Äldre ingår i gruppen vuxna för alla fyra levnadsvanor, och omfattas därmed av de centrala rekommendationerna. Socialstyrelsen ger alltså inga särskilda rekommendationer som gäller äldre. När det gäller matvanor kan faktorer som försämrat allmäntillstånd, medicinering, funktionsnedsättning och brist på sociala kontakter leda till minskad matlust och för litet matintag, vilket ökar risken för näringsbrist och undernäring. Enligt Socialstyrelsens litteraturgenomgång saknas det dock vetenskapligt underlag specifikt för äldre personer med denna typ av sårbarhet.

Socialstyrelsen efterlyser vidare forskning om metoder för att främja hälsosamma levnadsvanor hos barn och äldre.

2. Centrala rekommendationer

I det här kapitlet har Socialstyrelsen valt ut ett antal centrala rekommendationer som är särskilt viktiga för hälso- och sjukvårdens sjukdomsförebyggande arbete ur ett lednings- och styrningsperspektiv. Rekommendationerna gäller sjukdomsförebyggande åtgärder för följande huvudtillstånd:

- tobaksbruk (rökning och snusning)
- riskbruk av alkohol
- otillräcklig fysisk aktivitet
- ohälsosamma matvanor.

Samtliga rekommendationer redovisas i en tillstånds- och åtgärdslista i bilaga 1. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det är också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökverktyg.

Generellt om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdscombinationer. Sammantaget ger vi tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen FoU och rekommendationen icke-göra.

Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rekommendationer med rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården bör eller kan erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt skalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
Rekommendationen FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt. Åtgärderna bör endast genomföras inom ramen för kliniska studier. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att noggrant utvärdera nya åtgärder innan de börjar användas.
Rekommendationen icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja att hälso- och sjukvården slutar använda ineffektiva metoder.

Metoden för rangordningsprocessen och det vetenskapliga underlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagan *Metodbeskrivning* respektive *Vetenskapligt underlag*. Bilagorna finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rangordningen utgår från den nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärds kombinationer utgår från den nationella modellen för prioriteringar [11]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av:

- tillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

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

Tillståndens svårighetsgrad

För att kunna rangordna olika tillstånd i förhållande till varandra gör Socialstyrelsen en bedömning av varje tillstånds svårighetsgrad. Svårighetsgraden avgörs utifrån hur stor risken är för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd.

Socialstyrelsen har delat in svårighetsgraden i fyra nivåer:

- mycket kraftigt förhöjd risk
- kraftigt förhöjd risk
- måttligt förhöjd risk
- något förhöjd risk.

De olika levnadsvanornas svårighetsgrad

Socialstyrelsens bedömning av de olika levnadsvanornas svårighetsgrad, det vill säga risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död, redovisas i nedanstående tabell.

Tabell 2. Svårighetsgrad för respektive levnadsvana

Levnadsvana	Svårighetsgrad
Daglig rökning	Kraftig till mycket kraftig
Daglig snusning	Något till måttlig
Riskbruk av alkohol	Kraftig
Otillräcklig fysisk aktivitet	Kraftig
Ohälsosamma matvanor	Kraftig

En beskrivning av det underlag bedömningen bygger på redovisas i bilagan *Bedömning av tillståndens svårighetsgrad*. Bilagan finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Förhöjd svårighetsgrad vid vissa tillstånd och situationer

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

- inför operation, vid graviditet, vid amning och när man är förälder
- vid biomedicinska förändringar eller sjukdomar (i riktlinjerna kallas personer med dessa tillstånd för högriskgrupper).

Till exempel har gravida som röker en högre svårighetsgrad än rökare generellt. De har därför, på grund av den högre svårighetsgraden, genomgående fått en högre rangordning. I de fall det har saknats vetenskapligt underlag om effekten av olika åtgärder specifikt för dessa tillstånd och situationer, har Socialstyrelsen utgått från det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.

Åtgärderna indelade i tre övergripande nivåer

Merparten av åtgärderna i riktlinjerna består av någon form av rådgivning eller samtal, som syftar till att stödja en förändring av levnadsvanor. Övriga åtgärder i riktlinjerna, som till exempel läkemedel eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet, är ett tillägg till rådgivning eller samtal.

Socialstyrelsen har delat in åtgärderna i tre övergripande nivåer: *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Indelningen i tre åtgärdsnivåer utgår från åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning, såsom detta har beskrivits i den vetenskapliga litteraturen. Tabellen nedan beskriver de olika åtgärdsnivåerna.

Tabell 3. Socialstyrelsens tre åtgärdsnivåer för sjukdomsförebyggande metoder

Åtgärdsnivå	Beskrivning	Omfattning i tid
Enkla råd	<ul style="list-style-type: none"> Information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor (inte likställt med att ställa frågor om levnadsvanor). Eventuell komplettering med skriftlig information. 	Vanligtvis mindre än 5 minuter.
Rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning. Kan inkludera motiverande strategier. 	Vanligtvis 10–15 minuter men ibland upp till 30 minuter.
Kvalificerat rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning. Kan inkludera motiverande strategier. Vanligen teoribaserat eller strukturerat (se vilka teorier och metoder som har beskrivits i det vetenskapliga underlaget i bilaga 2). Personal med utbildning i den metod som används. 	Ofta längre än rådgivande samtal.

Åtgärdsnivåerna är gemensamma för alla fyra levnadsvanor, men kan skilja sig åt när det gäller omfattning samt vilka verktyg och hjälpmedel som ingår. Samtliga nivåer förutsätter att

- personalen har kunskap om den eller de levnadsvanor åtgärden gäller
- hälso- och sjukvården redan har konstaterat att personen har ohälsosamma levnadsvanor.

Riktlinjerna innehåller inga rekommendationer om hur eller när hälso- och sjukvården ska ställa frågor om levnadsvanor. Kapitel 5 i riktlinjerna tar dock upp vissa etiska problem som är förknippade med att ställa frågor om levnadsvanor.

Enkla råd har vetenskapligt stöd enbart för rökning

Med undantag för rökning saknas vetenskapligt underlag om vilken effekt enkla råd har på personers levnadsvanor. Enkla råd har därför fått en låg rangordning vid snusning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Eftersom åtgärden inte är förknippad med några allvarliga biverkningar eller stora kostnader bör den låga rangordningen inte tas som argument för att hälso- och sjukvården helt ska utesluta åtgärden. Däremot förutsätts det att hälso- och sjukvården, om åtgärden används, mer systematiskt följer upp och utvärderar vilken effekt den har.

Åtgärdsnivåerna behöver konkretiseras

Socialstyrelsens indelning av åtgärderna i nivåer kan underlätta för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården att organisera och fördela resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet. När riktlinjerna ska tillämpas i det praktiska arbetet behöver dock åtgärdsnivåerna konkretiseras, till exempel i form av vårdprogram.

I bilaga 3 redovisas ett antal exempel på hur de olika åtgärdsnivåerna har beskrivits i några av de vetenskapliga studier som ligger till grund för rekommendationerna. Syftet med exemplen är att ge en tydligare bild av vad de olika nivåerna kan innebära. Exempelen är däremot inga rekommendationer om hur åtgärderna bör utformas.

Rekommendationer om tobaksbruk – rökning

Med *rökning* avses dagligrökning, oavsett mängd cigaretter. För gravida, ammande och personer som ska opereras inkluderas även mer sporadisk rökning, och för dessa grupper finns särskilda rekommendationer.

För vissa grupper är rökning mer riskfyllt än för andra, och det är särskilt angeläget att de får hjälp och stöd att sluta röka. Exempel på sådana högriskgrupper är personer som har blodfetsrubbnings, högt blodtryck, övervikt eller fetma, lungsjukdom, cancer, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, schizofreni och depression. Dessa tillstånd har genomgående fått en högre prioritering.

Socialstyrelsen har däremot inte formulerat några specifika centrala rekommendationer för högriskgrupperna, eftersom det vetenskapliga underlaget om effekterna av åtgärderna ofta är otillräckligt för dessa grupper.

Vuxna som röker dagligen

Vuxna dagligrökare har en kraftigt till mycket kraftigt förhöjd risk för

sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. All rökning, även tillfällig rökning och i små mängder, är förenad med hälsorisker, men risken ökar med antalet cigaretter man röker. Det finns en vetenskapligt belagd ökad risk för 58 olika sjukdomar, med bland annat en kraftigt ökad risk för flera typer av cancer, och en ökad risk för sjukdomar i hjärta, kärl och lungor [12].

Kvalificerat rådgivande samtal får högst prioritering vid daglig-rökning hos vuxna

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 1, 3–8)

Riktlinjerna behandlar följande åtgärder vid dagligrökning hos vuxna:

- enkla råd
- rådgivande samtal
- rådgivande samtal med särskild uppföljning
- kvalificerat rådgivande samtal
- proaktiv telefonrådgivning
- webb- och datorbaserad rådgivning.

Åtgärderna beskrivs i bilaga 2. Syftet med de olika åtgärderna är att personen ska sluta röka och därigenom förbättra sin hälsa och minska risken för sjukdomar.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Socialstyrelsen ger kvalificerat rådgivande samtal en hög prioritering vid dagligrökning hos vuxna.

Dagligrökning är ett mycket allvarligt tillstånd, för vilket samtliga ovanstående åtgärder har visat sig ha effekt. Alla åtgärder har sannolikt också en låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår. Socialstyrelsen ger därför den mest effektiva åtgärden – kvalificerat rådgivande samtal – hög prioritet. Övriga åtgärder, som har något sämre effekt, får hög till medelhög prioritet.

Proaktiv telefonrådgivning har god effekt, och kan dessutom användas både som en egen åtgärd och som komplement till andra åtgärder.

Rekommendationer vid dagligrökning hos vuxna

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal individuellt eller i grupp till vuxna personer som röker (prioritet 2)
- erbjuda proaktiv telefonrådgivning till vuxna personer som röker (prioritet 3).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda rådgivande samtal med särskild uppföljning till vuxna personer som röker (prioritet 3)
- erbjuda rådgivande samtal till vuxna personer som röker (prioritet 5)
- erbjuda webb- och datorbaserad rådgivning till vuxna personer som röker (prioritet 5)
- erbjuda enkla råd till vuxna personer som röker (prioritet 6).

Läkemedel som komplement vid rökavvänjning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 9–12)

Läkemedel som används som komplement till rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal vid rökning är:

- nikotinläkemedel
- vareniklin
- bupropion.

Läkemedlen beskrivs i bilaga 2.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Socialstyrelsen ger nikotinläkemedel, som tillägg till rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal, en hög prioritering vid dagligrökning hos vuxna personer. Dagligrökning är ett mycket allvarligt tillstånd, för vilket nikotinläkemedel har visat sig ha god effekt. Däremot är nikotinläkemedel förknippat med risk för biverkningar, vilket gör att åtgärden inte får en högre prioritering än 4. Orala nikotinläkemedel kan ge biverkningar som illamående, yrsel, huvudvärk, irritation i munnen och dyspeptiska besvär (såsom halsbränna och uppstötningar), och nikotinplåster kan ge hudirritation.

Vareniklin får en ännu lägre prioritering, trots en mycket stor effekt, eftersom det kan ge mer allvarliga biverkningar. Vareniklin kan ge biverkningar som illamående, sömnstörning och förändrade drömmar. Det finns också rapporter om ökad risk för depression, självmord och akuta hjärt-kärlhändelser.

Även bupropion har en mycket stor effekt, men effekten är mindre jämfört med vareniklin, och det har därför fått en lägre prioritering. Bupropion kan också ge biverkningar, såsom sömnstörning, illamående, muntorrhet och kramper.

Rekommendationer om läkemedel vid dagligrökning hos vuxna

Hälso- och sjukvården kan

- föreslå nikotinläkemedel som tillägg till kvalificerat rådgivande samtal (prioritet 4) eller rådgivande samtal (prioritet 5) till vuxna personer som röker
- förskriva vareniklin (prioritet 5) eller bupropion (prioritet 6) som tillägg till kvalificerat rådgivande samtal till personer som röker.

Gravida, ammande och föräldrar som röker

Utöver de risker som är förknippade med rökning generellt, så ökar rökning under graviditeten också risken för moderkaksavlossning, för tidig förlösning och försämrad fostertillväxt. Det finns även en överdödlighet när det gäller plötslig spädbarnsdöd om modern har rökt under graviditeten [13–16].

Många kvinnor börjar röka igen efter att barnet är fött. Nikotin övergår i bröstmjölken, vilket gör att barn som ammas får i sig nikotin om modern röker [17]. Detta kan öka risken för plötslig spädbarnsdöd.

Föräldrars eller andra vårdnadshavares rökning gör att barnet får ökad risk för exempelvis besvär och sjukdomar i öron och luftvägar [16, 18–24]. Det kan också öka risken för plötslig spädbarnsdöd [16, 25–27].

Rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 18–19, 21–22, 24–25)

Hälso- och sjukvården har, tack vare att den i princip träffar samtliga gravida, ammande och föräldrar, möjlighet att ge dessa personer olika typer av rådgivande samtal i syfte att stödja dem att sluta röka. Åtgärderna beskrivs i bilaga 2.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Socialstyrelsen ger rådgivande samtal en hög prioritering vid rökning hos gravida. Rökning hos gravida är ett mycket allvarligt tillstånd, och åtgärden har stor effekt. Kvalificerat rådgivande samtal har inte bättre effekt, och kostar mer, och får därför en lägre prioritering.

Vid rökning hos ammande och föräldrar, eller andra vårdnadshavare, ger Socialstyrelsen kvalificerat rådgivande samtal en hög prioritering. Tillstånden är allvarliga, och åtgärden har stor effekt. Effekten av rådgivande samtal är sämre och får därför en lägre prioritering.

Rekommendationer vid rökning hos gravida, ammande och föräldrar

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till gravida som röker (prioritet 1)
- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till ammande (prioritet 1) och till föräldrar eller andra vårdnadshavare (prioritet 2) som röker.

Personer som röker och ska genomgå en operation

Personer som röker och som ska genomgå en operation har en ökad risk att drabbas av komplikationer i samband med operationen, huvudsakligen i form av försämrade sårhelning men också i form av lung- och hjärtkärlkomplikationer. Hälso- och sjukvården kan ge olika typer av rådgivande samtal i syfte att hjälpa personer som ska genomgå operation att sluta röka.

*Rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal
(med tillägg av nikotinläkemedel)*

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 31–32)

Åtgärderna samt tillägg av nikotinläkemedel beskrivs i bilaga 2.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Socialstyrelsen ger kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel en hög prioritering vid rökning hos personer som ska genomgå en operation.

Rökning hos personer som ska genomgå en operation är ett mycket allvarligt tillstånd, och åtgärden kvalificerat rådgivande samtal (med tillägg av nikotinläkemedel) har stor effekt på rökfrihet vid operationstillfället, och på rökfrihet efter 12 månader.

Rådgivande samtal (med tillägg av nikotinläkemedel) har sämre effekt på rökfrihet vid operationstillfället, och det tycks inte ha någon effekt på rökfrihet på längre sikt. Åtgärden får därför en lägre prioritering.

Rekommendationer vid rökning hos personer som ska genomgå en operation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel till personer som röker och ska genomgå en operation (prioritet 1).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel till personer som röker och ska genomgå en operation (prioritet 4).

Rekommendationer om tobaksbruk – snusning

Med snusning avses dagligsnusning. För gravida och ammande inkluderas även mer sporadiskt bruk av snus, och för dessa grupper finns särskilda rekommendationer.

Socialstyrelsen har bedömt att dagligsnusning hos vuxna personer ger något till måttligt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död, men har inte formulerat någon central rekommendation för vuxna som snusar (se rad 42–46 i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1, för rekommendationer vid snusning hos vuxna personer).

Snusets effekt på hälsan är mindre studerad än rökningens. Risken att drabbas av hjärtinfarkt eller stroke verkar inte vara större bland snusare än bland personer som inte använder tobak, däremot tycks snusare ha större risk att dö i hjärtinfarkt eller stroke [28]. Lokala tandköttsskador är väl dokumenterade [29]. Snusare har också visats ha en fördubblad risk för cancer i bukspottkörteln [30], som dock är en förhållandevis ovanlig sjukdom.

Gravida och ammande som snusar

Utöver de hälsorisker som förknippas med snusning generellt, så innebär snusning under graviditeten också en ökad risk för tidig förlösning, havandeskapsförgiftning och andningsuppehåll hos det nyfödda barnet [31–32].

Nikotin övergår i bröstmjölken. Det gör att barn som ammas får i sig nikotin om modern snusar, vilket kan öka risken för plötslig spädbarnsdöd.

Rådgivande samtal

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 47, 48)

Åtgärden beskrivs i bilaga 2.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Socialstyrelsen ger rådgivande samtal en hög prioritering vid snusning hos gravida och ammande. Åtgärden har bedömts ha måttlig effekt, utifrån det vetenskapliga underlaget för snusare generellt (se rad 42 i tillstånds- och åtgärdslistan). Men eftersom snusning hos gravida och ammande kan leda till allvarliga konsekvenser för foster och barn har försiktighetsprincipen varit avgörande för prioriteringen.

Rekommendation vid snusning hos gravida och ammande

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till gravida och ammande som snusar (prioritet 4).

Rekommendationer om riskbruk av alkohol

Med *riskbruk av alkohol* avses en *hög genomsnittlig konsumtion* av alkohol eller *intensivkonsumtion* av alkohol minst en gång i månaden [33]. Med en hög genomsnittlig konsumtion avses en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas per vecka för män och nio standardglas för kvinnor. Med intensivkonsumtion avses en alkoholkonsumtion av fem standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och fyra standardglas eller fler för kvinnor. Ett standardglas är ett mått som motsvarar exempelvis 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller knappt 4 cl sprit.

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

För personer som ska genomgå en operation och för småbarnsföräldrar

gäller ovanstående definition av riskbruk, men för gravida definieras allt alkoholbruk som riskbruk. För dessa tre grupper finns särskilda rekommendationer.

För unga vuxna (18–29 år) är risken för psykosociala problem vid hög alkoholkonsumtion större än för andra. Unga vuxna konsumerar också ofta större mängder alkohol vid ett och samma tillfälle, vilket medför en ökad risk för olycksfallsskador. För unga vuxna finns dock inga specifika centrala rekommendationer, utan de omfattas av de centrala rekommendationer som gäller för personer med riskbruk generellt.

Det finns ytterligare grupper för vilka riskbruk av alkohol är mer riskfyllt än för andra, och för vilka det är särskilt angeläget med stöd för att minska alkoholkonsumtionen. Exempel på sådana grupper är personer med blodfetsrubbnings, högt blodtryck, övervikt eller fetma, kronisk smärta, leverpåverkan, hudsjukdom, schizofreni och ångest eller depression. Dessa tillstånd har genomgående fått en högre prioritering. Däremot har Socialstyrelsen inte formulerat några specifika centrala rekommendationer för högriskgrupperna, eftersom det vetenskapliga underlaget om effekterna av åtgärderna ofta är otillräckligt för dessa grupper.

Vuxna med riskbruk av alkohol

Vuxna med ett riskbruk av alkohol har kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Olika typer av riskbruk av alkohol kan ge upphov till olika typer av negativa konsekvenser. Om en person har en hög genomsnittlig konsumtion, men sällan dricker en större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle, ökar risken dels för kroniska skador på kroppen (såsom leverskador och olika former av cancer), dels för psykiska störningar och sociala problem. Om en person däremot mestadels dricker en större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle så ökar risken för dels akuta effekter (såsom olycksfall, våld och sociala problem), dels psykiska störningar [33–34].

Rådgivande samtal och webb- och datorbaserad rådgivning får högst prioritering vid riskbruk av alkohol hos vuxna

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 49–53, 58)

Riktlinjerna behandlar följande åtgärder vid riskbruk av alkohol hos vuxna:

- rådgivande samtal
- rådgivande samtal med särskild uppföljning
- kvalificerat rådgivande samtal
- webb- och datorbaserad rådgivning.

Åtgärderna beskrivs i bilaga 2. Syftet med de olika åtgärderna är att personen ska minska konsumtionen av alkohol och därigenom förbättra sin hälsa och minska risken för sjukdomar.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Socialstyrelsen ger rådgivande samtal vid riskbruk en medelhög prioritering, eftersom åtgärden har måttlig effekt och riskbruk av alkohol är ett allvarligt tillstånd.

Webb- och datorbaserad rådgivning får samma prioritering som rådgivande samtal. Webb- och datorbaserad rådgivning har måttlig effekt och är den åtgärd som har bäst effekt på unga vuxna med riskbruk.

Rådgivande samtal med särskild uppföljning och kvalificerat rådgivande samtal får en lägre prioritering, eftersom effekten på alkoholkonsumtion inte är bättre än för rådgivande samtal och kostnaden är högre.

Rekommendationer vid riskbruk av alkohol hos vuxna

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till vuxna personer med riskbruk av alkohol (prioritet 4)
- erbjuda webb- och datorbaserad rådgivning till vuxna personer med riskbruk av alkohol (prioritet 4).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda rådgivande samtal med särskild uppföljning (prioritet 7) eller kvalificerat rådgivande samtal (prioritet 7) till vuxna personer med riskbruk av alkohol.

Bruk av alkohol hos gravida samt småbarnsföräldrar med riskbruk av alkohol

En hög alkoholkonsumtion under graviditeten ger kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död hos kvinnan, och kan även leda till missfall och skador på det väntade barnet. Det är också väl belagt att även måttliga mängder alkohol kan påverka graviditetsutfallet och skada fostret [35–38]. Hur känsligt fostret är för alkohol beror inte bara på mängden alkohol, utan påverkas också av tidpunkt under fosterutvecklingen, genetisk sårbarhet och mammans metabolism. Det går därmed inte att ange någon säker gräns för konsumtion av alkohol under graviditeten. Därför räknas allt bruk av alkohol under graviditeten som riskbruk.

Riskbruk hos föräldrar till spädbarn innebär, utöver samma

risk som för andra vuxna, dessutom risk för försämrad omvårdnad och tillsyn av barnet.

Rådgivande samtal

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 54, 56)

Hälso- och sjukvården har, tack vare att den träffar i princip samtliga gravida och småbarnsföräldrar, möjlighet att ge olika typer av rådgivande samtal i syfte att stödja gravida och småbarnsföräldrar att minska sin alkoholkonsumtion. Åtgärden beskrivs i bilaga 2.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Socialstyrelsen ger rådgivande samtal en hög prioritering vid bruk av alkohol hos gravida, eftersom det är ett allvarligt tillstånd och åtgärden har måttlig till stor effekt på alkoholkonsumtionen. Vid detta tillstånd har Socialstyrelsen använt försiktighetsprincipen och gett tillståndet en högre prioritering, eftersom bruk av alkohol hos gravida kan leda till allvarliga konsekvenser för foster och barn.

Även rådgivande samtal vid riskbruk hos småbarnsföräldrar får en hög prioritering. Socialstyrelsen har bedömt att åtgärden har måttlig effekt, utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk generellt (se rad 50 i tillstånds- och åtgärdslistan). Men eftersom riskbruk av alkohol hos föräldrar ökar risken för försämrad omvårdnad och tillsyn av barnet har denna grupp prioriterats högre än personer med riskbruk generellt.

Rekommendation vid bruk av alkohol hos gravida samt småbarnsföräldrar med riskbruk av alkohol

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till gravida som brukar alkohol (prioritet 2) och till föräldrar eller andra vårdnadshavare med riskbruk av alkohol som har spädbarn eller småbarn (prioritet 3).

Personer med riskbruk av alkohol som ska genomgå en operation

Personer med ett riskbruk av alkohol som ska genomgå en operation har en ökad risk att få komplikationer vid operationen och i efterförloppet [39–41]. Hälso- och sjukvården kan ge personer som ska genomgå en operation olika typer av rådgivande samtal, i syfte att hjälpa dem att minska sin konsumtion av alkohol.

Rådgivande samtal

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 142)

Åtgärden beskrivs i bilaga 2.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Socialstyrelsen ger rådgivande samtal en hög prioritering vid riskbruk av alkohol hos personer som ska genomgå en operation. Åtgärden har bedömts ha måttlig effekt, utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk generellt (se rad 50 i tillstånds- och åtgärdslistan). Men eftersom riskbruk av alkohol hos personer som ska genomgå en operation är ett allvarigare tillstånd har denna grupp prioriterats högre än personer med riskbruk generellt.

Rekommendation vid riskbruk av alkohol hos personer som ska genomgå en operation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal till personer med riskbruk av alkohol som ska genomgå en operation (prioritet 3).

Rekommendationer om otillräcklig fysisk aktivitet

I dessa riktlinjer definieras otillräcklig fysisk aktivitet 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. Definitionen bygger på rekommendationerna för hälsofrämjande fysisk aktivitet som är framtagna av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) och antagna av Svenska Läkaresällskapet. Rekommendationerna utgår från den senaste forskningen på området [42–44]. Se bilagan *Indikatorer* för en fullständig beskrivning av rekommendationerna. Bilagan finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

För vissa grupper är otillräcklig fysisk aktivitet mer riskfyllt än för andra. Det är därför särskilt angeläget att dessa grupper får hjälp och stöd att öka sin fysiska aktivitet. Exempel på sådana högriskgrupper är personer som har depression, schizofreni, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, högt blodtryck, blodfetsrubbing, övervikt, fetma eller stort bukumfång. Dessa tillstånd har genomgående fått en högre prioritering. Däremot har Socialstyrelsen inte formulerat några specifika centrala rekommendationer för högriskgrupperna, eftersom det vetenskapliga

underlaget om effekterna av åtgärderna ofta är otillräckligt för dessa grupper.

Vuxna med otillräcklig fysisk aktivitet

Otillräcklig fysisk aktivitet under en längre tid innebär en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Exempelvis ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes. Dessutom ökar risken för vissa cancersjukdomar, framför allt tjocktarmscancer och bröstcancer [45].

Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination, stegräknare och särskild uppföljning får högst prioritering vid otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 74–80)

Riktlinjerna behandlar följande åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna:

- rådgivande samtal
- rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet
- rådgivande samtal med tillägg av stegräknare
- rådgivande samtal med särskild uppföljning
- kvalificerat rådgivande samtal
- fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram.

Åtgärderna beskrivs i bilaga 2. Syftet med de olika åtgärderna är att personen ska öka sin fysiska aktivitet och därigenom förbättra sin hälsa och minska risken för sjukdomar.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Socialstyrelsen ger rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination, stegräknare och särskild uppföljning högst prioritering vid otillräcklig fysisk aktivitet, eftersom åtgärderna har stor effekt. Enbart rådgivande samtal har sämre effekt och får därför en något lägre prioritering.

Kvalificerat rådgivande samtal får låg prioritering, eftersom kostnaden är högre än för de andra åtgärderna och eftersom det inte har bättre effekt.

Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram får en ännu lägre prioritering, eftersom det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma vilken effekt åtgärden har på den fysiska aktiviteten.

Rekommendationer vid otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination eller stegräknare samt särskild uppföljning till personer med otillräcklig fysisk aktivitet (prioritet 3).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda rådgivande samtal till personer med otillräcklig fysisk aktivitet (prioritet 4)
- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till personer med otillräcklig fysisk aktivitet (prioritet 8).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram, i syfte att öka den fysiska aktiviteten efter avslutad träning, till personer med otillräcklig fysisk aktivitet (prioritet 10).

Rekommendationer om ohälsosamma matvanor

En persons matvanor består av flera olika dimensioner: energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform, måltidsordning med mera. Socialstyrelsen har inom ramen för riktlinjearbetet utarbetat ett kostindex baserat på Livsmedelsverkets näringsrekommendationer, för att kunna definiera vad som är ohälsosamma matvanor.

Socialstyrelsens kostindex kan ge en uppskattning av kostens näringsmässiga kvalitet utifrån frågor om hur ofta man äter och dricker:

- grönsaker och rotfrukter
- frukt och bär
- fisk och skaldjur
- kaffebröd, choklad, godis, chips och liknande snacks, läsk och saft.

Kostindexet tar inte hänsyn till energiintag, det vill säga hur mycket man äter, som också är en viktig del av matvanorna. Personer med ett för högt energiintag har dock ofta även en ohälsosam sammansättning av sin kost. Socialstyrelsen har definierat *ohälsosamma matvanor* som låga poäng på kostindexet (0–4 poäng av 12 möjliga). Utifrån denna definition har cirka 20 procent av befolkningen ohälsosamma matvanor. Definitionen gäller även för gravida. För denna grupp har Socialstyrelsen tagit fram särskilda centrala rekommendationer.

Se bilagan *Indikatorer* för en mer utförlig beskrivning av kostindexets frågor och poängsättning. Bilagan finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Det finns ytterligare grupper för vilka ohälsosamma matvanor är mer riskfyllda än för andra, och för vilka det är särskilt angeläget med stöd för att äta mer hälsosamt. Exempel på sådana högriskgrupper är personer med övervikt, fetma, stort bukomfång, högt blodtryck, blodfettsubstanser, depression eller ångest, schizofreni eller diabetes och personer som har haft en hjärtinfarkt. Dessa tillstånd har genomgående fått en högre prioritering. Däremot har Socialstyrelsen inte formulerat några specifika centrala rekommendationer för högriskgrupperna, eftersom det vetenskapliga underlaget om effekterna av åtgärderna ofta är otillräckligt för dessa grupper.

Vuxna med ohälsosamma matvanor

Hur våra matvanor ser ut påverkar risken att drabbas av folksjukdomar som fetma, hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes och vissa cancersjukdomar [46–49]. Sammantaget bedöms ohälsosamma matvanor ge en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död.

Kvalificerat rådgivande samtal får högst prioritering vid ohälsosamma matvanor hos vuxna

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 106–108)

Riktlinjerna behandlar följande åtgärder vid ohälsosamma matvanor hos vuxna:

- rådgivande samtal
- rådgivande samtal med särskild uppföljning
- kvalificerat rådgivande samtal.

Åtgärderna beskrivs i bilaga 2. Syftet med de olika åtgärderna är att personen ska äta mer hälsosamt och därigenom förbättra sin hälsa och minska risken för sjukdomar.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Socialstyrelsen ger kvalificerat rådgivande samtal en hög prioritering vid ohälsosamma matvanor hos vuxna, eftersom det är ett allvarligt tillstånd och åtgärden har måttlig effekt.

Rådgivande samtal får en låg prioritering, eftersom det endast har liten effekt på ohälsosamma matvanor. Rådgivande samtal med särskild uppföljning får en ännu lägre prioritering, eftersom det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av åtgärden.

Rekommendationer vid ohälsosamma matvanor hos vuxna

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till personer med ohälsosamma matvanor (prioritet 3).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda rådgivande samtal till personer med ohälsosamma matvanor (prioritet 9).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda rådgivande samtal med särskild uppföljning till personer med ohälsosamma matvanor (prioritet 10).

Gravida med ohälsosamma matvanor

Ohälsosamma matvanor under graviditeten innebär, utöver samma risk som för andra vuxna, att kvinnan riskerar en alltför kraftig viktuppgång under graviditeten. Det i sin tur ökar risken för graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning och förlossningskomplikationer som kan få hälsokonsekvenser för barnet [50–51]. Det kommer också allt fler uppgifter som tyder på att den gravida kvinnans matvanor och övervikt kan påverka hälsan hos barnet i vuxen ålder [50].

Kvalificerat rådgivande samtal

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 112)

Hälso- och sjukvården har, tack vare att den i princip träffar samtliga gravida, möjlighet att ge olika typer av rådgivande samtal i syfte att stödja dem att äta mer hälsosamt. Åtgärden beskrivs i bilaga 2.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Socialstyrelsen ger kvalificerat rådgivande samtal en hög prioritering vid ohälsosamma matvanor hos gravida, eftersom det är ett allvarligt tillstånd och åtgärden har måttlig effekt. Effekten av åtgärden har bedömts utifrån de effekter som gäller för personer med ohälsosamma matvanor generellt (se rad 108 i tillstånds- och åtgärdslistan), eftersom det vetenskapliga underlaget specifikt för gravida är otillräckligt.

Rekommendation vid ohälsosamma matvanor hos gravida

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till gravida med ohälsosamma matvanor (prioritet 2).

3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen gör i detta avsnitt en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar resursfördelningen när det gäller sjukdomsförebyggande metoder, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade metoder än till metoder med låg rangordning. För att dra full nytta av riktlinjerna behöver dock huvudmännen själva anpassa rekommendationerna i förhållande till den egna verksamheten. Detta gäller såväl riktlinjernas rekommendationer som helhet som områden där riktlinjearbetet inte tar direkt ställning, exempelvis utbildningsinsatser och olika organisatoriska lösningar.

Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete

Ohälsosamma levnadsvanor orsakar stora kostnader för vården

De fyra levnadsvanor som riktlinjerna tar upp (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor) orsakar betydande kostnader för hälso- och sjukvården. Den årliga kostnaden relaterad till rökning uppskattas vara 2,2 miljarder kronor [52]. Hälso- och sjukvårdskostnaden för all alkoholrelaterad vård var 3,3 miljarder kronor år 2002 [53]. Kostnaden för enbart riskbruk är då bara en mindre del av beloppet. Men minskat riskbruk kan på sikt också leda till minskat missbruk och beroende, och minska sjukvårdskostnader förknippade med detta. Hälso- och sjukvårdskostnader relaterade till otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är svårare att beräkna. Det finns beräkningar av kostnaderna för fysisk inaktivitet, som sträcker sig från 0,4 till 5 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna, men ingen av dessa beräkningar kan antas beskriva hela kostnaden [54–57].

Att erbjuda åtgärder i enlighet med rekommendationerna i riktlinjerna kan alltså leda till besparingar på lång sikt, i form av minskade sjukvårdskostnader för levnadsvanorelaterade sjukdomar. Hur stor besparing-

en kan bli är osäkert och handlar troligen om en minskad kostnadsökning. Den minskade kostnadsökningen kan dock inte finansiera det sjukdomsförebyggande arbetet de närmaste åren, och ingår därför inte i Socialstyrelsens beräkning av de ekonomiska konsekvenserna.

Det förebyggande arbetet tycks vara ojämnt utbyggt i landet

Generellt är det svårt att beräkna vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser införandet av rekommendationerna får. Det beror på att det i stort sett saknas datakällor som kan utgöra underlag för jämförande redovisningar av hur det sjukdomsförebyggande arbetet bedrivs i dag och vilken omfattning det har.

Vid de seminarier som regionerna har genomfört inom ramen för riktlinjarbetet har uppgifter från hälso- och sjukvårdsregionerna visat att åtgärder som gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet är mer vanligt förekommande än åtgärder som gäller ohälsosamma matvanor. För ohälsosamma matvanor uppges dessutom skillnaden mellan dagens praxis och riktlinjernas rekommendationer vara särskilt stor. Dessa uppgifter gäller framför allt primärvården. Uppgifter från regionerna om specialistsjukvårdens roll i det sjukdomsförebyggande arbetet är mer sparsamt förekommande.

De övriga uppgifter som finns om dagens sjukdomsförebyggande arbete handlar främst om förekomsten av rutiner och program för detta arbete, och inte om vad man erbjuder för specifika åtgärder som stöd för att förändra levnadsvanor.

En kartläggning av vårdcentralernas hälsofrämjande och förebyggande arbete som Socialstyrelsen har genomfört visar att antalet vårdcentraler som har rutiner och strukturerade program för sjukdomsförebyggande åtgärder varierar mellan olika delar av landet. Kartläggningen baseras på två enkäter till verksamhetscheferna vid landets vårdcentraler, varav den första genomfördes 2004 och den andra 2007. Sammantaget har det skett en positiv utveckling under de tre åren mellan enkäterna. År 2007 uppgav drygt 80 procent av vårdcentralerna att man hade rutiner eller program för hur personalen skulle ta upp frågor om fysisk aktivitet och rökning med patienterna. Drygt 70 procent hade rutiner för matvanor och övervikt och 65 procent för alkoholvanor. Enkäterna redovisar dock inte vilka metoder som vårdcentralerna använder [58–59].

Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HSF-nätverket) omfattar i dag cirka 75 procent av svensk hälso- och sjukvård. Nätverket ställer sedan 2004 årliga uppföljande frågor till medlemsorga-

nisationerna om hur de tillämpar förebyggande program för levnadsvanor. Andelen som tillämpar program regelbundet har ökat med åren. År 2009 tillämpades förebyggande program för tobaksbruk i huvuddelen av verksamheten hos 70 procent av medlemmarna, och för otillräcklig fysisk aktivitet hos 50 procent.

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) befolkningsenkät *Vårdbarometern* ställer frågor till befolkningen som bland annat handlar om deras kontakter med hälso- och sjukvården. En fråga är om vårdpersonalen har tagit upp livsstilsfrågor under det senaste året. År 2009 uppgav cirka 30 procent av de tillfrågade personerna som hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården att så har varit fallet [60]. Uppgifter från de nationella patientenkäterna visar också att det finns skillnader när det gäller hur ofta levnadsvanor har diskuterats vid det senaste besöket, både mellan olika regioner och landsting, och mellan vårdenheter inom respektive region och landsting [61].

Levnadsvanor behöver uppmärksammas i större utsträckning

För att kunna stödja personer att förebygga sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor behöver hälso- och sjukvårdspersonal, i större utsträckning än de gör i dag, ställa frågor om levnadsvanor. Riktlinjerna innehåller dock inga rekommendationer om formerna för detta. Däremot tar kapitel 5 i riktlinjerna upp vissa etiska problem som är förknippade med att ställa frågor om levnadsvanor.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att huvudmännen tar ansvar för att utveckla och utvärdera olika former och verktyg för att fråga om och identifiera ohälsosamma levnadsvanor. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har verktyg för att kunna ställa frågor, erbjuda åtgärder eller hänvisa vidare.

Många personer som vänder sig till vården har symtom och sjukdomar som har ett samband med ohälsosamma levnadsvanor. Frågor om levnadsvanor blir då en naturlig del av anamnesen. Det gäller också vid graviditet och inför kirurgiska ingrepp.

I en del landsting och regioner har man, framför allt inom primärvården, ställt frågor om levnadsvanor med hjälp av frågeformulär. Ibland har frågorna ställts till alla patienter (oberoende av anledningen till besöket) och ibland till utvalda patientgrupper. Tillvägagångssättet har sett olika ut, och erfarenheterna varierar [62]. Än så länge finns det ingen utvärdering av resultatet av detta tillvägagångssätt eller om patienterna har upplevt det som värdefullt.

Vissa landsting och regioner har bjudit in alla personer i vissa åldersgrupper, eller föräldrar som har barn i en viss ålder, att diskutera sina levnadsvanor vid ett livsstilsinriktat hälsosamtal [63–66]. Utvärderingar har visat att personer med låg utbildning drar nytta av sådana hälsosamtal i större utsträckning än personer med hög utbildning [67]. Det pekar på att den här formen av uppsökande verksamhet kan vara ett sätt att skapa ökad jämlikhet i hälsa mellan olika befolkningsgrupper.

Vilka organisatoriska konsekvenser får riktlinjerna för hälso- och sjukvården?

De centrala frågorna om vilka generella organisatoriska konsekvenser riktlinjerna får är gemensamma för levnadsvanorna (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor). I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen dessa konsekvenser. I avsnittet *Vilka ekonomiska konsekvenser får riktlinjerna för hälso- och sjukvården?* belyser vi de ekonomiska konsekvenserna för några av rekommendationerna i riktlinjerna.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att riktlinjerna kräver förändringar i fråga om:

- personalresurser
- styrdokument
- organisation och omfördelning av resurser
- utbildning och kompetensutveckling
- samverkan med aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården.

Personalresurser

Riktlinjernas rekommendationer innebär både ett mer systematiskt arbetsätt och ökade insatser för att via evidensbaserade metoder stödja individer till att förändra sina levnadsvanor. Det har dock varit svårt att bedöma omfattningen av vilka ytterligare personalresurser som kan komma att krävas, utifrån de uppgifter som har presenterats vid de seminarier som regionerna har genomfört inom ramen för riktlinjearbetet. Som framgår av avsnittet om ekonomiska konsekvenser bedöms kostnadsökningen för att genomföra riktlinjerna ligga på drygt 300 miljoner kronor per år.

Inledningsvis finns ett uppdämt behov av insatser som i närtid ställer krav på förstärkta personalresurser. Även om personalresurser till viss del kan omfördelas, bedömer Socialstyrelsen att det inte kommer att vara möjligt att tillvarata det sjukdomsförebyggande arbetets potential om inte

sjukvårdshuvudmännen är beredda att fördela ytterligare personalresurser till området.

Styrdokument

Landstingen kan påverka hur verksamheterna arbetar med sjukdomsförebyggande metoder genom övergripande planer, uppdragsbeskrivningar och avtal. Enligt den kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som Socialstyrelsen gjorde 2004 varierar förekomsten av ett sjukdomsförebyggande perspektiv mycket i landstingens olika styrdokument. Däremot visar den indikatoruppföljning som HFS-nätverket genomförde hos sina medlemsorganisationer 2009 att majoriteten hade avtal med krav på sjukdomsförebyggande åtgärder.

SKL:s kartläggning från 2010 [68] visar att samtliga landsting och regioner inkluderar hälsofrämjande och förebyggande arbete i uppdragsbeskrivningar för vårdval i primärvården. Variationen i uppdragsbeskrivningarna är dock stor: från att enkelt uttrycka att hälsofrämjande och förebyggande arbete principiellt är viktigt, till att mer detaljerat definiera och beskriva vad uppdraget innebär.

Landstingen har också stor möjlighet att påverka det sjukdomsförebyggande arbetet genom tydliga krav på uppföljning och rapportering av processer och resultat. Ett problem har varit avsaknaden av gemensamma mått. Socialstyrelsens förslag till utvecklingsindikatorer ger landstingen möjlighet att mäta och följa upp det egna arbetet med levnadsvanor på ett enhetligt sätt. En förutsättning är ytterligare utveckling av rutinerna för dokumentation och journalföring. Socialstyrelsen kommer, i samverkan med huvudmännen, att medverka i ett sådant utvecklingsarbete.

Organisation och omfördelning av resurser

Landstingens olika förutsättningar gör att vården behöver organiseras på olika sätt för att de ska kunna utföra de olika åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna. Beroende på hur hälso- och sjukvården väljer att organisera sitt arbete kan vissa personalresurser komma att behöva omfördelas.

En rad huvudmän utvecklar i dag så kallade livsstilsmottagningar inom primärvården, där vårdpersonal mer samlat ska kunna ge patienter stöd till levnadsvaneförändringar. Än så länge finns dock inga utvärderingar av dessa mottagningar. I tillämpningen av riktlinjernas rekommendationer är det angeläget att vården prövar olika organisatoriska former för att förstärka det sjukdomsförebyggande arbetet, och att erfarenheter utvärderas och sprids.

Många av de åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar i riktlinjerna kan genomföras både individuellt och i grupp, men hittills har rådgivning i grupp använts i mer begränsad omfattning. De praktiska förutsättningarna för gruppverksamhet kan variera, bland annat beroende på olika organisatoriska lösningar. Livsstilmottagningar är ett exempel på en organisatorisk lösning som också kan ge goda förutsättningar för gruppverksamhet.

Utbildning och kompetensutveckling

För att kunna genomföra de åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar krävs det särskild kompetens inom till exempel samtals teknik, hälsopedagogik och beteendetekniker, samt specifik kompetens kring levnadsvanornas problematik. För gruppverksamhet krävs också särskild kompetens, för att kunna tillvarata gruppdynamikens fördelar och möjligheter.

Socialstyrelsens bedömning är att hälso- och sjukvården i dag inte har tillräckligt stor andel personal som har tillräcklig kompetens att erbjuda de åtgärder som riktlinjerna rekommenderar. Denna bedömning stärks av de uppgifter som regionerna har redovisat. På längre sikt kan denna kompetens ges i läkar- och sjuksköterskeutbildningar samt i andra vårdutbildningar, men på kort sikt krävs det att landstingen och kommunerna genomför utbildningsinsatser för att införa ny kunskap och nya metoder.

I en övergångsperiod kan kraven på denna form av vidareutbildning vara tämligen omfattande. Dels kan hälso- och sjukvården behöva utveckla en breddutbildning, riktad till alla delar inom vården, med målet att öka kunskapen om levnadsvanornas betydelse för hälsoutvecklingen och påverka attityden till sjukdomsförebyggande arbete. Dels behövs också en särskild utbildning för dem som ska genomföra åtgärderna, med fördjupad kunskap om levnadsvanorna och de rekommenderade metoderna. Hur och i vilken omfattning det förebyggande arbetet är invävt i vårdyrkenas grundutbildningar i dag är oklart, men sannolikt är skillnaden stor vid olika lärosäten och i olika utbildningar.

För riskbruk finns det sannolikt på kort sikt tillräcklig kompetens inom primärvården för att kunna genomföra riktlinjernas rekommendationer. Under de senaste fem åren har ett omfattande nationellt arbete bedrivits inom ramen för Statens folkhälsoinstituts riskbruksprojekt. I och med detta arbete har man stärkt primärvårdens kompetens att möta och ge personer med riskbruk stöd att minska sin alkoholkonsumtion. Hur väl kunskapen om riskbruksproblem och om åtgärder vid riskbruk är etablerad inom andra angelägna delar av hälso- och sjukvården, som akutmotagningar och medicinkliniker, är dock oklart.

Samverkan med aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården

Åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor berör praktiskt taget alla delar av hälso- och sjukvården. Det är därför viktigt med en generell medvetenhet om frågans betydelse och om hälso- och sjukvårdens uppgift att förebygga sjukdom och ohälsa. Det förebyggande arbetet får bättre effekt om såväl beslutsfattare och administratörer som vårdansvariga och vårdgivare involveras i att utveckla ett förebyggande tänkande och handlande. I samband med att riktlinjerna ska genomföras kan det därför behövas en bred diskussion om det förebyggande arbetets betydelse och möjligheter, ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården samt ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård och andra organisationer.

Samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvården är av stor betydelse. Hälso- och sjukvården kan förmedla kunskap om levnadsvanornas påverkan på hälsan och om vilka insatser som är angelägna i lokalsamhället, och därmed bidra till att andra aktörer bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete. Våldokumenterade erfarenheter av samverkan med lokalsamhället, från bland annat Habo [69–70] och Norsjö [71], har visat att detta även kan förstärka det arbete som hälso- och sjukvården utför. Det är till exempel lättare att följa råd om att vara fysiskt aktiv om det finns cykelvägar eller att äta mer hälsosamt om restauranger och butiker har ett utbud av hälsosam mat.

En av de utmaningar som vårdgivarna står inför är att utveckla varaktiga samarbetsmodeller med andra aktörer, som kan ge ytterligare stöd och motivation till att vidmakthålla goda levnadsvanor. Landstingen har redan i dag kontakt med frivilligorganisationer och studieförbund som arbetar med hälsofrågor. Särskilt vanligt är det när det gäller fysisk aktivitet. Socialstyrelsen bedömer dock att vårdgivarna behöver se över och ytterligare utveckla formerna för samverkan.

Vilka ekonomiska konsekvenser får riktlinjerna för hälso- och sjukvården?

I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen de ekonomiska konsekvenserna av att följa några av rekommendationerna i riktlinjerna, i jämförelse med nuvarande praxis. Det är framför allt ekonomiska konsekvenser för de närmaste åren som är intressanta ur ett finansieringsperspektiv. Besparingar i ett långt tidsperspektiv (10–30 år) är möjliga, men har ingen praktisk betydelse för att finansiera kostnadsökningar de närmaste åren.

Däremot har framtida besparingar betydelse vid bedömning av de olika åtgärdernas kostnadseffektivitet.

Genomgående är sjukdomsförebyggande metoder som har effekt på levnadsvanorna kostnadseffektiva. Det är dessutom oftast kostnadseffektivt att gå från en billigare och mindre effektiv metod till en som är dyrare och mer effektiv.

Nedanstående beräkningar av kostnader och kostnadsökningar är gjorda utifrån ett flertal antaganden. Det innebär att de är osäkra och i första hand ska betraktas som räkneexempel. Dessa antaganden redovisas mer utförligt i bilagan *Metod för beräkning av ekonomiska konsekvenser* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Beräkningarna är gjorda för kostnader på nationell nivå. Socialstyrelsen rekommenderar att beräkningar görs på landstings- och regionnivå med lokala data, vilket kan ge säkrare resultat och bättre beslutsunderlag.

Att införa arbetsformer i enlighet med riktlinjerna kommer att föra med sig kostnader för utbildning av personal. Dessa kostnader beskrivs inte i detta avsnitt. I beräkningarna ingår endast kostnader för vårdpersonal.

Beräknade kostnader

Den beräknade kostnaden per år för att ge åtgärder enligt riktlinjerna för samtliga fyra levnadsvanor är 1 094 miljoner kronor. Då förutsätts var femte i befolkningen med ohälsosamma levnadsvanor få de rekommenderade åtgärderna. I praktiken kommer färre att få (eller vilja ha) det. Väsentliga delar av dessa kostnader finns också redan i dag och åtgärder enligt riktlinjerna kan innebära besparingar på så pass kort sikt att de har betydelse för finansieringen.

Den förväntade kostnadsökningen beräknas vara som minst 165 miljoner kronor och som högst 520 miljoner kronor per år, med 315 miljoner kronor som genomsnitt för de beräknade alternativen. Utfallet i beräkningarna är beroende av hur stor andel som faktiskt får de rekommenderade åtgärderna, hur stora de nuvarande kostnaderna är och hur stora de kortsiktiga besparingarna blir.

Tabellen nedan visar en sammanställning över beräknade kostnader och kostnadsökningar för hälso- och sjukvården per år. Kostnaden för respektive levnadsvana är beräknad på att var femte i befolkningen med ohälsosamma levnadsvanor får de rekommenderade åtgärderna. Beräkningarna redovisas mer utförligt i bilagan *Metod för beräkning av ekonomiska konsekvenser* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Tabell 4. Kostnad och kostnadsökning per år i miljoner kronor (mnkr) för att genomföra åtgärder enligt riktlinjerna

Levnadsvana	Kostnad	Kostnadsökning (genomsnitt)	Kostnadsökning (min–max)
Daglig rökning	434 mnkr	82 mnkr	31–156 mnkr
Riskbruk av alkohol	57 mnkr	23 mnkr	12–37 mnkr
Otillräcklig fysisk aktivitet	288 mnkr	76 mnkr	31–138 mnkr
Ohälsosamma matvanor	315 mnkr	135 mnkr	91–189 mnkr
Totalt	1 094 mnkr	315 mnkr	165–520 mnkr

Kostnaderna blir betydligt lägre om regioner och landsting lyckas organisera åtgärder i grupp, men också om andra yrkeskategorier än specialistläkare används i större utsträckning än beräknat. För patienter med flera ohälsosamma levnadsvanor kan kostnaden reduceras om åtgärder ges för flera levnadsvanor samtidigt.

På kort sikt kan en ”puckeleffekt” uppstå beroende på att det finns många patienter som inte tidigare har fått de åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna. Följs riktlinjerna kommer många patienter att erbjudas hjälp och stöd de närmaste åren, vilket ökar trycket på hälso- och sjukvården under en övergångsperiod. Antalet patienter som får åtgärder kommer därefter att minska till en mer normal och jämn nivå.

Den beräknade kostnadsökningen kan ställas i relation till den årliga kostnaden för all hälso- och sjukvård, som är cirka 200 miljarder kronor. De ovan beräknade kostnaderna för åtgärderna i riktlinjerna består endast av kostnader för vårdpersonal. Utöver dessa kostnader tillkommer främst kostnader för annan personal, material och lokaler. Om vi antar att totalkostnaden är ungefär dubbelt så hög som de beräknade kostnaderna för vårdpersonal så innebär det att åtgärder enligt riktlinjerna medför behov av omfördelning av resurser motsvarande 0,3 procent av hela hälso- och sjukvårdsbudgeten.

Rökning

Kostnadsberäkningen är gjord utifrån att personer som är daglig rökare erbjuds kvalificerat rådgivande samtal, och att var femte av daglig rökarna får åtgärden. Hälften antas få läkemedel som komplement.

Den årliga nationella kostnaden för kvalificerat rådgivande samtal, kompletterat med läkemedel i hälften av fallen, beräknas vara 434 miljoner kronor. Den i praktiken förväntade kostnadsökningen beräknas vara

i intervallet 31–156 miljoner kronor per år, med 82 miljoner kronor som genomsnitt för de beräknade alternativen.

Kostnaden för läkemedel utgör en relativt stor andel av kostnaden och kostnadsökningen (44 procent). I beräkningarna har hela kostnaden för läkemedel inkluderats. Det finns olika praxis över landet när det gäller vem som står för kostnaden, det vill säga patient eller vårdgivare, men också när det gäller val av läkemedel och behandlingsperiodens längd. I beräkningen har läkemedelskostnaden antagits vara 2 000 kronor. Utan läkemedelskostnader beräknas kostnaden vara 244 miljoner kronor och den genomsnittliga kostnadsökningen 46 miljoner kronor.

Riskbruk av alkohol

Kostnadsberäkningen är gjord utifrån att personer som har ett riskbruk av alkohol erbjuds rådgivande samtal, och att var femte av dem får åtgärden.

Den årliga nationella kostnaden för rådgivande samtal beräknas vara 57 miljoner kronor. Den i praktiken förväntade kostnadsökningen beräknas vara i intervallet 12–37 miljoner kronor per år, med 23 miljoner kronor som genomsnitt för de beräknade alternativen.

Otillräcklig fysisk aktivitet

Kostnadsberäkningen är gjord utifrån att personer med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå erbjuds rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination eller stegräknare samt särskild uppföljning, och att var femte av dem får åtgärden.

Den årliga nationella kostnaden för rådgivande samtal med tillägg beräknas vara 288 miljoner kronor. Den i praktiken förväntade kostnadsökningen beräknas vara i intervallet 31–138 miljoner kronor per år, med 76 miljoner kronor som genomsnitt för de beräknade alternativen. Nuvarande praxis bedöms vara mycket varierande över landet och därför är kostnadsökningen också mycket varierande.

Ohälsosamma matvanor

Kostnadsberäkningen är gjord utifrån att vården erbjuder kvalificerat rådgivande samtal till de 20 procent i befolkningen som har betydande ohälsosamma matvanor, och att var femte av dem får åtgärden.

Den årliga nationella kostnaden för kvalificerat rådgivande samtal beräknas vara 315 miljoner kronor. Den i praktiken förväntade kostnadsökningen beräknas vara i intervallet 91–189 miljoner kronor per år, med 135 miljoner kronor som genomsnitt för de beräknade alternativen.

Beräkningarna är gjorda för individuellt kvalificerat rådgivande samtal. Det finns exempel på samtal i grupp, och för gruppverksamhet är

kostnaden väsentligt lägre. Vidare är beräkningen gjord för ett samtal som tar totalt två timmar att genomföra. De metoder som finns utvärderade varierar mycket i tidsåtgång.

Möjliga besparingar på kort sikt

Rådgivning om att sluta röka i samband med graviditet kan leda till minskade komplikationer och därmed besparingar för hälso- och sjukvården. Besparingarna görs såväl på kort som på lång sikt. Ett liknande konstaterande gjordes i en kostnadseffektivitetsanalys som kom fram till att besparingarna i sjukvårdskostnader var 2,6 gånger större än kostnaden för åtgärderna [72].

Det finns också potentiella besparingar på kort sikt i att erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till personer som röker och som ska genomgå en operation. Storleken på besparingarna är osäker, eftersom studierna är få och delvis motstridiga. Bedömningen baseras på två hälsoekonomiska analyser som visar att besparingarna för hälso- och sjukvården att ge rökslutarstöd till personer som ska genomgå en operation är lika stora eller större än kostnaderna för rökslutarstödet [73–74]. Ytterligare en hälsoekonomisk analys har visat på måttliga besparingar som följd av minskade lungrelaterade komplikationer för personer som har slutat röka inför operation [75].

En del av hälso- och sjukvårdens kostnader för riskbruk av alkohol är kostnader orsakade av olyckor i samband med alkoholintag, och det är kostnader som kan minska redan på kort sikt. Även om storleken på dessa kostnader kan antas vara av betydelse, är de mycket svåra att uppskatta, eftersom det saknas information om vårdkostnader direkt beroende av alkoholintag.

Kostnader för läkemedel mot högt blodtryck och blodfettsubbning kan minska redan på kort sikt, om hälso- och sjukvården avvaktar med att sätta in läkemedel och i stället erbjuder rådgivande samtal för att öka den fysiska aktiviteten som första insats. Att skjuta upp behandling med läkemedel kan leda till följande:

- Minskade läkemedelskostnader på 200–300 kronor per år och person med högt blodtryck.
- Minskade läkemedelskostnader på 200 kronor per år och person med måttliga blodfettsubbningar, och som behandlas med läkemedel (statiner) i den lägre prisklassen (0,50 kronor per dag).

Även åtgärder för att främja hälsosamma matvanor kan ge potentiella besparingar i minskad läkemedelsanvändning (diabetesmedicin, blodtryckssänkande läkemedel, blodfettssänkande läkemedel och analgetika) samt minskade komplikationer vid graviditet.

4. Indikatorer för sjukdomsförebyggande metoder

När man arbetar med sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder i hälso- och sjukvården ska man, som inom all annan hälso- och sjukvård, hela tiden arbeta med att förbättra kvalitet, effektivitet och patient-säkerhet. Det framgår bland annat av föreskrifterna om *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9).

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården är angelägen för en rad intressenter, såväl befolkning, patienter och närstående som hälso- och sjukvårdens personal och ledningsansvariga, samt sjukvårdshuvudmännens politiska och administrativa ledningar och regeringen.

Indikatorerna speglar kvaliteten i hälso- och sjukvården

Indikatorer för uppföljning, jämförelser och förbättringar
Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar vårdens praxis.

Socialstyrelsen utarbetar indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer. Indikatorerna är mått som avser att spegla kvaliteten och ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens strukturer, processer, resultat och kostnader. En indikator ska vara tydlig, pålitlig, mätbar, accepterad och möjlig att registrera kontinuerligt i informationssystem såsom register och andra datakällor.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- möjliggöra *uppföljning* av vårdens utveckling av strukturer, processer, resultat och kostnader över tid, lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra *jämförelser* av vårdens strukturer, processer, resultat och kostnader över tid, lokalt, regionalt, nationellt och internationellt

- initiera *förbättringar* av vårdens kvalitet på lokal, regional och nationell nivå
- öka tillgängligheten till information (öppna redovisningar) om vårdens strukturer, processer, resultat och kostnader för de olika intressenterna.

Socialstyrelsens arbete med att utveckla indikatorer bedrivs enligt en modell som togs fram inom det nationella info-VU-projektet (informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) och som publicerades år 2005 [76]. Modellen innebär att man utgår från relevanta kunskapsunderlag och utformar indikatorerna i ett konsensusförfarande med medicinska experter och övriga intressenter. Enligt modellen ska en indikator för god vård ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Med begreppet god vård menas att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid [76].

Tre olika typer av indikatorer

Det finns tre typer av indikatorer. Tabellen nedan beskriver de olika typerna.

Tabell 5. Tre olika typer av indikatorer

Typ av indikator	Beskrivning	Kommentar
Strukturindikatorer	Speglar förutsättningarna för god hälso- och sjukvård, exempelvis organisation, bemanning, kompetens och rutiner (det vill säga det man har att tillgå).	I dessa riktlinjer finns inga strukturindikatorer. Socialstyrelsen kommer dock att beakta strukturella faktorer i uppföljningen, så att man därmed kan få mer kunskap om dessa.
Processindikatorer	Speglar vårdverksamheten som utförs (det vill säga vad som görs i vården, och när och hur).	I dessa riktlinjer är alla processindikatorer en direkt funktion av, och kan härledas till, rekommendationerna i riktlinjerna.
Resultatindikatorer	Följer och visar förbättringen eller förändringen i patientens hälsa, eller faktorer som påverkar hälsa, som kan tillskrivas de åtgärder som görs i vården (det vill säga vad som uppnås).	I dessa riktlinjer utgörs resultatindikatorerna av andelen patienter som har förbättrat sina levnadsvanor efter att de har fått en åtgärd.

Socialstyrelsen har tagit fram nio nationella indikatorer för *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Det kan naturligtvis krävas fler indikatorer för att kunna följa upp verksamheternas innehåll, kvalitet och resultat när det gäller sjukdomsförebyggande åtgärder. Socialstyrelsens indikatorer avser dock att spegla de viktigaste aspekterna av rekommendationerna i riktlinjerna.

Utvecklingsarbete krävs för uppföljning på nationell nivå

Utveckling av datakällor

Det saknas i dag datakällor inom det specifika riktlinjeområdet för att kontinuerligt följa de framtagna indikatorerna på nationell nivå. Därför är samtliga indikatorer i detta riktlinjearbete utvecklingsindikatorer. Med utvecklingsindikator menas att det behövs ytterligare utvecklingsarbete för att kunna följa upp dem på nationell nivå. Andra förutsättningar kan dock råda på regional och lokal nivå så att uppföljning är möjlig.

För att möjliggöra en kontinuerlig uppföljning av riktlinjerna är det angeläget att uppgifter för att följa indikatorerna kan dokumenteras i journalsystem eller i andra patientadministrativa system. Ur sådana system kan man sedan hämta statistik för uppföljning på lokal, regional och nationell nivå. Dokumentation i journalen av insatta åtgärder och andra uppgifter av betydelse för hälsotillståndet är ett krav som framgår av patientdatalagen (2008:355). Däremot finns inget lagstöd för att registrera levnadsvanor i de hälsodataregister som finns på Socialstyrelsen.

Uppföljning av arbetet med sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsen har angett en hälsoinriktad hälso- och sjukvård som ett viktigt nationellt uppföljningsområde [77].

Socialstyrelsen kommer under år 2012 påbörja ett arbete för att följa upp hur landsting och kommuner har mottagit och använt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder för att påverka tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor. Uppföljningen ska också omfatta hur riktlinjeindikatorerna har tillämpats och använts.

Befolkningens levnadsvanor kan följas med hjälp av befolkningsenkäter som till exempel Statens folkhälsoinstituts nationella enkät *Hälsa på lika villkor* [78].

Resultatindikatorerna avser att följa upp resultatet för de patienter som har fått en åtgärd för att förbättra en ohälsosam levnadsvana. För detta behöver levnadsvanan uppskattas och dokumenteras, dels före eller vid start av åtgärden, dels vid uppföljning av åtgärden, till exempel 6–12 månader efter att den är avslutad. Uppskattningen kan till exempel genomföras med hjälp av de föreslagna frågorna i bilagan *Indikatorer*. Bilagan finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Processindikatorerna avser att följa upp hur stor andel patienter med en ohälsosam levnadsvana som har fått en åtgärd. För detta behöver insatta åtgärder dokumenteras. Här föreslås att nämnaren utgörs av olika patientgrupper. Patientgrupperna kan till exempel följas utifrån diagnos, åldersgrupp, besök vid en viss mottagning eller besök under en viss tidsperiod.

För att kunna följa upp indikatorerna på nationell nivå krävs ett fortsatt utvecklingsarbete. Socialstyrelsen kommer att arbeta med att ta fram åtgärds-koder (KVÅ-koder) som är direkt anpassade till riktlinjerna för att underlätta enhetlig dokumentation, och kommer även på andra sätt stödja implementeringen av riktlinjerna och det fortsatta utvecklingsarbetet som behövs för att möjliggöra uppföljning. Detta arbete kommer att ske i samverkan med huvudmännen så att uppföljning kan göras på enklaste sätt och med respekt för uppgiftslämnare. Integritetsfrågor som kan finnas i samband med insamling av data kommer att beaktas. Uppföljningen av indikatorerna på nationell nivå kommer till att börja med att göras med hjälp av enkäter. Uppföljningen kan komma att medföra vissa justeringar av riktlinjernas indikatorer.

Mått på levnadsvanor

Socialstyrelsen har tagit fram ett antal mått på levnadsvanor, i form av frågor riktade till patienter (se bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats). Måtten har tagits fram för att användas som underlag för resultat- och processindikatorerna. Frågorna kan också användas som ett hjälpmedel i följande sammanhang:

- i samband med samtal om levnadsvanor med patienter
- för att kunna hitta de patienter som har störst behov av att förändra sina levnadsvanor (en fördjupad utredning kan dock krävas)
- för att kunna följa upp förändring av levnadsvanor efter åtgärder, både på individ- och gruppnivå.

Valet av mått på levnadsvanor har skett utifrån en sammanvägning av

krav på innehåll, säkerhet i mätbarhet samt möjlighet att ha med frågan exempelvis i en ordinarie datoriserad journal. Det är en svår och viktig balans mellan enkelhet (och tidsbesparing) och informationsvärde. Motivering till de valda måtten finns utförligare beskrivet i bilagan *Indikatorer*, som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats. De valda måtten presenteras nedan.

Tobaksbruk

Tobakskonsumtionen mäts i cigaretter per dag och snusdosor per vecka. Konsumtionen brukar vara ganska konstant från dag till dag respektive vecka till vecka. De frågor som Socialstyrelsen har tagit fram tar upp både rökning och snusning. Att snusa innebär inte lika stor risk för den framtida hälsan som att röka. Dock finns det färre studier av snusets långtidsrisker och det är därför viktigt att det också finns med en fråga om snus för att kunna följa upp även snusning. För piprökare kan tobakskonsumtionen omräknas till antal cigaretter per dag. För vattenpipa finns inga etablerade mått på konsumtionen.

Alkoholkonsumtion

Alkoholkonsumtion kan man studera utifrån kvantitet, frekvens och variation (dryckesmönster). Kvantitet och frekvens kombineras ofta i ett volymmått, exempelvis mängd per vecka. Traditionellt sett har fokus legat på att skatta veckovolym, eftersom detta betraktas som den viktigaste faktorn för hälsoproblem till följd av alkoholkonsumtion. En ökad betoning på alkoholens mer akuta, eller omedelbara, konsekvenser har lett till ett större intresse för att studera dryckesmönster. Intensivkonsumtion eller berusningsdrickande, det vill säga att dricka en större mängd vid ett och samma tillfälle, betraktas som en viktig riskfaktor för olycksfall och våld, och diskuteras alltmer även som en riskfaktor för många andra hälsokonsekvenser.

De två valda frågorna som Socialstyrelsen har tagit fram för alkoholkonsumtion återspeglar de två grundläggande aspekterna veckovolym och intensivkonsumtion.

Fysisk aktivitet

De två frågor om fysisk aktivitet som Socialstyrelsen har tagit fram efterfrågar total tid av fysisk aktivitet under en vecka. Den första frågan gäller fysisk träning (exempelvis löpning, motionsgymnastik och bollsport) och den andra frågan gäller vardagsmotion (exempelvis promenader, cykling

och trädgårdsarbete). Resultatet från de två frågorna om fysisk aktivitet vägs samman till ett gemensamt mått som vi har valt att kalla aktivitetsminuter. Tiden i den mer intensiva aktiviteten räknas dubbelt.

Frågorna avser att även kunna fånga upp stegvisa förbättringar och inte bara om en person är tillräckligt fysiskt aktiv eller inte. Det vill säga förbättringar även hos de personer som är minst aktiva och som inte uppnår den rekommenderade aktivitetsnivån. Att måttet kan fånga upp förändringar hos de minst aktiva är viktigt, eftersom just dessa personer har mest att vinna på att öka sin aktivitetsnivå.

Matvanor

Livsmedelsverket undersöker regelbundet förändringar i befolkningens matvanor. Utifrån Livsmedelsverkets frågor om matvanor till befolkningen har Socialstyrelsen utarbetat fem enkla frågor om matvanor.

För att göra frågorna enkla uppskattas kostintaget enbart utifrån frekvens, men inte kvantitet. Eftersom kostintaget är komplext kan inte enskilda kostfaktorer värderas separat. En enkel riskvärdering bygger därför på en sammantagen värdering av samtliga frågor. Målsättningen med frågorna är att de ska fånga upp dem med störst behov av att förbättra sina matvanor.

Redovisning av indikatorer

Samtliga indikatorer är utvecklingsindikatorer, eftersom det i dagsläget saknas nationella datakällor. Indikatorerna presenteras i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Indikatorerna redovisas i matriser i enlighet med exemplet nedan.

Utvecklingsindikator: Åtgärd personen fått för att bli rökfri.

Motivering för val av indikator (relevans): Rökning ökar risken för ett stort antal sjukdomar och förtida död.

Led i vårdkedjan: Hela vårdkedjan inom hälso- och sjukvården.

Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

Processmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla eller tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Andel rökare som fått a) enkla råd b1) rådgivande samtal b2) rådgivande samtal med särskild uppföljning c) kvalificerat rådgivande samtal d) proaktiv telefonrådgivning e) webb- eller datorbaserad rådgivning	<i>Täljare:</i> Antalet rökare som fått åtgärden a), b1), b2), c), d) eller e). <i>Nämnaire:</i> Antalet rökare i aktuell patientgrupp.	Lokal registrering.	Lokal databas, exempelvis journaldatabas.		– Diagnos eller tillstånd – Sjukhus eller vårdinrättning – Geografiskt område, t.ex. landsting eller kommun – Jämlig vård, t.ex. kön, ålder eller socioekonomisk grupp – Tidsserier

Kommentar: Åtgärder i fet stil är de som rekommenderas för vuxna dagligrökare.

Indikatorer

I processindikatorerna ingår de flesta åtgärder som har utvärderats inom ramen för riktlinjerna. De åtgärder som bör erbjudas är markerade i fet stil.

TOBAKSBRUK

- Utvecklingsindikator 1. Andelen
- a) rökare* som slutat röka efter åtgärd
 - b) gravida eller ammande snusare som slutat snusa efter åtgärd
- Utvecklingsindikator 2. Andelen rökare* som fått
- a) enkla råd
 - b1) rådgivande samtal
 - b2) rådgivande samtal med särskild uppföljning
 - c) **kvalificerat rådgivande samtal**
 - d) **proaktiv telefonrådgivning**
 - e) webb- eller datorbaserad rådgivning
- Utvecklingsindikator 3. Andelen gravida eller ammande snusare som fått
- b) **rådgivande samtal**

RISKBRUK AV ALKOHOL

- Utvecklingsindikator 4. Andelen personer med riskbruk av alkohol som inte längre har ett riskbruk efter åtgärd
- Utvecklingsindikator 5. Andelen med riskbruk av alkohol som fått
- a) enkla råd
 - b1) **rådgivande samtal**
 - b2) rådgivande samtal med särskild uppföljning
 - c) kvalificerat rådgivande samtal
 - e) **webb- eller datorbaserad rådgivning**

* För vuxna avses dagligrökare. För gravida, ammande, personer som ska opereras, föräldrar och andra vårdnadshavare samt ungdomar under 18 år gäller även mer sporadisk rökning.

OTILLRÄCKLIG
FYSISK AKTIVITET

- Utvecklingsindikator 6. Andelen personer med otillräcklig fysisk aktivitet (< 150 aktivitetsminuter/vecka) som inte längre har otillräcklig fysisk aktivitet efter åtgärd
- Utvecklingsindikator 7. Andelen med otillräcklig fysisk aktivitet som fått
- a) enkla råd
 - b1) rådgivande samtal
 - b2) **rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination**
 - b3) **rådgivande samtal med tillägg av stegräknare**
 - b4) **rådgivande samtal med särskild uppföljning**
 - c) kvalificerat rådgivande samtal
 - d) fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram

OHÄLSOSAMMA
MATVANOR

- Utvecklingsindikator 8. Andelen personer med betydande ohälsosamma matvanor (poäng 0–4), som inte längre har betydande ohälsosamma matvanor (5 poäng eller mer) efter åtgärd
- Utvecklingsindikator 9. Andelen personer med betydande ohälsosamma matvanor som fått
- a) enkla råd
 - b1) rådgivande samtal
 - b2) rådgivande samtal med särskild uppföljning
 - c) **kvalificerat rådgivande samtal**

5. En hälsoorienterad hälso- och sjukvård

I det här kapitlet sätts riktlinjerna i relation till den övergripande hälsoorienteringen av hälso- och sjukvården, som riksdagen har beslutat om och som WHO:s medlemsländer arbetar för.

Här beskrivs också vikten av att hälso- och sjukvården använder ett hälsofrämjande förhållningssätt i det sjukdomsförebyggande arbetet. Kapitlet tar även upp att det finns vissa etiska problem som kan uppstå i hälsoarbetet och vad som är viktigt att ta hänsyn till när man ställer frågor och utformar samtal om levnadsvanor.

Hälsoorientering som övergripande mål för hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är en del av en process där hälsoorientering får en allt centralare ställning inom hälso- och sjukvården. Processen mot en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård startades med 1982 års hälso- och sjukvårdslag. I den ändrades den tidigare benämningen *sjukvård* till *hälso- och sjukvård*, med målet en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälsoorienteringen av hälso- och sjukvården innebär att ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv genomsyrar hela hälso- och sjukvården och är en självklar del i all vård och behandling.

Socialstyrelsen anser att hälsoorientering utgör ett centralt område för uppföljning och verksamhetsutveckling för hälso- och sjukvården [77]. En mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård är även ett mål för WHO:s medlemsländer [79].

En hälsoorientering av hälso- och sjukvården är också en del av den nationella folkhälsopolitiken och anges i propositionen *Mål för folkhälsan*, där riksdagen har antagit elva målområden. Målområde 6 är hälsofrämjande hälso- och sjukvård (prop. 2002/03:35). Detta målområde har en tydlig koppling till WHO:s vision om hälsoorientering. Riksdagen har senare bekräftat inriktningen mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård när den antog propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110).

Att fråga patienter om levnadsvanor

För att kunna erbjuda stöd till personer som behöver hjälp att förändra ohälsosamma levnadsvanor behöver vårdpersonalen ställa frågor om dessa. Det finns också ett stort intresse i befolkningen av att prata om levnadsvanor med hälso- och sjukvårdens personal. I befolkningsenkäten *Vårdbarometern* [80] anger 74 procent att de tycker det är positivt att läkare eller annan vårdpersonal diskuterar levnadsvanor vid besök i vården.

De levnadsvanor som ingår i riktlinjerna har ett samband med många olika hälsoproblem. Hos personer som redan har symtom som är relaterade till en ohälsosam levnadsvana är frågor om levnadsvanor oftast en naturlig och relevant del i anamnesen, både för patient och för sjukvårdspersonal.

Men riktlinjerna betonar också vikten av att förebygga sjukdom hos personer som ännu inte har utvecklat symtom eller sjukdom på grund av en ohälsosam levnadsvana. Socialstyrelsen anser att även dessa personer har rätt att få kunskap om att de har en ohälsosam levnadsvana och om möjligheter att påverka denna och därigenom minska risken att bli sjuk. Det kan jämföras med hur vården identifierar, informerar och behandlar patienter med till exempel högt blodtryck eller blodfetterrubbingar. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen kan behöva ta initiativ till att diskutera och ställa frågor om levnadsvanor, även när det inte finns en uppenbar koppling till den sjukdom eller de besvär som patienten söker för.

Som vid all annan diagnostik och behandling bör arbetet med att identifiera ohälsosamma levnadsvanor ske på ett sätt som upplevs relevant för patienten. Ibland kan det finnas särskilda skäl att inte beröra frågan. Därför behöver vårdpersonalen alltid göra en enskild bedömning av när och hur frågorna ska ställas, så att det sker på bästa möjliga sätt och med lyhördhet för patientens förväntningar och värderingar.

Hälsofrämjande förhållningssätt vid samtal om levnadsvanor

Patienter som har ohälsosamma levnadsvanor bör erbjudas stöd enligt rekommendationerna i riktlinjerna, med någon form av samtal – rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal (se kapitel 2, *Centrala rekommendationer*). När hälso- och sjukvårdspersonal inleder ett samtal om levnadsvanor är det viktigt att vara lyhörd för patientens inställning till ett sådant samtal. Annars finns det en risk att patienten upplever samtalet som integritetskränkande och att det därför inte hjälper patienten [81–82].

De olika formerna av rådgivande samtal kan vara mer eller mindre häl-

sofrämjande. Med hälsofrämjande samtal menas att de stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den. Ett hälsofrämjande samtal stärker patientens egenmakt (empowerment) och gör att patienten får en central roll i sin egen hälsoutveckling. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i ett sådant samtal är framför allt att ge patienten kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling.

Ett sådant hälsofrämjande förhållningssätt är viktigt i alla vårdsituationer, men det är särskilt viktigt om behandlingen innebär att patienten behöver ändra sina levnadsvanor, det vill säga ändra på vardagliga rutiner och invanda beteenden.

Vid de flesta metoder som i dessa riktlinjer benämnts som kvalificerat rådgivande samtal tillämpas ett hälsofrämjande förhållningssätt på ett systematiskt och strukturerat sätt. Detta förhållningssätt bör dock också ligga till grund för rådgivande samtal. Det innebär att samtalet utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan, och som tar hänsyn till patientens motivation till förändring. Om patienten till exempel inte är motiverad kan det vara bättre att fortsätta dialogen vid ett senare tillfälle.

Tillämpas inte ett hälsofrämjande förhållningssätt finns en risk att hälso- och sjukvården i sitt arbete med att förebygga sjukdomar i stället skapar ohälsa, obehag och skuldbeläggning. Ställer vårdpersonalen för stora krav på patienten uppnås i regel inte heller någon beteendeförändring, och patienten kan reagera med försämrad självtillit, och därmed riskera en försämrad hälsa [83].

När vårdpersonalen använder ett hälsofrämjande förhållningssätt känner sig patienten i stället respekterad och lyssnad på, och stärkt i tron på sin egen förmåga.

Projektorganisation

Projektledning

Mette Axelsen	ordförande i faktagruppen matvanor 2008–2009, medicine doktor, universitetslektor, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Preben Bendtsen	ordförande i faktagruppen alkohol, professor Linköpings universitet, läkare
Maria Branting Elgstrand	delprojektledare för det vetenskapliga underlaget, Socialstyrelsen
Hans Gilljam	ordförande i faktagruppen tobak, professor, Karolinska institutet, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Lars Hagberg	medicine doktor, hälsoekonom, Örebro läns landsting
Margareta Kristenson	medicinskt sakkunnig och ordförande i indikatorgruppen, professor, överläkare, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet
Sven Larsson	medicinskt sakkunnig, läkare, Örebro läns landsting
Ingrid Larsson	ordförande i faktagruppen matvanor 2009–2011, medicine doktor, dietist, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Kerstin Nordstrand	projektledare, Socialstyrelsen
Annica Sohlström	ordförande i faktagruppen matvanor 2007–2008 och 2010, docent, avdelningschef, Livsmedelsverket
Agneta Ståhle	ordförande i faktagruppen fysisk aktivitet, docent, sjukgymnast, Karolinska institutet
Håkan Thorsén	docent, universitetslektor (filosofi), Örebro universitet

Lars Weinehall	ordförande i prioriteringsgruppen, professor, Umeå universitet
<i>Andra medverkande</i>	
Kristina Eklund	metod- och kvalitetsansvarig, Socialstyrelsen
Lars Lindholm	hälsoekonom, professor, Umeå universitet
Emil Löfroth	hälsoekonom, Socialstyrelsen
Charlotta Munter	kommunikatör, Socialstyrelsen
Linn Cederström	kommunikatör, Socialstyrelsen
Hanna Olofsson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
David Svärd	kommunikatör, Socialstyrelsen
Lena Weilandt	enhetschef, Socialstyrelsen
Göran Wennergren	professor, överläkare, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset
<i>Arbetet med det vetenskapliga underlaget – faktagrupp tobak</i>	
Hans Gilljam	professor, Karolinska institutet, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Agneta Hjalmarson	docent, psykolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Barbro Holm Ivarsson	psykolog, konsult
Lena Lundh	doktorand, sjuksköterska, Karolinska institutet
Lars-Göran Persson	medicine doktor, läkare, Habo vårdcentral och Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
<i>Arbetet med det vetenskapliga underlaget – faktagrupp alkohol</i>	
Peter Allebeck	professor, överläkare, Karolinska institutet och Stockholms läns landsting
Preben Bendtsen	professor, läkare, Linköpings universitet

Mona Göransson	medicine doktor, barnmorska, Con- turkliniken, Stockholm
Kent Johnsson	medicine doktor, lektor, forskare, Malmö högskola
Åsa Magnusson	doktorand, Karolinska institutet, läkare, Karolinska universitets- sjukhuset, Huddinge
Per Nilsen	docent, civilekonom, Linköpings uni- versitet
Fredrik Spak	docent, Sahlgrenska akademien, Gö- teborgs universitet, överläkare, Göte- borgs primärvård
Henriettae Ståhlbrandt	medicine doktor, University of Wash- ington, Seattle, USA, läkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö
<i>Arbetet med det vetenskapliga underlaget – faktagrupp fysisk aktivitet</i>	
Ulrika Berg	medicine doktor, läkare, Astrid Lind- grens barnsjukhus, Karolinska uni- versitetssjukhuset, Solna
Mats Börjesson	docent, Sahlgrenska akademien, över- läkare, Östra sjukhuset
Åsa Cider	medicine doktor, lektor, sjukgymnast, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Eva Denison	medicine doktor, docent, sjukgym- nast, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, Oslo, Norge
Margareta Emtner	docent, universitetslektor, sjukgym- nast, Uppsala universitet
Johan Faskunger	filosofie doktor (beteendevetenskap)
Mai-Lis Hellenius	professor, Karolinska institutet, över- läkare, Karolinska universitetssjuk- huset, Solna
Ann Josefsson	docent, överläkare, Universitetssjuk- huset i Linköping

Lena Kallings	medicine doktor, Uppsala universitet, forskare, Karolinska institutet
Matti Leijon	medicine doktor, forskningskoordinator levnadsvanor, Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne/Lunds universitet
Hans Lingfors	medicine doktor, läkare, primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Mattias Lorentzon	docent, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, läkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölndal
Christina Opava	professor, sjukgymnast, Karolinska institutet, och Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Agneta Ståhle	docent, sjukgymnast, Karolinska institutet
Jill Taube	överläkare, Centrum för allmänmedicin, Huddinge
Carin Willén	medicine doktor, sjukgymnast, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
<i>Arbetet med det vetenskapliga underlaget – faktagrupp matvanor</i>	
Mette Axelsen	medicine doktor, universitetslektor, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Anders Forslund	medicine doktor, läkare, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
Ulf Holmbäck	medicine doktor, forskare, Uppsala universitet
Nina Jansson	medicine doktor, forskare, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Elisabeth Kylberg	docent, nutritionist, lektor, Högskolan i Skövde
Ingrid Larsson	medicine doktor, dietist, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Hans Lingfors	medicine doktor, läkare, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Birgitta Lorefält	medicine doktor, universitetslektor, sjuksköterska, Hälsouniversitetet, Linköping
Annica Sohlström	docent, avdelningschef, Livsmedelsverket
Susan Wilhelmsson	medicine doktor, sjuksköterska, FoU-handledare, FoU-enheten för närsjukvård, Linköping
<i>Indikatorgrupp</i>	
Emma Bergmark	projektledare indikatorgruppen, Socialstyrelsen
Margareta Kristenson	ordförande indikatorgruppen, professor, överläkare, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet
Matti Leijon	medicine doktor, forskningskoordinator levnadsvanor, Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne/Lunds universitet
Per Nilsen	docent, civilekonom, Linköpings universitet
Lars-Göran Persson	medicine doktor, läkare, Habo vårdcentral och Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
Elisabeth Rothenberg	medicine doktor, dietist, lektor, Sahlgrenska universitetssjukhuset
<i>Prioriteringsgrupp</i>	
Eva Andersen Karlsson	docent (invärtesmedicin), överläkare, Södersjukhuset
Heléne Bertéus Forslund	medicine doktor, lektor, dietist, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet
Marie Blomberg	docent (kvinnors och barns hälsa), överläkare, Universitetssjukhuset i Linköping
David Chalom	medicine doktor, överläkare, ortopedkliniken, Länssjukhuset i Halmstad

Lena-Karin Erlandsson	docent, arbetsterapeut, Lunds universitet
Eva Furuland	sjuusköterska (skolhälsovården), Uppsala kommun
Karin Gisselman	sjuusköterska (företagshälsovården), Stockholm
Ingegärd Hemmingsson	distriktssköterska, Praktikertjänst, Stockholm
Ragnhild Ivarsson Walther	läkare (företagshälsovården), Norrköping
Lars Jacobsson	professor, överläkare, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Lars Jerdén	medicine doktor, läkare, Vårdcentral Jakobsgårdarna, Borlänge
Miia Kivipelto	docent, Karolinska institutet-, och minnesmottagningen, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
Matz Larsson	medicine doktor, överläkare, Lungkliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Staffan Lindeberg	docent, läkare, Vårdcentralen S:t Lars, Lund
Christina Lindgren	läkare (skolhälsovården), överläkare, barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Helsingborgs lasarett
Susan Lindström	sjukgymnast, Stockholm
Jan Lisspers	professor, psykolog, psykoterapeut, Mittuniversitetet
Margaretha Magnusson	medicine doktor, sjuusköterska (barnhälsovården), Akademiska sjukhuset
Katarina Ossiannilsson	sjukgymnast, ortopediska kliniken, Skånes universitetssjukhus
Maud Ramsby	barnmorska, Landstinget Gävleborg, primärvården norra Hälsingland
Antonia Reuter	psykolog (mödra- och barnhälsovården), primärvården Göteborg
Herbert Sandström	medicine doktor, lektor, läkare (allmänmedicin), Umeå universitet

Lilian Setic

distriktssköterska, Norrfjärdens vårdcentral, Piteå

Frode Slinde

docent, dietist, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Björn Wettergren

medicine doktor, läkare, primärvården Södra Bohuslän

Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
1	Dagligrökning hos vuxen <i>Enkla råd</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har viss effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 3, 4, 5, 6).	6
2	Dagligrökning hos vuxen <i>Enkla råd, nikotinläkemedel och telefonrådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har måttlig effekt.	4
3	Dagligrökning hos vuxen <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 4, 5, 6).	5
4	Dagligrökning hos vuxen <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har ännu bättre effekt (rad 5, 6).	3
5	Dagligrökning hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal (individuellt)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt.	2
6	Dagligrökning hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal (i grupp)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentarer: Vid jämförelse med individuellt kvalificerat rådgivande samtal (rad 5) är kostnaden sannolikt lägre, och effekten är sannolikt inte sämre.	2
7	Dagligrökning hos vuxen <i>Proaktiv telefonrådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har ännu bättre effekt (rad 5, 6).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
8	Dagligrökning hos vuxen <i>Webb- och datorbaserad rådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har måttlig till stor effekt. Kommentar: Rangordningen är förhållandevis låg eftersom åtgärden kan ha väldigt skiftande innehåll. Ytterligare studier behövs för att tydliggöra hur åtgärden bör utformas för att ge bäst effekt.	5
9	Dagligrökning hos vuxen <i>Rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig till stor effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som bör prövas i första hand (rad 4, 5, 6) eftersom nikotinläkemedel är förknippat med risk för biverkningar.	5
10	Dagligrökning hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som bör prövas i första hand (rad 4, 5, 6) eftersom nikotinläkemedel är förknippat med risk för biverkningar.	4
11	Dagligrökning hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av Vareniklin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som bör prövas i första hand (rad 4, 5, 6, 10), eftersom Vareniklin kan ge allvarliga biverkningar.	5
12	Dagligrökning hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av Bupropion</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som bör prövas i första hand (rad 4, 5, 6, 10), eftersom Bupropion kan ge biverkningar.	6
13	Dagligrökning hos vuxen <i>Rökavvänjning med snus</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Hälso- och sjukvården bör inte rekommendera snus eftersom det medför en något till måttligt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Det finns andra effektiva åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har vetenskapligt stöd (rad 3, 4, 5, 6).	Icke-göra
14	Dagligrökning hos vuxen <i>Aversionsterapi (rapid smoking)</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt. Kommentar: Åtgärden är förknippad med biverkningar. Det finns andra effektiva åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har vetenskapligt stöd (rad 3, 4, 5, 6).	Icke-göra

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
15	Daglig rökning hos vuxen <i>Hypnos</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid daglig rökning hos vuxen som har vetenskapligt stöd (rad 3, 4, 5, 6).	10
16	Daglig rökning hos vuxen <i>Akupunktur</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid daglig rökning hos vuxen som har vetenskapligt stöd (rad 3, 4, 5, 6).	10
17	Daglig rökning hos vuxen med depression <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med depression är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 5, 6).	1
18	Rökning hos gravida <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Tillståndets svårighetsgrad är något större än för rökare generellt. Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan, risken för graviditetskomplikationer och hälsorisker för spädbarnet.	1
19	Rökning hos gravida <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid rökning hos gravida som kan ha bättre effekt (rad 18) och som sannolikt har en lägre kostnad.	5
20	Rökning hos gravida <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sannolikt inte har någon effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid rökning hos gravida som kan ha bättre effekt (rad 18, 19). Dessa åtgärder bör prövas i första hand eftersom nikotinläkemedel är förknippat med risk för biverkningar både för kvinnan och för fostret.	10
21	Rökning hos ammande <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder för rökare som har vetenskapligt stöd och stor effekt (rad 5, 6, 22).	10

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
22	Rökning hos ammande <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan och för spädbarnet. Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för ammande kvinnor som röker. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 5,6).	1
23	Rökning hos förälder/annan vårdnadshavare <i>Enkla råd</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på exponering för tobaksrök hos barnet. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för föräldern och för barnet. Det finns andra effektiva åtgärder vid rökning hos föräldrar som minskar exponeringen för tobaksrök hos barnet och som har vetenskapligt stöd (rad 24, 25).	Icke- göra
24	Rökning hos förälder/annan vårdnadshavare <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för föräldern och för barnet. Det finns andra åtgärder vid rökning hos föräldrar som har bättre effekt (rad 25).	3
25	Rökning hos förälder/annan vårdnadshavare <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för föräldern och för barnet.	2
26	Rökning hos ungdomar under 18 år <i>Enkla råd</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid rökning hos ungdomar som har vetenskapligt stöd (rad 28).	10
27	Rökning hos ungdomar under 18 år <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid rökning hos ungdomar som har vetenskapligt stöd (rad 28).	10
28	Rökning hos ungdomar under 18 år <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det är den bästa åtgärden för ungdomar av de utvärderade alternativen.	2

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
29	Rökning hos ungdomar under 18 år <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt. Kommentar: Nikotinläkemedel är inte testat på barn och ungdomar. Det finns andra effektiva åtgärder vid rökning hos ungdomar som har vetenskapligt stöd (rad 28).	10
30	Rökning hos ungdomar under 18 år <i>Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av andra läkemedel än nikotinläkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt. Kommentar: Läkemedlen (Vareniklin och Bupropion) är inte testade på barn och ungdomar. Studier på vuxna har visat att båda läkemedlen kan ge allvarliga biverkningar. Det finns andra effektiva åtgärder vid rökning hos ungdomar som har vetenskapligt stöd (rad 28).	FoU
31	Rökning hos vuxen som ska genomgå en operation <i>Rådgivande samtal (med eller utan tillägg av nikotinläkemedel)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt vid operationstillfället, men inte tycks ha långvariga effekter. Kommentar: Vid bedömningen av tillståndets svårighetsgrad är hänsyn tagen även till risken för komplikationer vid operationsingreppet samt vid efterförloppet. Det finns andra åtgärder vid dagligrökning hos vuxna som ska opereras som har bättre effekt (rad 32).	4
32	Rökning hos vuxen som ska genomgå en operation <i>Kvalificerat rådgivande samtal (med eller utan tillägg av nikotinläkemedel)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad, och att åtgärden har stor effekt vid operationstillfället och på längre sikt. Kommentar: Vid bedömningen av tillståndets svårighetsgrad är hänsyn tagen även till risken för komplikationer vid operationsingreppet samt vid efterförloppet.	1
33	Dagligrökning hos vuxen med cancer <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad, men att åtgärden endast har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som har bättre effekt (rad 34, 5, 6). Dock är det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med cancer otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 3). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 3).	4

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
34	Dagligrökning hos vuxen med cancer <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med cancer är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 5, 6).	1
35	Dagligrökning hos vuxen med hjärt-kärlsjukdom <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (< 1 månad)</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid rökning hos personer med hjärt-kärlsjukdom som har bättre effekt (rad 36).	10
36	Dagligrökning hos vuxen med hjärt-kärlsjukdom <i>Kvalificerat rådgivande samtal (med uppföljning > 1 månad)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Tillståndets svårighetsgrad är något större än för rökare generellt.	1
37	Dagligrökning hos vuxen med diabetes <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som har bättre effekt (rad 38, 5, 6). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med diabetes. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 3). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 3).	4
38	Dagligrökning hos vuxen med diabetes <i>Kvalificerat rådgivande samtal (med eller utan tillägg av läkemedel)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med diabetes är svagt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (5, 6).	1

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
39	Daglig rökning hos vuxen med lungsjukdom <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som har bättre effekt vid daglig rökning hos personer med lungsjukdom (rad 40, 5, 6). Dock är det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med lungsjukdom otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 3). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 3).	4
40	Daglig rökning hos vuxen med lungsjukdom <i>Kvalificerat rådgivande samtal (med eller utan tillägg av läkemedel)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Tillståndets svårighetsgrad är något större än för rökare generellt.	1
41	Daglig rökning hos vuxen med schizofreni <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 5, 6).	1
42	Daglig snusning hos vuxen <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten till måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig till stor effekt.	7
43	Daglig snusning hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid snusning som har vetenskapligt stöd (rad 42, 46).	10
44	Daglig snusning hos vuxen <i>Rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att nikotinläkemedel inte tycks ha någon effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid snusning som har vetenskapligt stöd (rad 42, 46).	Icke-göra
45	Daglig snusning hos vuxen <i>Rådgivande samtal med tillägg av Bupropion</i>	Avgörande för rekommendationen är att Bupropion inte tycks ha någon effekt. Kommentar: Det finns risk för biverkningar av läkemedlet. Det finns andra effektiva åtgärder vid snusning som har vetenskapligt stöd (rad 42, 46).	FoU

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
45B	Dagligsnusning hos vuxen <i>Rådgivande samtal med tillägg av Vareniklin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har låg till måttlig svårighetsgrad. Kommentar: Det finns andra åtgärder som bör prövas i första hand (rad 42, 46), eftersom Vareniklin kan ge allvarliga biverkningar.	8
46	Dagligsnusning hos vuxen <i>Telefonrådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har låg till måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig till stor effekt.	7
47	Snusning hos gravida <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan och för fostret/spädbarnet. Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för gravida. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för snusare generellt (rad 42). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats högre än för snusare generellt (rad 42).	4
48	Snusning hos ammande <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan och för spädbarnet. Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för ammande. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för snusare generellt (rad 42). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats högre än för snusare generellt (rad 42).	4
49	Riskbruk av alkohol hos vuxen <i>Enkla råd</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt stöd för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid riskbruk hos vuxen som har vetenskapligt stöd (rad 50).	10
50	Riskbruk av alkohol hos vuxen <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt.	4
51	Riskbruk av alkohol hos vuxen <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten eller ingen effekt. Kommentar: Det finns ingen bevisad effekt av att lägga till särskild uppföljning till rådgivande samtal (rad 50), och kostnaden är högre.	7

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
52	Riskbruk av alkohol hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal.	7
53	Riskbruk av alkohol hos vuxen <i>Webb- och datorbaserad rådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt.	4
54	Bruk av alkohol hos gravida <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan och för fostret/spädbarnet.	2
55	Bruk av alkohol hos gravida <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte tycks ha effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid bruk av alkohol hos gravida som har vetenskapligt stöd (rad 54).	9
56	Riskbruk av alkohol hos föräldrar eller andra vårdnadshavare till spä- och småbarn <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för den vuxne och för spädbarnet. Riskbruk hos småbarnsföräldrar innebär, utöver samma risk som för andra vuxna, dessutom risk för försämrad omvårdnad och tillsyn av barnet. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för föräldrar. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3
57	Riskbruk av alkohol hos ung vuxen (18–29 år) <i>Brevbaserad feedback</i>	Avgörande för rekommendationen att åtgärden inte tycks ha någon effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid riskbruk av alkohol som har vetenskapligt stöd (rad 50, 58).	Icke-göra
58	Riskbruk av alkohol hos ung vuxen (18–29 år) <i>Webb- och datorbaserad rådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt.	4

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
59	Riskbruk av alkohol hos ung vuxen (18–29 år) <i>Kvalificerat rådgivande samtal (individuellt)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad men att åtgärden har liten effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid riskbruk av alkohol som har vetenskapligt stöd (rad 50, 58).	7
60	Riskbruk av alkohol hos ung vuxen (18–29 år) <i>Kvalificerat rådgivande samtal (i grupp)</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sannolikt inte har någon effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid riskbruk av alkohol som har vetenskapligt stöd (rad 50, 58).	10
61	Riskbruk av alkohol hos vuxen med olycksfallsskada <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden inte har någon säkerställd effekt på alkoholkonsumtionen.	7
62	Riskbruk av alkohol hos vuxen med kronisk smärta <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med kronisk smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3
63	Riskbruk av alkohol hos vuxen med kronisk smärta <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, och att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 62), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med kronisk smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
64	Riskbruk av alkohol hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3
65	Riskbruk av alkohol hos vuxen med övervikt/fetma <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, och att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 64), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6
66	Riskbruk av alkohol hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med högt blodtryck. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer riskbruk generellt (rad 50).	3
67	Riskbruk av alkohol hos vuxen med högt blodtryck <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt.	2

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
68	Riskbruk av alkohol hos vuxen med leverpåverkan <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt . Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med leverpåverkan. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för riskbruk generellt (rad 50).	3
69	Riskbruk av alkohol hos vuxen med leverpåverkan <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, och att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50 , 68), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med leverpåverkan. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6
70	Riskbruk av alkohol hos vuxen med hudsjukdom <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med hudsjukdom. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
71	Riskbruk av alkohol hos vuxen med hudsjukdom <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, och att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 70), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med hudsjukdom. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6
72	Riskbruk av alkohol hos vuxen med depression och ångest <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med ångest eller depression. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3
73	Riskbruk av alkohol hos vuxen med depression och ångest <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt.	4
74	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen <i>Enkla råd</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har vetenskapligt stöd (rad 75, 76, 77, 78, 79).	10
75	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen som har bättre effekt (rad 76, 77, 78).	4
76	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen <i>Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med tillägg av stegräknare (rad 77) och rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 78).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
77	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen <i>Rådgivande samtal med tillägg av stegräknare</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination (rad 76) och rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 78).	3
78	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt på fysisk aktivitet. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination (rad 76) och rådgivande samtal med tillägg av stegräknare (rad 77).	3
79	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är måttlig till hög. Kommentar: Åtgärden är inte bättre än de alternativa åtgärderna rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination (rad 76), rådgivande samtal med tillägg av stegräknare (rad 77) och rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 78) och har sämre kostnadseffektivitet.	8
80	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt på fysisk aktivitet. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har vetenskapligt stöd (rad 75, 76, 77, 78, 79).	10
82	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
83	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77).	2
84	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78).	2
85	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med övervikt/fetma <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att evidensstyrkan är låg.	7
86	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med övervikt/fetma <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har måttlig effekt och att evidensstyrkan är låg.	8
88	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 76, 77, 78, 89, 90). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med högt blodtryck. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
89	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med högt blodtryck är svagt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77).	2
90	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Tillståndets svårighetsgrad är något större än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt.	1
91	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med högt blodtryck <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig till stor effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräckligt fysisk aktivitet hos personer med högt blodtryck som har bättre effekt (rad 90).	6
92	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med högt blodtryck <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att evidensstyrkan är låg. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet vid högt blodtryck som har bättre effekt (rad 90).	8
94	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med diabetes <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 76, 77, 78, 89, 95, 96, 97). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med diabetes. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
95	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med diabetes <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet hos personer med diabetes som har bättre effekt (rad 97). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med diabetes. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76,77).	2
96	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med diabetes <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet hos personer med diabetes som har bättre effekt (rad 97). Åtgärden tycks inte ha effekt för män med diabetes, men har effekt för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78).	3
97	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med diabetes <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden tycks ha stor effekt på fysisk aktivitet. Kommentar: Tillståndets svårighetsgrad är något större än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt.	1
98	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med diabetes <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att evidensstyrkan är låg. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet hos personer med diabetes som har bättre effekt (rad 97).	8
100	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med ischemisk hjärtsjukdom <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder som har bättre effekt (rad 76, 77, 78, 101, 102). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med ischemisk hjärtsjukdom. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
101	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med ischemisk hjärtsjukdom <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med ischemisk hjärtsjukdom. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76,77).	2
102	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med ischemisk hjärtsjukdom <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med ischemisk hjärtsjukdom. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt. Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76,77).	2
103	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med ischemisk hjärtsjukdom <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden endast tycks ha liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 75, 76, 77, 78, 101, 102).	8
104	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med ischemisk hjärtsjukdom <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt stöd för att åtgärden har effekt på fysisk aktivitet. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 75, 76, 77, 78, 101,102).	10
105	Ohälsosamma matvanor hos vuxen <i>Enkla råd</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108).	10
106	Ohälsosamma matvanor hos vuxen <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt på matvanor. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108).	9

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
107	Ohälsosamma matvanor hos vuxen <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor hos vuxen som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108).	10
108	Ohälsosamma matvanor hos vuxen <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt.	3
110	Ohälsosamma matvanor hos gravida <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan och för fostret/spädbarnet. Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 112). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för gravida med ohälsosamma matvanor. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (106). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106).	8
111	Ohälsosamma matvanor hos gravida <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan och för fostret/spädbarnet. Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 112).	7
112	Ohälsosamma matvanor hos gravida <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Bedömningen av svårighetsgraden gäller både hälsorisker för kvinnan och för fostret/spädbarnet. Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärd specifikt för gravida med ohälsosamma matvanor är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2
114	Ohälsosamma matvanor hos barn och ungdomar <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor hos barn och ungdomar som har vetenskapligt stöd (rad 116).	10

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
115	Ohälsosamma matvanor hos barn och ungdomar <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor hos barn och ungdomar som har vetenskapligt stöd (rad 116).	10
116	Ohälsosamma matvanor hos barn och ungdomar <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt.	8
118	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden inte har någon säkerställd effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 119, 120). Åtgärden kan ha effekt på förändrade matvanor, men effekten är inte säkerställd. Däremot tycks den ha effekt på vikt.	8
119	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt på matvanor (rad 108, 120).	7
120	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med högt blodtryck <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med högt blodtryck. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2
122	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med blodfetsrubbningsar <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 124). Dock saknas vetenskapligt underlag specifikt för personer med blodfetsrubbningsar. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106).	8

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
123	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med blodfetsrubbningar <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108, 124).	10
124	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med blodfetsrubbningar <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt på matvanor. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfetsrubbningar är svagt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2
126	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med hjärt-kärlsjukdom <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 128). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med genomgången hjärtinfarkt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106).	8
127	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med hjärt-kärlsjukdom <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108, 126, 128).	10
128	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med hjärt-kärlsjukdom <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med genomgången hjärtinfarkt är svagt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
130	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt på matvanor. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 132). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106).	8
131	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt stöd för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108, 130, 132).	10
132	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med övervikt/fetma <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Tillståndets svårighetsgrad är större än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2
133	Daglig rökning hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid daglig rökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 4, 5, 6, 134, 135). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med högt blodtryck. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 3). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 3).	4

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
134	Daglig rökning hos vuxen med högt blodtryck <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid daglig rökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 5, 6, 135). Dock är det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med högt blodtryck svagt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 4). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 4).	3
135	Daglig rökning hos vuxen med högt blodtryck <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med högt blodtryck. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 5, 6).	1
136	Daglig rökning hos vuxen med blodfettssubbningar <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid daglig rökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 4, 5, 6, 137, 138). Dock saknas vetenskapliga underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfettssubbningar. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 3). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 3).	4
137	Daglig rökning hos vuxen med blodfettssubbningar <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid daglig rökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 5, 6, 138). Dock är det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfettssubbningar otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 4). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 4).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
138	Dagligrökning hos vuxen med blodfetsrubbningsar <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfetsrubbningsar. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 5, 6).	1
139	Dagligrökning hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 4, 5, 6, 140, 141). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 3). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 3).	4
140	Dagligrökning hos vuxen med övervikt/fetma <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid dagligrökning hos vuxen som har bättre effekt (rad 5, 6, 141). Dock saknas vetenskapligt underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 4). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för rökare generellt (rad 4).	3
141	Dagligrökning hos vuxen med övervikt/fetma <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med övervikt/fetma. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för rökare generellt (rad 5, 6). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för vuxna generellt (rad 5, 6).	1

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
142	Riskbruk av alkohol hos vuxen som ska genomgå en operation <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Vid bedömningen av tillståndets svårighetsgrad är hänsyn tagen även till risken för komplikationer vid operationsingreppet samt vid efterförloppet. Dock är det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer som ska opereras otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3
143	Riskbruk av alkohol hos vuxen som ska genomgå en operation <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 142), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Vid bedömningen av tillståndets svårighetsgrad är hänsyn tagen även till risken för komplikationer vid operationsingreppet samt vid efterförloppet. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer som ska opereras. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6
144	Riskbruk av alkohol hos vuxen med hjärt-kärlsjukdom <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med hjärt-kärlsjukdom. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
145	Riskbruk av alkohol hos vuxen med hjärt-kärlsjukdom <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 144), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med hjärt-kärlsjukdom. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6
146	Riskbruk av alkohol hos vuxen med cancer <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med cancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3
147	Riskbruk av alkohol hos vuxen med cancer <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 147), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med cancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
149	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med schizofreni <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 151). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106).	8
150	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med schizofreni <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108, 149, 151).	10
151	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med schizofreni <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2
153	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med depression och ångest <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 155). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med ångest eller depression. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106).	8

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
154	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med depression och ångest <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108, 153, 155).	10
155	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med depression och ångest <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med depression eller ångest. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2
157	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med diabetes <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har liten effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har bättre effekt (rad 108, 159). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med diabetes. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 106).	8
158	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med diabetes <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid ohälsosamma matvanor som har vetenskapligt stöd (rad 106, 108, 157, 159).	10
159	Ohälsosamma matvanor hos vuxen med diabetes <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med diabetes är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med ohälsosamma matvanor generellt (rad 108).	2

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
161	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med depression <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 76, 77, 78, 162, 163). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med depression. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3
162	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med depression <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 163). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med depression. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76,77).	2
163	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med depression <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med tillägg (rad 162). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med depression. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78).	2

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
164	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med depression <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är måttlig till hög. Kommentar: Åtgärden är inte bättre än de alternativa åtgärderna rådgivande samtal med tillägg (rad 76, 77, 162) eller rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 78, 163) och har sämre kostnadseffektivitet. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med depression. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79).	7
165	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med depression <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt på fysisk aktivitet. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har vetenskapligt stöd (rad 75, 76, 77, 78, 79, 161, 162, 163, 164).	10
167	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med schizofreni <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 76, 77, 78, 168, 169). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
168	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med schizofreni <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 169). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76,77).	2
169	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med schizofreni <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med tillägg (rad 168). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78).	2
170	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med schizofreni <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är måttlig till hög. Kommentar: Åtgärden är inte bättre än de alternativa åtgärderna rådgivande samtal med tillägg (rad 76, 77, 168) eller rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 78, 169) och har sämre kostnadseffektivitet. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79).	7

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
171	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med schizofreni <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt på fysisk aktivitet. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har vetenskapligt stöd (rad 75, 76, 77, 78, 79, 167, 168, 169, 170).	10
173	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med blodfetsrubbnings <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 76, 77, 78, 174, 175). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfetsrubbnings. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3
174	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med blodfetsrubbnings <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 175). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfetsrubbnings. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76,77).	2
175	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med blodfetsrubbnings <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med tillägg (rad 174). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfetsrubbnings. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78).	2

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
176	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med blodfetsrubbningar <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är måttlig till hög. Kommentar: Åtgärden är inte bättre än de alternativa åtgärderna rådgivande samtal med tillägg (rad 76, 77, 174) eller rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 78, 175) och har sämre kostnadseffektivitet. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfetsrubbning. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79).	7
177	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med blodfetsrubbningar <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad men att åtgärden endast har måttlig effekt och att evidensstyrkan är låg.	8
179	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med kronisk smärta <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det finns andra åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har bättre effekt (rad 76, 77, 78, 180, 181). Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med kronisk smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 75).	3
180	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med kronisk smärta <i>Rådgivande samtal med tillägg</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 181). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med kronisk smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 76, 77).	2

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
181	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med kronisk smärta <i>Rådgivande samtal med särskild uppföljning (med eller utan tillägg)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har samma prioritering som rådgivande samtal med tillägg (rad 180). Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med kronisk smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 78).	2
182	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med kronisk smärta <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är måttlig till hög. Kommentar: Åtgärden är inte bättre än de alternativa åtgärderna rådgivande samtal med tillägg (rad 76, 77, 180) eller rådgivande samtal med särskild uppföljning (rad 78, 181) och har sämre kostnadseffektivitet. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med kronisk smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är något större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med otillräcklig fysisk aktivitet generellt (rad 79).	7
183	Otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen med kronisk smärta <i>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	Avgörande för rekommendationen att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt på fysisk aktivitet. Kommentar: Det finns andra effektiva åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet som har vetenskapligt stöd (rad 75, 76, 77, 78, 79, 180, 181, 182).	10

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
184	Riskbruk av alkohol hos vuxen med blodfettssrubbningsar <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfettssrubbningsar. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3
185	Riskbruk av alkohol hos vuxen med blodfettssrubbningsar <i>Kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, och att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög. Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 184), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med blodfettssrubbningsar. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).	6
186	Riskbruk av alkohol hos vuxen med schizofreni <i>Rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni är otillräckligt. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 50). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 50).	3

Rad	Tillstånd/ Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom- men- dation
187	<p>Riskbruk av alkohol hos vuxen med schizofreni</p> <p><i>Kvalificerat rådgivande samtal</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor till mycket stor svårighetsgrad, och att åtgärden har måttlig effekt men att kostnaden per QALY är hög.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har inte säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal (rad 50, 186), och kostnaden för åtgärden är sannolikt större jämfört med rådgivande samtal. Dock saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med schizofreni. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för personer med riskbruk av alkohol generellt (rad 52). Eftersom tillståndets svårighetsgrad är större har åtgärden rangordnats ett steg högre än för personer med riskbruk generellt (rad 52).</p>	6

Bilaga 2. Om riktlinjernas åtgärder

Merparten av åtgärderna i riktlinjerna består av någon form av rådgivning eller samtal, som syftar till att stödja en förändring av levnadsvanor. Övriga åtgärder i riktlinjerna är tillägg till rådgivning eller samtal. Socialstyrelsen har delat in åtgärderna i tre övergripande nivåer: *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Indelningen i tre åtgärdsnivåer utgår från åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning, såsom detta har beskrivits i den vetenskapliga litteraturen.

Denna bilaga innehåller en sammanfattning av de åtgärder som behandlas i rekommendationerna för respektive levnadsvana. Bilagan beskriver också de övergripande åtgärdsnivåerna samt tillägg och alternativ till de övergripande åtgärdsnivåerna.

Sammanfattning av de åtgärder som behandlas i rekommendationerna

Nedanstående tabell ger en sammanfattning av de åtgärder som har identifierats i det vetenskapliga underlaget för respektive levnadsvana och som behandlas i rekommendationerna.

Tabell 1. Åtgärder som behandlas i rekommendationerna för respektive levnadsvana

Levnadsvana	Åtgärder
Rökning	<ul style="list-style-type: none">• Enkla råd• Rådgivande samtal<ul style="list-style-type: none">– med tillägg av nikotinläkemedel– med särskild uppföljning• Kvalificerat rådgivande samtal<ul style="list-style-type: none">– med tillägg av nikotinläkemedel– med tillägg av vareniklin– med tillägg av bupropion• Proaktiv telefonrådgivning• Webb- och datorbaserad rådgivning
Snusning	<ul style="list-style-type: none">• Rådgivande samtal

Levnadsvana	Åtgärder
Riskbruk av alkohol	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal <ul style="list-style-type: none"> – med särskild uppföljning • Kvalificerat rådgivande samtal • Webb- och datorbaserad rådgivning
Otillräcklig fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal <ul style="list-style-type: none"> – med tillägg av skriftlig ordination – med tillägg av stegräknare – med särskild uppföljning • Kvalificerat rådgivande samtal • Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram
Ohälsosamma matvanor	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal <ul style="list-style-type: none"> – med särskild uppföljning • Kvalificerat rådgivande samtal

Övergripande åtgärdsnivåer

Enkla råd

Åtgärden enkla råd innebär att hälso- och sjukvårdspersonal förmedlar information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor. Åtgärder på denna nivå kräver i normalfallet mindre än 5 minuter och normalt sett sker ingen särskild uppföljning. Råden kan kompletteras med skriftlig information, till exempel om rökningens skadeverkningar, risker med för hög alkoholkonsumtion, vinster med fysisk aktivitet och tips om bra livsmedelsval.

Enkla råd ska inte förväxlas med att ställa frågor om levnadsvanor, utan förutsätter att hälso- och sjukvården redan har konstaterat att personen har ohälsosamma levnadsvanor.

Rådgivande samtal

Åtgärden rådgivande samtal är tidsmässigt mer omfattande än enkla råd och tar vanligen 10–15 minuter, men ibland upp till 30 minuter. Åtgärder på denna nivå innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier.

Det rådgivande samtalet kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel som kan hjälpa personen att förändra levnadsvanan, som till exempel skriftlig information, kolmonoxidmätning, en förteckning över idrottsföreningar, träningsanläggningar och motionsspår, en receptbok el-

ler en mat- och motionsdagbok. Åtgärderna kan också kompletteras med särskild uppföljning, i form av återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl vid ett eller flera tillfällen.

Kvalificerat rådgivande samtal

Åtgärden kvalificerat rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Åtgärder på denna nivå är ofta tidsmässigt mer omfattande än rådgivande samtal.

Åtgärderna är vanligen teoribaserade eller strukturerade, det vill säga bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför de fungerar och innehåller vissa fördefinierade komponenter. Åtgärderna kan ges individuellt eller i grupp och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel, samt förstärkas med särskild uppföljning. Denna åtgärdsnivå förutsätter att personalen som utför åtgärden, utöver ämneskunskapen, också är utbildad i den metod som används.

Socialstyrelsen har inte tagit ställning till specifika teorier, eftersom det vetenskapliga underlaget generellt sett inte är tillräckligt omfattande. En åtgärd kan bygga på och inkludera en eller flera komponenter från en eller flera teorier.

Följande teorier och metoder har beskrivits i det vetenskapliga underlaget:

- Social learning theory och social cognitive theory
- Health belief model
- Theory of planned behavior
- Stages of change och transtheoretical model
- Motiverande samtal (MI)
- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Kombinerade, multifacetterade ansatser

Tillägg och alternativ till de övergripande åtgärdsnivåerna

Tillägg och alternativ vid rökning

Proaktiv telefonrådgivning

Proaktiv telefonrådgivning ges av en person som är utbildad i att ge råd per telefon. Skriftligt material och rådgivning om läkemedel kan ingå. Telefonrådgivning kan användas som ensam åtgärd, eller som ett komplement till andra former av rådgivning. Personen tar själv initiativet och ringer upp en bemannad telefonlinje för att få hjälp och stöd. För att telefonrådgivningen ska betecknas som proaktiv, ringer sedan behandlaren upp personen minst en gång för att följa upp rådgivningen och ge ytterligare stöd.

Webb- och datorbaserad rådgivning

Vid webb- och datorbaserad rådgivning ersätts det personliga samtalet av särskilda datorprogram, där personen själv matar in svar på frågor om sina rökvanor och skäl till att vilja sluta röka. Efter att ha svarat på frågorna får personen individuellt anpassad rådgivning om hur personen kan sluta röka.

Webb- och datorbaserad rådgivning kan användas ensamt eller som komplement till annan form av rådgivning, och kan vara med eller utan tillägg av skriftligt material och läkemedel. Rådgivningen kan ske antingen med hjälp av en dator på plats på en vårdmottagning, eller via en webbplats som allmänheten uppmanas att besöka.

Nikotinläkemedel

Nikotinläkemedel finns som tuggummin, tabletter, pulver, mun- och nässprayer, inhalatorer och plåster. Orala läkemedel som tuggummin, tabletter, pulver och munsprayer ger ifrån sig nikotin under tiden man inhalerar, tuggar eller suger på dem. Plåster ger ifrån sig nikotin så länge som de behålls på, dock högst 16 eller 24 timmar.

Vareniklin

Vareniklin är ett läkemedel som påverkar olika kemiska processer i hjärnans lustcentrum, vilket resulterar i mindre abstinensbesvär och minskad njutning av rökning.

Bupropion

Bupropion är ett antidepressivt läkemedel som också används vid rökav-

vänjning. Bupropion minskar röksuget och de abstinensbesvär man kan få när man slutar röka.

Tillägg och alternativ vid riskbruk av alkohol

Webb- och datorbaserad rådgivning

Vid webb- och datorbaserad rådgivning ersätts det personliga samtalet med särskilda datorprogram, där personen själv matar in svar på frågor om sina alkoholvanor och genomför ett alkoholvanetest. Efter att ha svarat på frågorna får personen skriftlig återkoppling på resultatet. Till unga vuxna innebär återkopplingen oftast att den egna konsumtionen ställs i relation till den genomsnittliga konsumtionen i gruppen. Utöver återkoppling får personen rekommendationer och i vissa fall instruktioner om hur personen kan sluta dricka på ett skadligt sätt.

Datorbaserad rådgivning kan användas ensamt eller som komplement till annan form av rådgivning. Rådgivningen kan ske antingen med hjälp av en dator på plats på en vårdmottagning, eller via en webbplats som allmänheten uppmanas att besöka.

Tillägg och alternativ vid otillräcklig fysisk aktivitet

Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet

Skriftlig ordination innebär att det rådgivande samtalet kompletteras med en individuellt anpassad skriftlig ordination, som kan ses som en form av överenskommelse mellan rådgivare och patient.

En form av skriftlig ordination, som ofta används i Sverige, är fysisk aktivitet på recept (FAR). FAR innebär att man ordinerar fysisk aktivitet på motsvarande sätt som ett läkemedel. Det betyder att hälso- och sjukvårdspersonalen tar anamnes, ger ordination med en receptblankett samt följer upp behandlingsresultatet. Receptet ska vara individuellt anpassat när det gäller typ av aktivitet, aktivitetens intensitet och frekvens och behandlingsperiodens längd [84].

Rådgivande samtal med tillägg av stegräknare

Tillägg av stegräknare innebär att det rådgivande samtalet kompletteras med en uppmaning om att personen regelbundet och på ett systematiskt sätt ska använda sig av stegräknare. En stegräknare registrerar antalet steg vid promenad eller löpning och vid all annan förflyttning till fots under dagen.

Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram

Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram innebär att man, individuellt eller i grupp, deltar i någon form av organiserad och professionellt handledd träning. Träningen genomförs antingen på ett sjukhus, i direkt anslutning till en vårdinrättning eller i form av individanpassade hemträningsprogram. Syftet med träningen är att deltagarna ska bli mer fysiskt aktiva efter avslutad träning.

Träning inom hälso- och sjukvårdens ram förekommer även som åtgärd vid olika sjukdomar för att minska risken för återinsjuknande, exempelvis efter en hjärtinfarkt. I dessa riktlinjer bedöms åtgärden dock enbart utifrån vilken effekt den har på den fysiska aktiviteten, inte huruvida den minskar risken för återinsjuknande.

Bilaga 3. Exempel på åtgärder i det vetenskapliga underlaget

De åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar i riktlinjerna är baserade på vetenskapliga studier. För att kunna jämföra de åtgärder som har återfunnits i den vetenskapliga litteraturen på ett systematiskt och överskådligt sätt, har Socialstyrelsen delat in åtgärderna i tre övergripande nivåer: *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Indelningen i tre åtgärdsnivåer bygger på åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning, såsom detta har beskrivits i de vetenskapliga studierna.

Denna bilaga ger exempel på hur de olika åtgärdsnivåerna har beskrivits i några av de studier som ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer. Syftet är att ge en tydligare bild av vad de olika nivåerna kan innebära. Exempelen är däremot inga rekommendationer om hur åtgärderna bör utformas.

Samtliga studier redovisas i bilagan *Vetenskapligt underlag*, som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det är också möjligt att få information om studier för enskilda tillstånds- och åtgärds kombinationer via webbplatsens sökverktyg.

Sammanfattning av de åtgärder som är exemplifierade

Tabellen nedan redovisar de olika åtgärder som finns exemplifierade för respektive levnadsvana (tobaksbruk exemplifieras här med studier som gäller rökning) i denna bilaga.

Tabell 1. Åtgärder som är exemplifierade för respektive levnadsvana

Levnadsvana	Åtgärder
Tobaksbruk	<ul style="list-style-type: none"> • Enkla råd (två exempel) • Rådgivande samtal • Rådgivande samtal med särskild uppföljning • Kvalificerat rådgivande samtal individuellt • Kvalificerat rådgivande samtal i grupp
Riskbruk av alkohol	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal • Rådgivande samtal med särskild uppföljning
Otillräcklig fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal • Rådgivande samtal med särskild uppföljning • Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination • Kvalificerat rådgivande samtal
Ohälsosamma matvanor	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal • Kvalificerat rådgivande samtal (tre exempel)

Tobaksbruk

Enkla råd – prioritet 6 vid dagligrökning

Enkla råd beskrivs i studierna som *simple advice*, *minimal intervention* eller *brief intervention*. Nedan redovisas de **två studier** som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag om enkla råd för dagligrökare.

Exempel 1 [85]

Yrkesgrupper: Läkare (i primärvård).

Omfattning: 1–2 minuter vid ett tillfälle.

Innehåll: Råd om att sluta röka.

Exempel 2 [86]

Yrkesgrupper: Läkare (i primärvård).

Omfattning: Mycket kort enligt nedan.

Innehåll: Två frågor: ”Röker du för närvarande?”. Om ja: ”Vill du sluta röka?”. Om ja får patienten en broschyr om att sluta röka.

Rådgivande samtal

– prioritet 5 respektive 3 vid dagligrökning

Beskrivs i studierna som *advice* eller *counselling*. Nedan redovisas den **systematiska översikt** som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag

om rådgivande samtal och rådgivande samtal med särskild uppföljning för dagligrökare.

Exempel 1: Rådgivande samtal [87]

Yrkesgrupper: Läkare eller läkare med stöd från annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Omfattning: 5–20 minuter (enstaka studier 1–3 minuter).

Innehåll: Muntliga instruktioner med ett budskap om att sluta röka, med eller utan information om skadliga effekter förknippade med rökning. Interventionerna kunde innehålla olika former av skriftligt material (broschyrer eller självhjälpsmanualer). Även kontraktsskrivning, lungfunktionsmätning och kolmonoxidmätning förekom.

Exempel 2: Rådgivande samtal med särskild uppföljning [87]

Yrkesgrupper: Läkare eller läkare med stöd från annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Omfattning: Ett första besök på 5–25 minuter (en studie 1–2 minuter) samt ytterligare 3–5 besök och/eller uppföljande telefonsamtal.

Innehåll: Muntliga instruktioner med ett budskap om att sluta röka, med eller utan information om skadliga effekter förknippade med rökning. Interventionerna kunde innehålla olika former av skriftligt material (broschyrer eller självhjälpsmanualer). Även kontraktsskrivning, lungfunktionsmätning och kolmonoxidmätning förekom.

Kvalificerat rådgivande samtal – prioritet 2 vid dagligrökning

Beskrivs i studierna som *behavioural counselling*. Nedan redovisas de **två systematiska översikter** som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag om kvalificerat rådgivande samtal individuellt respektive i grupp för dagligrökare.

Exempel 1: Kvalificerat rådgivande samtal, individuellt [88]

Yrkesgrupper: Socialarbetare, psykologer, psykiatriker, hälsoinformatörer eller sjuksköterskor utbildade i rökavvänjning.

Omfattning: 1–16 individuella kontakter på 10–60 minuter.

Innehåll: Interventionerna innehöll vanligtvis följande komponenter: skattning av personens motivation för att sluta röka, hjälp att identifiera högrisksituationer och problemlösande strategier för att hantera dessa, och allmänt stöd. I en typisk intervention baserades samtalet på en beteendevetenskaplig multikomponentansats där rådgivarna använde en rad öppna frågor för att skatta personens motivation för att sluta röka,

förväntade problem och möjliga lösningar, och använde kognitiva självhjälpstrategier som syftade till beteendeförändring.

Exempel 2: Kvalificerat rådgivande samtal i grupp [89]

Yrkesgrupper: Psykologer och speciellt tränade läkare, sjuksköterskor och hälsoinformatörer.

Omfattning: 6–8 tillfällen.

Innehåll: Rådgivningen inkluderade en diskussion om motiv för att sluta röka och hälsovinster samt strategier för att planera försök att sluta röka, såsom kontrakt, sluta röka gradvis, bokföra antalet cigaretter, socialt stöd genom diskussioner och genom att dela erfarenheter, söka stöd från andra, samt identifiera högrisksituationer och problemlösande strategier för att klara dessa situationer.

Riskbruk av alkohol

Rådgivande samtal – prioritet 4 respektive 7

Beskrivs som *brief intervention* i den **systematiska översikt** som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag om rådgivande samtal och rådgivande samtal med särskild uppföljning för personer med riskbruk av alkohol. Översikten redovisas nedan. Utöver översikten ingår ytterligare en studie om rådgivande samtal i riktlinjernas vetenskapliga underlag.

Exempel 1: Rådgivande samtal [90]

Yrkesgrupper: Oftast läkare eller sjuksköterskor.

Omfattning: 5–15 minuter.

Innehåll: Interventionerna innehöll vanligtvis några eller samtliga av följande komponenter: återkoppling om personens alkoholkonsumtion och eventuella alkoholrelaterade problem, förtydligande av vad som utgör riskbruk av alkohol, information om skadliga effekter förknippade med riskfylld alkoholkonsumtion, fördelar med att minska alkoholkonsumtionen, *motivational enhancement* (förkortad version av MI, det vill säga motiverande samtal), analys av risksituationer och copingstrategier samt framtagande av en personlig plan för att minska alkoholkonsumtionen. Förutom samtal kunde interventionen också inkludera handlingsplan, broschyr, konsumtionsdagbok, skriftlig personlig återkoppling och hemövningar.

Exempel 2: Rådgivande samtal med särskild uppföljning [90]

Yrkesgrupper: Oftast läkare eller sjuksköterskor.

Omfattning: Ett första besök på 5–20 minuter samt ytterligare 1–6 besök och/eller uppföljande telefonsamtal.

Innehåll: Interventionerna innehöll vanligtvis alla eller några av följande komponenter: återkoppling om personens alkoholkonsumtion och eventuella alkoholrelaterade problem, förtydligande av vad som utgör riskbruk av alkohol, information om skadliga effekter förknippade med riskfylld alkoholkonsumtion, fördelar med att minska alkoholkonsumtionen, *motivational enhancement* (förkortad version av MI, det vill säga motiverande samtal), analys av högrisksituationer och copingstrategier, samt framtagande av en personlig plan för att minska alkoholkonsumtionen. Förutom samtal kunde interventionen också inkludera handlingsplan, broschyr, konsumtionsdagbok, skriftlig personlig återkoppling och hemövningar.

Kvalificerat rådgivande samtal – prioritet 7

Beskrivs som *extended intervention* i den **systematiska översikt** som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag om kvalificerat rådgivande samtal för personer med riskbruk av alkohol. Översikten redovisas nedan.

Exempel: Kvalificerat rådgivande samtal [90]

Yrkesgrupper: Oftast läkare eller sjuksköterskor.

Omfattning: Samtliga besök skedde inom loppet av ett år och varierade i total längd mellan 35 och 165 minuter (15–50 minuter per besök), vilket ger ett genomsnitt på 86 minuter. Antalet återbesök varierade mellan 2 och 6.

Innehåll: Interventionerna hade psykologisk grund och var så omfattande att de förmodligen inte förekommer i rutinmässig hälso- och sjukvård.

Otillräcklig fysisk aktivitet

Rådgivande samtal – prioritet 4, 3 respektive 3

Beskrivs i studierna som *advice* eller *counselling*. Nedan redovisas **tre studier** (av totalt åtta studier och en systematisk översikt) om rådgivande samtal, rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination och rådgivande samtal med särskild uppföljning för personer med otillräcklig fysisk aktivitet, som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag.

Exempel 1: Rådgivande samtal [91]

Yrkesgrupper: Distriktsläkare.

Omfattning: 10 minuter.

Innehåll: Efter att ha genomgått en basal undersökning beräknades kondition och VO₂-max (det vill säga maximal syreupptagningsförmåga) för samtliga deltagare. Interventionsgruppen fick därefter rådgivning om fördelar med fysisk aktivitet samt råd om att träna på en belastning motsvarande 75 procent av VO₂-max minst tre gånger per vecka. De fick även en lista över tillgängliga träningsanläggningar samt en dagbok för att notera genomförd träning.

Exempel 2: Rådgivande samtal med särskild uppföljning [92]

Yrkesgrupper: Familjeläkare.

Omfattning: Ett första besök, kompletterat med tre uppföljande samtal på 20–30 minuter.

Innehåll: Samtliga deltagare fick skriftlig information och basala råd om fysisk aktivitet. Interventionsgruppen fick dessutom tre uppföljande motiverande telefonsamtal på 20–30 minuter under 3 månader.

Exempel 3: Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination [93]

Yrkesgrupper: Distriktsläkare eller företagsläkare.

Omfattning: Ett besök på i genomsnitt 5–10 minuter.

Innehåll: Deltagare i interventionsgruppen fick, inom ramen för ett ordinarie besök i primärvård eller företagshälsovård, råd om fysisk aktivitet under 5–10 minuter. De fick även en skriftlig ordination som innebar en överenskommelse om en aktivitetsplan med personliga mål, stöd för att identifiera hinder, lämpliga aktiviteter samt uppföljningsbesök. Ordinationen kunde också vid behov användas som remiss till en sjukgymnast, sjuksköterska eller ”motionsspecialist” för ytterligare stöd.

Kvalificerat rådgivande samtal – prioritet 8

Nedan redovisas **en studie** ur den systematiska översikt som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag om kvalificerat rådgivande samtal för personer med otillräcklig fysisk aktivitet.

Exempel: Kvalificerat rådgivande samtal [94]

Yrkesgrupper: Distriktsläkare.

Omfattning: Ett besök med tre uppföljande telefonsamtal.

Innehåll: Fysiskt inaktiva patienter randomiserades till *usual care* eller intervention med ett introduktionssamtal hos distriktsläkare baserat på teknik för motiverande samtal. Patienterna i interventionsgruppen fick råd som baserades på deras förändringsbenägenhet enligt transteoretisk modell (*stages of changes*). Målsättningsdiskussion (*goal setting*) var ett viktigt inslag.

Ohälsosamma matvanor

Rådgivande samtal – prioritet 9

Beskrivs i studierna som *counselling*. Nedan redovisas den **studie** som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag om rådgivande samtal för personer med ohälsosamma matvanor.

Exempel: Rådgivande samtal [95]

Yrkesgrupper: Allmänläkare.

Omfattning: Ett besökstillfälle på 15 minuter med individuellt samtal.

Innehåll: Individuella kostråd baserade på en broschyr, med syfte att öka konsumtionen av frukt och grönsaker till mer än 5 portioner per dag, att öka konsumtionen av olivolja på bekostnad av andra fettsorter samt att öka konsumtionen av fisk till mer än en portion per vecka.

Kvalificerat rådgivande samtal – prioritet 3

Beskrivs i studierna som *nutrition education*, *counselling* och *patient-centered counselling*. Nedan redovisas **tre studier** av totalt fyra som ingår i riktlinjernas vetenskapliga underlag om kvalificerat rådgivande samtal för personer med ohälsosamma matvanor.

Exempel 1: Kvalificerat rådgivande samtal [96]

Yrkesgrupper: Erfarna hälsokonsulenter utbildade på masternivå.

Omfattning: Två besökstillfällen på 45 minuter med individuella samtal samt två telefonsamtal à 5–10 minuter.

Innehåll: Kostinterventionen kombinerade strategier från motiverande samtal (MI), problemlösning och social kognitiv teori. Interventionen tog specifikt upp motivation samt metoderna *self-efficacy*, *stages of change* och *negotiation method*. Metoderna hjälper deltagarna att identifiera strategier för att klara hinder och övar skickligheten att nå mål samt att behålla dessa mål.

Exempel 2: Kvalificerat rådgivande samtal [97]

Yrkesgrupper: Tränad hälsopedagog.

Omfattning: Telefonsamtal, okänt antal minuter per samtal.

Innehåll: Studiens syfte var att öka intaget av frukt och grönsaker samt att öka intaget av magra livsmedel på bekostnad av feta varianter. Interventionen byggde på *social learning theory*, som inkluderar kognitiva funktioner såsom kunskap, attityder, motivation och egenkraft (*self-efficacy*), beteendefaktorer såsom färdighet, och omgivningsfaktorer såsom

tillgänglighet och kostnad. I interventionen ingick även två modeller för beteendeförändring: *stages of change* och *diet individuation model* (en modell som beskriver hur mat bland annat adderas och exkluderas från en persons vanliga kost). Dessa två modeller kombinerades med självhjälp-material, motiverande telefonsamtal och datorgenererade nyhetsbrev.

Exempel 3: Kvalificerat rådgivande samtal [98]

Yrkesgrupper: Dietist.

Omfattning: Enskilda konsultationer hos dietist under 12 månader (omfattning okänd).

Innehåll: Deltagarna fick kostrådgivning i enlighet med sin förändringsnivå utifrån *stages of change*. I kostrådgivningen ingick att minska intaget av fett genom förändrade matvanor. Praktiska aspekter av förändringsarbetet diskuterades.

Externa bilagor

Till riktlinjerna hör också ett antal externa bilagor. Samtliga bilagor finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Följande externa bilagor ingår:

- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Vetenskapligt underlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Indikatorer
- Bedömning av tillståndens svårighetsgrad
- Metodbeskrivning
- Metod för beräkning av ekonomiska konsekvenser
- Beräkningshjälp för ekonomiska konsekvenser

Referenser

1. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2006. 2006.
2. Statens folkhälsoinstitut. Levnadsvanor. Lägesrapport 2009. 2009.
3. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet N°317, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>. 2011.
4. WHO. Cancer, Fact sheet N°297, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> 2011.
5. WHO. Diabetes, Fact sheet N°312, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>. 2011.
6. Schulze, MB, Hu, FB. Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented? *Annu Rev Public Health*. 2005; 26:445-67.
7. Khaw, KT, Wareham, N, Bingham, S, Welch, A, Luben, R, Day, N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med*. 2008; 5(1):e12.
8. Chow, CK, Jolly, S, Rao-Melacini, P, Fox, KA, Anand, SS, Yusuf, S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010; 121(6):750-8.
9. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. 2009.
10. Agardh, E, Moradi, T, Allebeck, P. [The contribution of risk factors to the burden of disease in Sweden. A comparison between Swedish and WHO data]. *Lakartidningen*. 2008; 105(11):816-21.
11. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård 2007; 1.
12. Agardh, E, Moradi, T, Allebeck, P. Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsburden i Sverige. Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Lakartidningen*. 2008; 105(11):816-21.
13. Crawford, JT, Tolosa, JE, Goldenberg, RL. Smoking cessation in pregnancy: why, how, and what next. *Clin Obstet Gynecol*. 2008; 51(2):419-35.
14. Hammoud, AO, Bujold, E, Sorokin, Y, Schild, C, Krapp, M, Baumann, P. Smoking in pregnancy revisited: findings from a large population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(6):1856-62; discussion 62-3.
15. Salihu, HM, Wilson, RE. Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Hum Dev*. 2007; 83(11):713-20.
16. U.S. Department of Health and Human Services, CfDCaP, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. 2004.
17. Dahlstrom, A, Ebersjo, C, Lundell, B. Nicotine exposure in breastfed infants. *Acta Paediatr*. 2004; 93(6):810-6.

18. Anderson, LJ, Parker, RA, Strikas, RA, Farrar, JA, Gangarosa, EJ, Keyserling, HL, et al. Day-care center attendance and hospitalization for lower respiratory tract illness. *Pediatrics*. 1988; 82(3):300-8.
19. Chen, Y, Li, W, Yu, S. Influence of passive smoking on admissions for respiratory illness in early childhood. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986; 293(6542):303-6.
20. Cook, DG, Strachan, DP. Health effects of passive smoking. 3. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax*. 1997; 52(12):1081-94.
21. Hofhuis, W, de Jongste, JC, Merkus, PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child*. 2003; 88(12):1086-90.
22. Strachan, DP, Cook, DG. Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax*. 1997; 52(10):905-14.
23. Strachan, DP, Cook, DG. Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax*. 1998; 53(1):50-6.
24. Strachan, DP, Cook, DG. Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax*. 1998; 53(3):204-12.
25. Anderson, HR, Cook, DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*. 1997; 52(11):1003-9.
26. Blair, PS, Fleming, PJ, Smith, IJ, Platt, MW, Young, J, Nadin, P, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ*. 1999; 319(7223):1457-61.
27. Golding, J. Sudden infant death syndrome and parental smoking: a literature review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997; 11(1):67-77.
28. Hergens, MP, Alfredsson, L, Bolinder, G, Lambe, M, Pershagen, G, Ye, W. Long-term use of Swedish moist snuff and the risk of myocardial infarction amongst men. *J Intern Med*. 2007; 262(3):351-9.
29. Andersson, G, Bjornberg, G, Curvall, M. Oral mucosal changes and nicotine disposition in users of Swedish smokeless tobacco products: a comparative study. *J Oral Pathol Med*. 1994; 23(4):161-7.
30. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Smokeless Tobacco and Some Tobacco-specific N-Nitrosamines, Monograph 89. 2004.
31. England, LJ, Levine, RJ, Mills, JL, Klebanoff, MA, Yu, KF, Cnattingius, S. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(4):939-43.
32. Gunnerbeck, A, Wikstrom, AK, Bonamy, AK, Wickstrom, R, Cnattingius, S. Relationship of Maternal Snuff Use and Cigarette Smoking With Neonatal Apnea. *Pediatrics*. 2011.

33. Andréasson, S, Allebeck, P. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Statens Folkhälsoinstitut R 2005; 11.
34. Rehm, J, Taylor, B, Patra, J. Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction*. 2006; 101(8):1086-95.
35. BMA. Fetal alcohol spectrum disorders: A guide for healthcare professionals. BMA Board of Science, June 2007, BMA Science and Education Department. British Medical Association. 2007.
36. Lundsberg, LS, Bracken, MB, Saftlas, AF. Low-to-moderate gestational alcohol use and intrauterine growth retardation, low birthweight, and preterm delivery. *Ann Epidemiol*. 1997; 7(7):498-508.
37. Passaro, KT, Little, RE, Savitz, DA, Noss, J. The effect of maternal drinking before conception and in early pregnancy on infant birthweight. The ALSPAC Study Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Epidemiology*. 1996; 7(4):377-83.
38. Kesmodel, U, Wisborg, K, Olsen, SF, Henriksen, TB, Secher, NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol*. 2002; 155(4):305-12.
39. Tonnesen, H, Rosenberg, J, Nielsen, HJ, Rasmussen, V, Hauge, C, Pedersen, IK, et al. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ*. 1999; 318(7194):1311-6.
40. Bradley, KA, Rubinsky, AD, Sun, H, Bryson, CL, Bishop, MJ, Blough, DK, et al. Alcohol screening and risk of postoperative complications in male VA patients undergoing major non-cardiac surgery. *J Gen Intern Med*. 2011; 26(2):162-9.
41. Tonnesen, H, Nielsen, PR, Lauritzen, JB, Moller, AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth*. 2009; 102(3):297-306.
42. U.S. Department of Health and Human Services, Y, 2008 #6. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. 2008.
43. WHO. Global recommendations on physical activity for health. 2010.
44. Garber, CE, Blissmer, B, Deschenes, MR, Franklin, BA, Lamonte, MJ, Lee, IM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011; 43(7):1334-59.
45. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.
46. Brunner, EJ, Mosdol, A, Witte, DR, Martikainen, P, Stafford, M, Shipley, MJ, et al. Dietary patterns and 15-y risks of major coronary events, diabetes, and mortality. *Am J Clin Nutr*. 2008; 87(5):1414-21.

47. Iqbal, R, Anand, S, Ounpuu, S, Islam, S, Zhang, X, Rangarajan, S, et al. Dietary patterns and the risk of acute myocardial infarction in 52 countries: results of the INTERHEART study. *Circulation*. 2008; 118(19):1929-37.
48. Sofi, F, Cesari, F, Abbate, R, Gensini, GF, Casini, A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 2008; 337:a1344.
49. Heroux, M, Janssen, I, Lam, M, Lee, DC, Hebert, JR, Sui, X, et al. Dietary patterns and the risk of mortality: impact of cardiorespiratory fitness. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(1):197-209.
50. Begum, KS, Sachchithanantham, K, De Somsubhra, S. Maternal obesity and pregnancy outcome. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2011; 38(1):14-20.
51. Ovesen, P, Rasmussen, S, Kesmodel, U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(2 Pt 1):305-12.
52. Bolin, K, B, L. Rökning – produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Statens folkhälsoinstitut: Stockholm. 2004.
53. Jarl, J. Essays on Societal Cost of Alcohol and Related Issues; A Health Economic Analysis, in Department of Clinical Sciences, Faculty of Medicine, Lund University. 2009.
54. Bolin, K, Lindgren, B. Fysisk inaktivitet – produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Stockholm: FRISAM (Friluftsorganisationer i samverkan); 2006.
55. Colditz, GA. Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc*. 1999; 31(11 Suppl):663-7.
56. Department of Culture, MaSSU. Game Plan: a strategy for delivering Government's sport and physical activity objectives. 2002, Strategy Unit: London. 2002.
57. Katzmarzyk, PT, Gledhill, N, Shephard, RJ. The economic burden of physical inactivity in Canada. *CMAJ*. 2000; 163(11):1435-40.
58. Socialstyrelsen. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser 2005.
59. Socialstyrelsen. En utvärdering av alkoholförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården 2006–2007. 2008.
60. SKL. Vårdbarometern årsrapport för 2009. Befolkningens syn på vården. [http://www.vardbarometern.nu/PDF/Vardbarometern%20arsrapport%202009\[1\].pdf](http://www.vardbarometern.nu/PDF/Vardbarometern%20arsrapport%202009[1].pdf). Vårdbarometern. 2010.
61. SKL. Frågor om levnadsvanor i vården. Resultat från nationell patientenkät 2009 och 2010. http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39991_1.pdf. 2011.
62. Wählin, S. Implementering av frågeformulär om levnadsvanor 2009. *AllmänMedicin*. 2009; 4:27-31.
63. Lingfors, H, Persson, LG, Lindstrom, K, Bengtsson, C, Lissner, L. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only results from the Live for Life health promotion programme. *Prev Med*. 2009; 48(1):20-4.

64. Norberg, M, Wall, S, Boman, K, Weinehall, L. The Vasterbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Glob Health Action*. 2010; 3.
65. Farnkvist, L, Olofsson, N, Weinehall, L. Did a health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26(3):135-9.
66. Golsater, M, Enskar, K, Lingfors, H, Sidenvall, B. Health counselling: parental-oriented health dialogue – an innovation for child health nurses. *J Child Health Care*. 2009; 13(1):75-88.
67. Weinehall, L, Hellsten, G, Boman, K, Hallmans, G, Asplund, K, Wall, S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? – 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl*. 2001; 56:59-68.
68. SKL. Hälsöfrämjande och förebyggande i vårdval 2009. 2010.
69. Lingfors, H, Persson, LG, Lindstrom, K, Ljungquist, B, Bengtsson, C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20(1):28-32.
70. Lingfors, H, Lindstrom, K, Persson, LG, Bengtsson, C, Lissner, L. Evaluation of "Live for Life", a health promotion programme in the County of Skaraborg, Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(4):277-82.
71. Brännström, I. Community participation and social patterning in cardiovascular disease intervention. Umeå University Medical Dissertation. 1993; (New Series No 383).
72. Gorsky, RD, Colby, JP, Jr. The cost effectiveness of prenatal care in reducing low birth weight in New Hampshire. *Health Serv Res*. 1989; 24(5):583-98.
73. Hejblum, G, Atsou, K, Dautzenberg, B, Chouaid, C. Cost-benefit analysis of a simulated institution-based preoperative smoking cessation intervention in patients undergoing total hip and knee arthroplasties in France. *Chest*. 2009; 135(2):477-83.
74. Moller, AM, Kjellberg, J, Pedersen, T. [Health economic analysis of smoking cessation prior to surgery – based on a randomised trial]. *Ugeskr Laeger*. 2006; 168(10):1026-30.
75. Slatore, CG, Au, DH, Hollingworth, W. Cost-effectiveness of a smoking cessation program implemented at the time of surgery for lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2009; 4(4):499-504.
76. Socialstyrelsen, SKL. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. 2005.
77. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf> 2009.
78. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>. FHI.
79. Mahler, H. International Conference on Health Promotion in industrialized countries, Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. *Can J Public Health*. 1986; 77(6):387-92.

80. SKL. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. 2011. http://www.skl.se/vi_ar_betar_med/halsaochvard/kvalitetsutveckling/vardbarometern. Vårdbarometern. 2011.
81. Ewles, L, & Simnett, I. Hälsoarbete – en praktisk vägledning. Studentlitteratur. 1994.
82. Beauchamp, T, Childress, J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. 2001.
83. Scott, J. Power. Cambridge: Polity Press; 2001.
84. Statens folkhälsoinstitut. FaR® Fysisk aktivitet på recept, <http://www.fhi.se/FaR-/Om-FYSSFaR/>.
85. Russell, MA, Wilson, C, Taylor, C, Baker, CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. Br Med J. 1979; 2(6184):231-5.
86. Slama, K, Karsenty, S, Hirsch, A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tob Control 1995; 4:162-9.
87. Stead, LF, Bergson, G, Lancaster, T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (2):CD000165.
88. Lancaster, T, Stead, LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (3):CD001292.
89. Stead, LF, Lancaster, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (2):CD001007.
90. Kaner, EF, Beyer, F, Dickinson, HO, Pienaar, E, Campbell, F, Schlesinger, C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (2):CD004148.
91. Petrella, RJ, Koval, JJ, Cunningham, DA, Paterson, DH. Can primary care doctors prescribe exercise to improve fitness? The Step Test Exercise Prescription (STEP) project. Am J Prev Med. 2003; 24(4):316-22.
92. Green, BB, McAfee, T, Hindmarsh, M, Madsen, L, Caplow, M, Buist, D. Effectiveness of telephone support in increasing physical activity levels in primary care patients. Am J Prev Med. 2002; 22(3):177-83.
93. Aittasalo, M, Miilunpalo, S, Kukkonen-Harjula, K, Pasanen, M. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. Prev Med. 2006; 42(1):40-6.
94. Elley CR, Kerse N, Arrow B, Robinson E. Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. BMJ 2003;326:793.
95. Sacerdote, C, Fiorini, L, Rosato, R, Audenino, M, Valpreda, M, Vineis, P. Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. Int J Epidemiol. 2006; 35(2):409-15.
96. Stevens, VJ, Glasgow, RE, Toobert, DJ, Karanja, N, Smith, KS. One-year results from a brief, computer-assisted intervention to decrease consumption of fat and increase consumption of fruits and vegetables. Prev Med. 2003; 36(5):594-600.

97. Kristal, A, Curry, S, Shattuck, A, Feng Z, LS. A randomized trial of a tailored, self-help dietary intervention: the Puget Sound Eating Patterns study. *Prev Med.* 2000; 31(4):380-9.
98. Van der Veen, J, Bakx, C, van den Hoogen, H, Verheijden, M, van den Bosch, W, van Weel, C, et al. Stage-matched nutrition guidance for patients at elevated risk for cardiovascular disease: a randomized intervention study in family practice. *J Fam Pract.* 2002; 51(9):751-8.

