

Broschyr

LAGOM

Ett individanpassat hälsofrämjande program för att minska den kardiometabola risken hos individer med en allvarlig psykisk sjukdom



Table of Contents

Introduktion	1
Avsnitt 1	3
Vad är LAGOM?	3
Avsnitt 2	4
Frågor och svar	4
Vad är grundprincipen?	4
Vad är huvudsyftet?.....	4
Vilka mål har LAGOM?.....	4
Vad är första steget?	4
Hur kartläggs den kardiometabola profilen?	4
Användning av Metabola syndromet och SCORE2?	5
Hur kan vi identifiera och åtgärda den enskilda ohälsosamma levnadsvanan?	7
Vad händer efter kartläggningen?	7
Hur ofta sker uppföljningen?.....	7
Vilka verktyg har vi i vårt motivationsarbete?	8
Ingår det psykoedukation och fortbildning?.....	10
Avsnitt 3	11
Några begrepp	11
Enkla råd	11
Rådgivande samtal	11
Kvalificerat rådgivande samtal.....	11
Svårighetsgrad av levnadsvanorna	11
Avsnitt 4	12
Daglig rökning	12
Definition	12
Svårighetsgrad	12
Föreslagen åtgärd	12
Bedömning av riskbeteende – Tobaksbruk enligt Socialstyrelsen	12
Länkar om rökavvänjning	12
Avsnitt 5	13
Ohälsosamma matvanor	13
Definition	13
Svårighetsgrad	13
Föreslagen åtgärd	13
Länkar om matvanor	13

Läkemedelsbehandling	14
Avsnitt 6	15
Riskbruk av alkohol	15
Definition	15
Svårighetsgrad	15
Föreslagen åtgärd	15
Länkar om riskbruk av alkohol	15
Avsnitt 7	16
Otillräcklig fysisk aktivitet	16
Definition	16
Svårighetsgrad	16
Föreslagen åtgärd	16
Länkar om rådgivning och hänvisning till fysisk aktivitet	17
Avsnitt 8	19
Bilagor	19

Introduktion

Individer med allvarlig psykisk sjukdom som psykos sjukdom, egentlig depression, och bipolära syndrom drabbas av kardiometabola sjukdomar som hjärtkärlsjukdom, fetma, och diabetes mellitus typ II i större utsträckning jämfört med den allmänna befolkningen. En av konsekvenserna till hjärtkärlsjukdom är för tidig död. Individer med allvarlig psykisk sjukdom har 10 till 20 år kortare livslängd jämfört med den allmänna befolkningen. Förutom detta, har individerna med allvarlig psykisk sjukdom sämre livskvalitet med ökad sjukfrånvaro, och för tidig pension på grund av konsekvenserna till de kardiometabola sjukdomarna. Samhället är också påverkat på grund av förlust av produktion samt pga. de ökade utgifterna för behandling av individer med allvarlig psykisk sjukdom.

Det finns olika riskfaktorer som orsakar den ökade risken för att drabbas av dessa kardiometabola sjukdomar. Dessa riskfaktorer är, delvis, själva psykiska sjukdomen och dess genetiska benägenhet, och, delvis, yttre faktorer som behandling med psykofarmaka, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk, och riskbruk av alkohol, samt den sämre kvaliteten på den vård som individer med allvarlig psykisk sjukdom får jämfört med den allmänna befolkningen.

Många av dessa riskfaktorer kan modifieras genom val av psykofarmaka, och genom hjälp mot de olika ohälsosamma levnadsvanorna. För att kunna erbjuda hjälp till personer i behov av stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor behöver vårdpersonalen ställa frågor om dessa. Befolkningsundersökningar visar att patienterna tycker att det är positivt att läkare eller annan vårdpersonal diskuterar levnadsvanor vid besök i vården.

Socialstyrelsen har, år 2018, kommit ut med nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Dessa riktlinjer bygger på fyra pelare:

- Daglig rökning/snusning
- Ohälsosamma matvanor
- Riskbruk av alkohol
- Otillräcklig fysisk aktivitet

I de centrala rekommendationerna betonar Socialstyrelsen särskilt rekommenderade åtgärder för att förändra de ohälsosamma levnadsvanorna hos, bland andra, vuxna med särskild risk och som exempel på sådana grupper är personer som har:

- En sjukdom (till exempel diabetes, astma, KOL, cancer, hjärt-kärlsjukdom, lång-varig smärta, schizofreni eller depression).
- Fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning.
- Social sårbarhet (till exempel låg socioekonomisk ställning).
- Biologiska riskmarkörer (till exempel högt blodtryck, blodfetterrubbingar, övervikt eller fetma).
- Andra riskfaktorer (till exempel flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt eller en olycksfallsskada).

Individer med allvarlig psykisk sjukdom tillhör flera av kategorierna ovan gällande vuxna med särskild risk. Till skillnad från vuxna generellt i den allmänna befolkningen, har individer med allvarlig psykisk sjukdom en ökad sårbarhet för stress. Denna sårbarhet ställer krav på oss inom sjukvården att anpassa förändringsåtgärderna gällande de ohälsosamma levnadsvanorna hos dessa individer till en lagom nivå (därmed namnet "LAGOM"), för att öka förutsättningarna att individen kan följa vårdpersonalens råd och att förändringarna är giltiga på lång sikt.

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

I Socialstyrelsens rapport "Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022 Huvudrapport med förbättringsområden" står i sammanfattningen att "För att fortsatt motverka ohälsa och en överdödlighet i gruppen behöver omhändertagandet inom såväl psykiatrisk som somatisk vård och förebyggande vård fortsatt utvecklas. Viktiga instrument här är årliga fysiska hälsokontroller som innefattar hälsosamtal, somatisk undersökning och provtagning samt screening för att identifiera fysisk ohälsa och sjukdom. Vid kända riskfaktorer

som till exempel viktuppgång, ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes är det nödvändigt med tätare uppföljning."

Vidare står det i samma sammanfattning att "Denna utvärdering visar att en del av rekommendationerna i riktlinjerna har fått genomslag i verksamheterna. Exempel på detta är årskontroller av somatisk hälsa tillsammans med rådgivande samtal kring hälsosamma levnadsvanor. Däremot är det svårare för vården att erbjuda ledarledda insatser kopplade till fysisk aktivitet och kost, vilket behöver utvecklas."

Avsnitt 1

Vad är LAGOM?

LAGOM är ett kunskapsbaserat, mångfacetterat, och hälsofrämjande program för att hjälpa individen att skaffa sig en bättre livskvalitet, ha en bättre kardiometabol profil, och ha hälsosamma levnadsvanor. LAGOM avser att implementera Socialstyrelsens rekommendationer och riktlinjer avseende individernas levnadsvanor med anpassning efter individens samt efter psykosklinikens arbetssätt. LAGOM är inspirerat av kognitiv beteendeterapi genom sin tonvikt på att skapa en bättre förståelse av förhållandet mellan den allvarliga psykiska sjukdomen, den kardiometabola profilen, och levnadsvanorna. LAGOM erbjuder en livsstilscoaching och avser att hjälpa individer med allvarlig psykisk sjukdom genom att ha bättre kommunikation med primärvården och hitta individuellt anpassade livsstilar vad gäller kostvanor, fysisk aktivitet, alkoholvanor, samt tobaksbruk. De övergripande syften till LAGOM är att:

- Erbjuder ett jämlikt, relevant, och effektivt program som ska spegla god vård och omsorg.
- Förbättra de kardiometabola avvikelserna som vikt, blodfetter (triacylglycerol (TAG) (tidigare kallat triglycerid), total kolesterol, HDL-kolesterol, och LDL-kolesterol), glukos och blodtrycket hos deltagande individer.
- Nå individer med långvarig psykiatrisk ohälsa med hälsofrämjande och förebyggande insatser.
- Identifiera riskfaktorer för diabetes mellitus typ II och kardiovaskulära sjukdomar hos individer med långvarig psykiatrisk ohälsa.
- Skapa förutsättningar för att minimera risken att drabbas av hjärtkärlsjukdomar eller diabetes.
- Höja deltagarnas kunskap och medvetenhet om sina levnadsvanor och sin hälsa genom att använda objektiva mått på de olika levnadsvanorna, samt mått på de olika kardiometabola avvikelserna, med hjälp av blanketter, blodprov, klinisk undersökning, samt riskalgoritmer för hjärtkärlsjukdomar.
- Regelbundet följa upp individerna som deltar i programmet för att stödja deras tillämpning av rekommendationerna.
- Objektivet mäta effekten av insatserna med samma objektiva mått som ovan samt effekten på livskvaliteten och den psykiska och fysiska hälsan i övrigt.

Fyra aspekter är viktiga i detta program:

1. Att fokusera på att förbättra livskvaliteten och förebygga kardiometabola sjukdomar.
2. Att genom riskalgoritmer för hjärtkärlsjukdomar utvärdera riskfaktorer för kardiometabola sjukdomar samlat i ett sammanhang i stället för var och en av faktorerna isolerat.
3. Att ha i åtanke att individer med allvarlig psykisk sjukdom har en ökad stresskänslighet och därmed inte kan ta till sig informationen på samma sätt som vuxna i den allmänna befolkningen. Därav är det viktigt att åtgärderna är individanpassade och på en lagom nivå.
4. Att följa upp deltagarna både när de får hjälp från psykoskliniken och när de får extern hjälp, samt före och efter insatsen.

Avsnitt 2

Frågor och svar

Vad är grundprincipen?

Grundprincipen är en förändring på sikt, i rätt riktning och i en lagom takt som är individanpassad. Till exempel: Den person som inte rör på sig ska börja röra på sig mer första året och mer följande åren. Den som röker 20 cigaretter om dagen ska röka mindre första året och mindre följande åren. Samma princip gäller för kostvanor och alkoholvanor. Att gå ner i vikt är en stor utmaning som individer med allvarlig psykisk sjukdom har. Viktnedgång behöver inte stå i centrum för våra insatser. Flera studier har visat att riskökningen är ett resultat av en samling av flera riskfaktorer. Om vi lyckas hjälpa våra patienter att förbättra några andra riskfaktorer när de inte kan gå ner i vikt så har vi lyckats minska risken för kardiometabola sjukdomar och dessutom förbättrat livskvaliteten hos dessa individer.

Vad är huvudsyftet?

Att höja livskvaliteten, förbättra den psykiska och fysiska hälsan, samt minska risken för funktionsnedsättningar och kardiometabola sjukdomar; diabetes mellitus typ II och hjärtkärlsjukdomar (stroke, transitorisk ischemisk attack, hjärtinfarkt, eller angina pectoris).

Vilka mål har LAGOM?

- Att förbättra den kardiometabola profilen hos individer med allvarlig psykisk sjukdom.
- Att stoppa den försämrade trenden av för tidig död hos individer med allvarlig psykisk sjukdom.
- Att öka kunskap hos patienter och vårdpersonal om sambandet mellan den psykiska sjukdomen, kardiometabola profilen, och levnadsvanorna.
- Att minska sjukvårds- och samhällskostnader kopplade till behandling av individer med allvarlig psykisk sjukdom.

Vad är första steget?

Första steget är en kartläggning av den kardiometabola profilen och levnadsvanorna enligt flödesschemat (bilaga 1) vid årskontrollen.

Hur kartläggas den kardiometabola profilen?

Den kardiometabola profilen analyseras genom följande:

1. **Samsjuklighet eller metabolt syndrom**
Kartläggning av samtidig diabetes mellitus eller uppfyllande av kriterierna för metabola syndromet.
2. **Riskbedömning enligt SCORE2**
Bedömning av risken för hjärt-kärlsjukdom med hjälp av riskalgoritmen SCORE2:
 - Hög risk: SCORE2 $\geq 2,5$ % (<50 år) eller ≥ 5 % (≥ 50 år)
 - Mycket hög risk: SCORE2 $\geq 7,5$ % (<50 år) eller ≥ 10 % (≥ 50 år)
3. **Utveckling av kardiometabola parametrar över tid**
Övervakning av förändringar i kardiometabola parametrar såsom:
 - Blodprover: triglycerider (TAG), HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, totalt kolesterol, glukos
 - Viktparametrar: midjemått, BMI
 - Blodtryck*(Observera att det idag saknas en etablerad konsensus kring exakta gränser för vad som räknas som en kliniskt signifikant försämring.)*
4. **Avvikande laboratorievärden**
Identifiering av avvikande värden baserat på laboratoriets aktuella referensintervall och cut-off-gränser.

5. Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom

Förekomst av hjärt-kärlsjukdom hos förstegradssläkting före 60 års ålder.

Användning av Metabola syndromet och SCORE2?

Vid bedömning av kardiometabola avvikelser är det viktigt att analysera de olika parametrarna i ett samlat sammanhang, snarare än att utvärdera varje faktor isolerat. Detta eftersom det finns ett synergistiskt samband mellan avvikelserna och deras påverkan på risken för hjärt-kärlsjukdomar.

Ett praktiskt och strukturerat sätt att identifiera kardiometabola avvikelser är att utgå från definitionen av det metabola syndromet enligt tabeller 1 och 2 nedan.

Table 1. Criteria for Clinical Diagnosis of the Metabolic Syndrome

Measure	Categorical Cut Points
Elevated waist circumference*	Population- and country-specific definitions
Elevated triglycerides (drug treatment for elevated triglycerides is an alternate indicator†)	≥150 mg/dL (1.7 mmol/L)
Reduced HDL-C (drug treatment for reduced HDL-C is an alternate indicator†)	<40 mg/dL (1.0 mmol/L) in males; <50 mg/dL (1.3 mmol/L) in females
Elevated blood pressure (antihypertensive drug treatment in a patient with a history of hypertension is an alternate indicator)	Systolic ≥130 and/or diastolic ≥85 mm Hg
Elevated fasting glucose‡ (drug treatment of elevated glucose is an alternate indicator)	≥100 mg/dL

HDL-C indicates high-density lipoprotein cholesterol.

*It is recommended that the IDF cut points be used for non-Europeans and either the IDF or AHA/NHLBI cut points used for people of European origin until more data are available.

†The most commonly used drugs for elevated triglycerides and reduced HDL-C are fibrates and nicotinic acid. A patient taking 1 of these drugs can be presumed to have high triglycerides and low HDL-C. High-dose ω -3 fatty acids presumes high triglycerides.

‡Most patients with type 2 diabetes mellitus will have the metabolic syndrome by the proposed criteria.

Borrowed with permission from Alberti KGMM et al. Harmonizing the metabolic syndrome. Circulation. 2009;120:1640-1645.

Table 2. Current Recommended Waist Circumference Thresholds for Abdominal Obesity by Organization

Population	Organization (Reference)	Recommended Waist Circumference Threshold for Abdominal Obesity	
		Men	Women
Europid	IDF (4)	≥94 cm	≥80 cm
Caucasian	WHO (7)	≥94 cm (increased risk) ≥102 cm (still higher risk)	≥80 cm (increased risk) ≥88 cm (still higher risk)
United States	AHA/NHLBI (ATP III)* (5)	≥102 cm	≥88 cm
Canada	Health Canada (8,9)	≥102 cm	≥88 cm
European	European Cardiovascular Societies (10)	≥102 cm	≥88 cm
Asian (including Japanese)	IDF (4)	≥90 cm	≥80 cm
Asian	WHO (11)	≥90 cm	≥80 cm
Japanese	Japanese Obesity Society (12)	≥85 cm	≥90 cm
China	Cooperative Task Force (13)	≥85 cm	≥80 cm
Middle East, Mediterranean	IDF (4)	≥94 cm	≥80 cm
Sub-Saharan African	IDF (4)	≥94 cm	≥80 cm
Ethnic Central and South American	IDF (4)	≥90 cm	≥80 cm

*Recent AHA/NHLBI guidelines for metabolic syndrome recognize an increased risk for CVD and diabetes at waist-circumference thresholds of ≥94 cm in men and ≥80 cm in women and identify these as optional cut points for individuals or populations with increased insulin resistance.

Borrowed with permission from Alberti KGMM et al. Harmonizing the metabolic syndrome. Circulation. 2009;120:1640-1645.

Om individen uppfyller tre av dessa fem kriterier betraktas hen som att ha metabola syndromet.

SCORE2 är en prediktionsalgoritm som används inom hälso- och sjukvården i Sverige för att uppskatta risken för hjärt-kärlsjukdom (CVD).

Alla europeiska länder har grupperats i fyra riskregioner baserat på deras senaste WHO-standardiserade dödlighet i hjärt-kärlsjukdom per 100 000 invånare (ICD-10 kapitel IX, I00–I99):

- Låg risk (<100 CVD-dödsfall per 100 000) (modell A)
- Måttlig risk (100 till <150 CVD-dödsfall per 100 000) (modell B)
- Hög risk (150 till <300 CVD-dödsfall per 100 000) (modell C)
- Mycket hög risk (≥300 CVD-dödsfall per 100 000) (modell D)

Eftersom individer med psykossjukdom har en högre CVD-dödlighet än 300 dödsfall per 100 000 invånare, tillhör dessa individer en mycket hög riskgrupp.

För denna patientgrupp är det därför mer lämpligt att använda modell D av SCORE2, enligt nedan.

(Tabellerna nedan är adapterade från *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 25, 1 July 2021, Pages 2439–2454, 2455–2467)

D

SCORE2

10-year risk of (fatal and non-fatal)
CV events in populations at
very high CVD risk

<50 years	50-69 years
<2.5%	<5%
2.5 to <7.5%	5 to <10%
≥7.5%	≥10%

		Women										Men								
		Non-smoking				Smoking				Age	Non-smoking				Smoking					
Systolic blood pressure (mm Hg)	160-179	27	28	30	31	41	42	44	46	65 - 69	26	28	30	32	36	39	42	44		
	140-159	22	23	24	26	34	36	37	39		22	24	26	27	31	33	36	38		
	120-139	18	19	20	21	28	30	31	33		18	20	21	23	26	28	30	33		
	100-119	15	16	16	17	23	24	26	27		15	17	18	19	22	24	26	28		
	160-179	20	21	22	24	33	35	37	39	60 - 64	20	23	25	27	31	33	36	40		
	140-159	16	17	18	19	27	29	30	32		17	19	20	22	25	28	31	33		
	120-139	12	13	14	15	22	23	25	26		14	15	17	18	21	23	25	28		
	100-119	10	11	11	12	17	18	20	21		11	12	14	15	17	19	21	23		
	160-179	14	15	17	18	26	28	31	33	55 - 59	16	18	20	23	25	28	32	35		
	140-159	11	12	13	14	21	23	24	26		13	14	16	18	21	23	26	29		
	120-139	8	9	10	11	16	18	19	21		10	11	13	15	17	19	21	24		
	100-119	7	7	8	9	13	14	15	16		8	9	10	12	13	15	17	19		
	160-179	10	11	12	14	21	23	25	28	50 - 54	12	14	16	19	21	24	28	31		
	140-159	8	9	9	11	16	18	19	22		10	11	13	15	17	19	22	25		
	120-139	6	6	7	8	12	13	15	17		7	9	10	12	13	15	17	20		
	100-119	4	5	5	6	9	10	11	13		6	7	8	9	10	12	14	16		
	160-179	7	8	9	10	16	18	21	23	45 - 49	9	11	13	16	17	20	24	28		
	140-159	5	6	7	8	12	14	15	17		7	8	10	12	13	16	18	22		
	120-139	4	4	5	6	9	10	12	13		5	6	8	9	10	12	14	17		
	100-119	3	3	4	4	7	8	9	10		4	5	6	7	8	9	11	13		
160-179	5	6	7	8	13	15	17	19	40 - 44	7	9	11	13	14	17	20	24			
140-159	4	4	5	6	9	11	12	14		5	6	8	10	11	13	16	19			
120-139	3	3	3	4	7	8	9	10		4	5	6	7	8	10	12	14			
100-119	2	2	2	3	5	6	6	7		3	4	4	5	6	7	9	11			
		3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9			3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	
		Non-HDL cholesterol (mmol/L)																150	200	250

150 200 250

SCORE2-OP

10-year risk of CV events in older persons in populations at very high CVD risk



Systolic blood pressure (mm Hg)	Women								Age	Men							
	Non-smoking				Smoking					Non-smoking				Smoking			
160-179	62	63	64	65	65	66	67	68	85 - 89	49	54	59	64	49	54	59	64
140-159	60	61	62	63	63	64	65	66		48	53	58	63	48	53	58	63
120-139	58	59	60	61	61	62	63	65		47	52	56	61	47	52	56	61
100-119	56	57	58	60	59	60	61	63		46	50	55	60	46	50	55	60
160-179	53	54	55	57	59	60	62	63	80 - 84	44	48	52	56	47	51	55	59
140-159	50	51	52	54	56	57	59	60		42	46	49	53	45	49	52	56
120-139	47	48	49	51	53	54	56	57		40	43	47	51	43	46	50	54
100-119	44	45	47	48	50	51	53	54		38	41	45	48	40	44	48	51
160-179	44	46	47	48	53	55	56	58	75 - 79	40	42	45	48	45	48	51	54
140-159	41	42	43	45	49	51	52	53		37	39	42	44	42	44	47	50
120-139	37	39	40	41	46	47	48	49		34	36	39	41	39	41	44	47
100-119	34	35	36	37	42	43	44	46		31	33	36	38	36	38	41	43
160-179	37	38	39	41	48	49	51	52	70 - 74	35	37	39	40	43	45	47	49
140-159	33	34	35	36	43	44	46	47		32	33	35	36	39	41	42	44
120-139	29	30	31	32	39	40	41	43		28	30	31	33	35	36	38	40
100-119	26	27	28	29	34	36	37	38		25	26	28	29	31	33	34	36
	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9		3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9
																</	

Hur kan vi identifiera och åtgärda den enskilda ohälsosamma levnadsvanan?

Definition och förslag på åtgärd finns i avsnitt 4–7 nedan.

Vad händer efter kartläggningen?

Efter att ohälsosamma levnadsvanor eller avvikelser i den kardiometabola profilen har identifierats vid årsbesöket, gör den ansvariga läkaren en medicinsk bedömning för att överväga remittering till externa aktörer, såsom primärvården, som kan erbjuda behandling för kardiometabola avvikelser. Detta kan inkludera blodfettsänkande behandling, blodtryckssänkande behandling, diabetesmedicinering eller behandling av fetma. Primärvården kan även tillhandahålla insatser såsom kostrådgivning och stöd för rökavvänjning.

Den ansvariga läkaren kan också remittera patienten till interna aktörer, såsom hälsopedagoger och fysioterapeuter, för vidare utvärdering av patientens resurser och motivation att förändra avvikelserna i den kardiometabola profilen.

Case managern har ansvar för att följa upp både interna och externa insatser på ett individanpassat sätt genom regelbundna kontakter och uppföljningar under året. Eventuella komplexa ärenden diskuteras vid behandlingskonferensen.

Hur ofta sker uppföljningen?

Uppföljningen sker individuellt med jämna mellanrum under året för att inte tappa effekten av de olika insatserna. Uppföljningen ska vara individanpassad och kommer att ske oftare i början tills patienten har hittat ett fungerande sätt att hantera sina kardiometabola avvikelser och sina ohälsosamma levnadsvanor.

Ett exempel på dessa fungerande sätt kan vara:

- Etablering av en fungerande kontakt med en dietist på vårdcentralen för bättre kostvanor.
- Förskrivning av läkemedel mot kardiometabola avvikelser av primärvårdsläkaren.

- Etablering av en fungerande kontakt med en distriktsjuksköterska för rökavvänjningen.
- Behärskandet av de olika länkarna till hälsoteket, friskvårdsklubben, samt de olika apparna om levnadsvanorna.
- Etablering av en fungerande kontakt med hälsopedagogen för bättre levnadsvanor.

Vilka verktyg har vi i vårt motivationsarbete?

Samtalsmetoden MI kan utgöra en användbar grund för hälsosamtalen. Att motivera kan innefatta att ge individen konkreta och individanpassade skäl till att personen bör ändra sina levnadsvanor. QRISK3 kan användas i detta syfte. QRISK3 ger ett tydligt exempel på det interaktiva förhållandet mellan olika riskfaktorer och ger en vägledning när det gäller förändring av de modifierbara riskfaktorerna. Därmed kan den också vara användbar i motivationsarbetet, se nedan! Det bör dock noteras att QRISK3-skalan inte är validerad för användning inom den svenska populationen eller för individer med allvarlig psykisk sjukdom. Här nedan följer en beskrivning med bilder av hur QRISK3-skalan ser ut och hur den kan tillämpas.

Age (25-84):

Sex: ☒ Male ☐ Female

Ethnicity:

UK postcode: leave blank if unknown

Postcode:

Clinical information

Smoking status:

Diabetes status:

Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60? ☐

Chronic kidney disease (stage 3, 4 or 5)? ☐

Atrial fibrillation? ☐

On blood pressure treatment? ☐

Do you have migraines? ☐

Rheumatoid arthritis? ☐

Systemic lupus erythematosus (SLE)? ☐

Severe mental illness?
(this includes schizophrenia, bipolar disorder and moderate/severe depression) ☐

On atypical antipsychotic medication? ☐

Are you on regular steroid tablets? ☐

A diagnosis of or treatment for erectile dysfunction? ☐

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:

Systolic blood pressure (mmHg):

Standard deviation of at least two most recent systolic blood pressure readings (mmHg):

Body mass index

Height (cm):

Weight (kg):

Under "Ethnicity" kan följande alternativ väljas:

White or not stated
Indian
Pakistani
Bangladeshi
Other Asian
Black Caribbean
Black African
Chinese
Other ethnic group

Under "Smoking status" kan man välja följande alternativ:

non-smoker
ex-smoker
light smoker (less than 10)
moderate smoker (10 to 19)
heavy smoker (20 or over)

Under "Diabetes status" finns följande alternativ:

none
type 1
type 2

De modifierbara riskfaktorerna är:

Rökning, total kolesterol/HDL kvot, systoliskt blodtryck, och BMI.

De "delvis" modifierbara riskfaktorerna är:

Behandling med atypiska antipsykotiska.

Nedan visas ett exempel på en 40-årig man med psykossjukdom:

About you

Age (25-84):

Sex: ☒ Male ☐ Female

Ethnicity:

UK postcode: leave blank if unknown

Postcode:

Clinical information

Smoking status:

Diabetes status:

Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60? ☐

Chronic kidney disease (stage 3, 4 or 5)? ☐

Atrial fibrillation? ☐

On blood pressure treatment? ☐

Do you have migraines? ☐

Rheumatoid arthritis? ☐

Systemic lupus erythematosus (SLE)? ☐

Severe mental illness?
(this includes schizophrenia, bipolar disorder and moderate/severe depression) ☒

On atypical antipsychotic medication? ☒

Are you on regular steroid tablets? ☐

A diagnosis of or treatment for erectile dysfunction? ☐

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:

Systolic blood pressure (mmHg):

Standard deviation of at least two most recent systolic blood pressure readings (mmHg):

Body mass index

Height (cm):

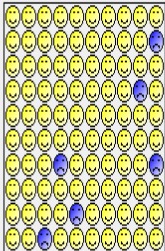
Weight (kg):

Your results

Your risk of having a heart attack or stroke within the next 10 years is:

5.8%

In other words, in a crowd of 100 people with the same risk factors as you, 6 are likely to have a heart attack or stroke within the next 10 years.



**Risk of
a heart attack or stroke**

Your score has been calculated using estimated data, as some information was left blank.

Your body mass index was calculated as 26.12 kg/m².

How does your 10-year score compare?

Your score	
Your 10-year QRISK [®] 3 score	5.8%
The score of a healthy person with the same age, sex, and ethnicity*	1.4%
Relative risk**	4.3
Your QRISK [®] 3 Healthy Heart Age***	56

* This is the score of a healthy person of your age, sex and ethnic group, i.e. with no adverse clinical indicators and a cholesterol ratio of 4.0, a stable systolic blood pressure of 125, and BMI of 25.

** Your relative risk is your risk divided by the healthy person's risk.

*** Your QRISK[®]3 Healthy Heart Age is the age at which a healthy person of your sex and ethnicity has your 10-year QRISK[®]3 score.

Denna individ har en absolut risk på 5,8 %. För att förstå denna procentsiffra kan vi jämföra med procentsiffran 1,4 % som tillhör en person av samma ålder, kön, och etnicitet som denna individ. Här ser vi den stora skillnaden. Vi ser dessutom att denna 40-åriga man har ett hjärta som har en högre biologisk ålder (56 år) jämfört med dess kronologiska ålder (40 år).

Om vi lyckas att få denna individ att sluta röka kommer han i stället att få dessa siffror:

About you

Age (25-84):

Sex: ☒ Male ☐ Female

Ethnicity:

UK postcode: leave blank if unknown

Postcode:

Clinical information

Smoking status:

Diabetes status:

Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60? ☐

Chronic kidney disease (stage 3, 4 or 5)? ☐

Atrial fibrillation? ☐

On blood pressure treatment? ☐

Do you have migraines? ☐

Rheumatoid arthritis? ☐

Systemic lupus erythematosus (SLE)? ☐

Severe mental illness?
(this includes schizophrenia, bipolar disorder and moderate/severe depression) ☒

On atypical antipsychotic medication? ☒

Are you on regular steroid tablets? ☐

A diagnosis of or treatment for erectile dysfunction? ☐

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:

Systolic blood pressure (mmHg):

Standard deviation of at least two most recent systolic blood pressure readings (mmHg):

Body mass index

Height (cm):

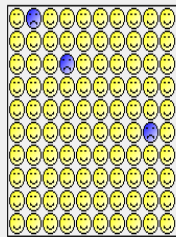
Weight (kg):

Your results

Your risk of having a heart attack or stroke within the next 10 years is:

3.1%

In other words, in a crowd of 100 people with the same risk factors as you, 3 are likely to have a heart attack or stroke within the next 10 years.



**Risk of
a heart attack or stroke**

Your score has been calculated using estimated data, as some information was left blank.

Your body mass index was calculated as 26.12 kg/m².

How does your 10-year score compare?

Your score	
Your 10-year QRISK [®] 3 score	3.1%
The score of a healthy person with the same age, sex, and ethnicity*	1.4%
Relative risk**	2.3
Your QRISK [®] 3 Healthy Heart Age***	48

* This is the score of a healthy person of your age, sex and ethnic group, i.e. with no adverse clinical indicators and a cholesterol ratio of 4.0, a stable systolic blood pressure of 125, and BMI of 25.

** Your relative risk is your risk divided by the healthy person's risk.

*** Your QRISK[®]3 Healthy Heart Age is the age at which a healthy person of your sex and ethnicity has your 10-year QRISK[®]3 score.

Därför kan QRISK3 och andra riskskalor ha ett pedagogiskt budskap genom möjligheten att hypotetiskt ändra de olika modifierbara riskfaktorerna och visa hur utfallet kan förändras!

Ingår det psykoedukation och fortbildning?

LAGOM inkluderar årlig psykoedukation för personer med allvarlig psykisk sjukdom om sambandet mellan den kardiometabola profilen, den psykiska sjukdomen och levnadsvanor. LAGOM innehåller även fortbildning för medarbetare om programmet genom interna seminarier som planeras att hållas två gånger årligen.

Avsnitt 3

Några begrepp

Enkla råd

Socialstyrelsen ger inga rekommendationer angående användningen av åtgärden enkla råd, vilket innebär information och kortfattade standardiserade råd om levnadsvanor. Det är dock av betydelse att hälso- och sjukvården fortsätter att erbjuda enkla råd om levnadsvanor. Enkla råd utgör en naturlig del av bedömningssamtal som genomförs av hälso- och sjukvården för att identifiera och uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor hos patienter. Dessa råd bör betraktas som en grund för påföljande behandling med mer omfattande åtgärder, såsom rådgivande eller kvalificerade rådgivande samtal, och bör kunna ges på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Rådgivande samtal

En dialog som fokuserar på individen, anpassad till den specifika personens ålder, hälsotillstånd, risknivåer, med mera. Det kan inkludera motiverande strategier såsom motiverande samtal och kan stärkas med olika verktyg och hjälpmedel. Åtgärden kan också kompletteras med återkommande kontakter, såsom återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl, vid ett eller flera tillfällen. Normalt sett tar åtgärden 5–15 minuter, men kan i vissa fall sträcka sig upp till cirka 30 minuter.

Kvalificerat rådgivande samtal

En individanpassad dialog med patienten, skräddarsydd efter den specifika individens ålder, hälsotillstånd, risknivåer med mera, kan inkludera motiverande strategier, såsom motiverande samtal, och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. Åtgärden är teoribaserad och strukturerad, vilket innebär att den bygger på tydligt definierade antaganden om hur och varför den fungerar och inkluderar fördefinierade komponenter. För att genomföra åtgärden krävs att personalen har djupgående kunskap inom ämnet och är utbildad i den metod som används för samtalet. Den tar mer tid i anspråk jämfört med rådgivande samtal, och återkommande sessioner eller kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) kan äga rum vid ett eller flera tillfällen. Åtgärden kan genomföras individuellt eller i grupp och omfattar ofta komponenter från olika teorier, såsom Social learning theory, Social cognitive theory, Health belief model, Theory of planned behavior, Stages of change and Transtheoretical model, Cognitive behavior theory, Self-determination theory, och Protection motivation theory. Kvalificerade rådgivande samtal kan kräva särskilda utbildningsinsatser.

Svårighetsgrad av levnadsvanorna

För varje tillstånd i riktlinjerna har Socialstyrelsen gjort en bedömning av tillståndets svårighetsgrad. Bedömningen av svårighetsgraden har i dessa riktlinjer utgått från risken för framtida ohälsa. Socialstyrelsen har utgått ifrån svårighetsgraden för ett antal allvarliga sjukdomar som är förknippade med respektive levnadsvana och risken att drabbas av dessa sjukdomar till följd av den ohälsosamma levnadsvanan om ingen åtgärd sätts in. För att uppskatta risken att drabbas av dessa sjukdomar har Socialstyrelsen tagit utgångspunkt i den samlade sjukdomsbördan.

Avsnitt 4

Daglig rökning

Definition

Med daglig rökning avses rökning dagligen, oavsett mängd cigaretter. För gravida, unga under 18 år och personer som ska opereras inkluderas även mer sporadisk rökning. All rökning, även tillfällig rökning och i små mängder, är förenad med hälsorisker, men risken ökar med antalet cigaretter man röker och hur länge man har rökt.

Enligt Socialstyrelsen:

- Vid bedömning av riskbeteende utgå från resultat av bedömningsinstrumenten, patientens hälso- och sjukdomstillstånd och samtal med patienten.
- För vissa sjukdomstillstånd är de allmänna råden inte förenliga med de sjukdomsanpassade råden.
- Patienten ska erbjudas råd och stöd utifrån sin situation och sitt individuella behov.
- Råd och information om riskbeteende bör vara kopplat till patientens hälsotillstånd och sjukdom samt till de vinster patienten gör med att sluta med sin ohälsosamma levnadsvana.

Svårighetsgrad

Stor till mycket stor.

Föreslagen åtgärd

Kvalificerat rådgivande samtal. Rökavvänjning i grupp hos hälsopedagogen, hänvisa till vårdcentralen eller se länkar nedan! (OBS! Glöm inte grundprincipen i avsnitt 2 på sida 4!).

Bedömning av riskbeteende – Tobaksbruk enligt Socialstyrelsen

Riskbeteende föreligger vid:

- All daglig rökning hos vuxna
- Sporadisk rökning hos vuxna som ska eller genomgått operation eller hos högriskgrupper*
- Rökning hos ungdomar under 18 år
- Daglig snusning

* Högriskgrupper är exempelvis individer med högt blodtryck, blodfettssrubbnings, övervikt eller fetma, lungsjukdom, cancer, diabetes, hjärtkärlsjukdom, schizofreni, depression, ammande och föräldrar/vårdnadshavare till små barn.

Om individen uppger annat tobaksbruk än cigarett eller snus, ex cigarr, vattenpipa eller e-cigarett ska detta bedömas och dokumenteras i patientjournalen.

Länkar om rökavvänjning

1. Vårdgivarwebben

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/levnadsvanor-och-sjukdomsforebyggande-metoder/tobak/>

Här finns information om levnadsvanan Tobak.

2. Hälsocoach online

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/levnadsvanor/halsocoach-online/>

Lämpar sig för personer som har en hög grad av självständighet och motivation till förändring av levnadsvanor. Citat från hemsidan: "Det är viktigt att personen är motiverad och kan ta ansvar för att förändra sina levnadsvanor."

Avsnitt 5

Ohälsosamma matvanor

Definition

Ohälsosamma matvanor definieras som kostmönster som inte är förenliga med att förbättra den kardiometabola profilen eller förebygga kardiometabol sjukdom.

Detta kan till exempel innebära att individen fortsätter att öka i vikt till följd av sina matvanor, vilket tyder på att kosten bidrar till en ogynnsam utveckling av riskfaktorer såsom övervikt, hyperlipidemi, hyperglykemi eller hypertoni.

Kort sagt: **om kosten förvärrar eller inte hjälper till att förbättra kardiometabola riskfaktorer betraktas den som ohälsosam.**

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

Svårighetsgrad

Stor.

Föreslagen åtgärd

Kvalificerat rådgivande samtal. Remiss till dietist på vårdcentral, klinisk nutrition, eller obesitasmottagning beroende på grad av övervikt och medföljande komplikationer! (OBS! Glöm inte grundprincipen i avsnitt 2 på sida 4!).

Bilagor: 2 och 3.

OBS! Obesitasmottagningen tar emot vårdbegäran för personer med BMI ≥ 35 kg/m². För fetmaoperation gäller BMI ≥ 40 kg/m², eller BMI ≥ 35 kg/m² med samsjuklighet (diabetes typ II, fetmarelaterad kardiomyopati, svår sömnapné, lungemboli, pseudotumör cerebri, venösa bensår), och frånvaro av kontraindikationer. Bilaga 3 nedan visar den blankett som bör skickas med remissen!

Länkar om matvanor

1. Vårdgivarwebben

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/levnadsvanor-och-sjukdomsforebyggande-metoder/matvanor/>

Information om levnadsvanan Matvanor.

2. Klinisk nutrition

<https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-6/specialistmedicin/enheter/dietistmottagning-klinisk-nutrition-sahlgrenska/>

3. Råd om kost

<https://www.1177.se/vastra-gotaland/liv--halsa/ata-for-att-ma-bra/sa-ater-du-halsosamt/>

<https://www.halsolots.se/>

4. Hälsocoach online

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/levnadsvanor/halsocoach-online/>

(Hämtad från VGRs MEDICINSK RIKTLINJE om Fetma och övervikt - behandling i primärvården)

Orlistat förhindrar nedbrytningen av fett i kosten och är indicerat för behandling av fetma ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) eller övervikt ($\text{BMI} \geq 28 \text{ kg/m}^2$) med samtidiga riskfaktorer. Behandling med orlistat skall alltid ordinerars i kombination med energireducerad kost med begränsat intag av fett (enligt ovan). Följ upp behandlingen efter 4 och 12 veckor. Normaldosering 120 mg x 3. Orlistat kan förskrivas på recept eller köpas receptfritt i en lägre dosering 60 mg x 3.

Mysimba® dämpar aptiten och kan användas som tillägg till behandling med energireducerad kost och ökad fysisk aktivitet för viktminskningsbehandling hos personer ≥ 18 år med $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ eller $\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$ med en eller flera viktrelaterad samsjuklighet som typ 2-diabetes, dyslipidemi eller kontrollerad hypertoni. Dosen ökas successivt från 1 x 1 till 2 x 2 tabletter under 4 veckor. Behandlingen ska avbrytas efter 16 veckor om patienten inte har tappat minst 5% av sin initiala kroppsvikt. Behovet av fortsatt behandling ska utvärderas med intervall på 16 veckor och årligen. Vanliga biverkningar är sömnlöshet, ångest, huvudvärk, bukbesvär, led- och muskelvärk. För användning i patientgrupper som äldre eller personer med olika sjuklighet eller behandlingar, se FASS. Mysimba® ryms inte inom läkemedelsförmånen (juli 2019), varför kostnaden för patienten själv blir cirka 1000 kr/månad.

Saxenda® är en GLP-1-receptoragonist verkar bland annat genom att dämpa aptiten, och är indicerat som ett komplement till energireducerad kost och ökad fysisk aktivitet för viktkontroll hos vuxna patienter med $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ eller $\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$ med viktrelaterad samsjuklighet som prediabetes, typ 2-diabetes, hypertoni, dyslipidemi eller obstruktiv sömnapné. Startdosen är 0,6 mg som injiceras subkutant en gång dagligen. Dosen bör ökas till 3,0 mg en gång dagligen i steg om 0,6 mg med minst en veckas intervall. Om upptrappningen till nästa dosnivå inte tolereras två veckor i följd ska avbrytande av behandlingen övervägas. Behandling med 3,0 mg Saxenda® dagligen ska avbrytas efter 12 veckor om patienten inte har förlorat minst 5% av sin initiala kroppsvikt. De vanligaste biverkningarna är illamående eller gastrointestinala besvär. Saxenda® ryms inte inom läkemedelsförmånen (juli 2019), varför kostnaden för patienten själv blir cirka 2500 kr/månad.

Diabetesläkemedel

En andel av personer med övervikt och fetma har typ 2-diabetes. Grunden för dess behandling är viktnedgång genom kost-förändringar och förbättrad livsstil, inklusive ökad fysisk aktivitet. Metformin, som ska erbjudas alla personer med typ 2-diabetes om inte begränsande biverkningar eller kontraindikationer föreligger, anses viktneutralt. DPP-4-hämmare är viktneutrala, medan sulfonureider, thiazolidinedioner (pioglitazon) och insulinbehandling generellt ökar vikten. GLP-1-receptoragonister och SGLT-2-hämmare sänker i genomsnitt vikten, och har visat sig minska risken för hjärt- och kärlsjukdom och bevara njurfunktionen vid typ 2-diabetes och hög kardiovaskulär risk. Se Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2-diabetes. respektive FASS för fullständig information.

Avsnitt 6

Riskbruk av alkohol

Definition

Riskabla alkoholvanor kan föreligga utifrån riskskalan AUDIT-C vid 4 poäng för kvinnor och 5 poäng för män. 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.

Enligt Socialstyrelsen:

- Vid bedömning av riskbeteende utgå från resultat av bedömningsinstrumenten, patientens hälso- och sjukdomstillstånd och samtal med patienten.
- För vissa sjukdomstillstånd är de allmänna råden inte förenliga med de sjukdomsanpassade råden.
- Patienten ska erbjudas råd och stöd utifrån sin situation och sitt individuella behov.
- Råd och information om riskbeteende bör vara kopplat till patientens hälsotillstånd och sjukdom samt till de vinster patienten gör med att sluta med sin ohälsosamma levnadsvana.

Svårighetsgrad

Måttlig till stor.

Föreslagen åtgärd

Rådgivande samtal. Se länken nedan! (OBS! Glöm inte grundprincipen i avsnitt 2 på sida 4!).

Bilagor: 4 och 5.

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

Länkar om riskbruk av alkohol

1. Vårdgivarwebben

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/levnadsvanor-och-sjukdomsforebyggande-metoder/alkohol/>

Här finns en mer detaljerad beskrivning av arbetet med levnadsvanan Alkohol.

2. Hälsocoach online

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/levnadsvanor/halsocoach-online/>

Avsnitt 7

Otillräcklig fysisk aktivitet

Definition

Otillräcklig fysisk aktivitet definieras som en nivå av fysisk aktivitet som inte är tillräcklig för att förbättra den kardiometabola profilen eller förebygga kardiometabol sjukdom.

Även om individens nivå av fysisk aktivitet uppfyller de rekommenderade riktlinjerna för den allmänna befolkningen (enligt definitionen nedan), kan det finnas behov av att höja intensiteten eller förlänga varaktigheten på den fysiska aktiviteten för att ytterligare förbättra den kardiometabola profilen eller förebygga sjukdom.

>150 min/vecka på minst måttlig ansträngningsnivå
eller >75 min/vecka på hög ansträngningsnivå
eller vid kombination (sammanlagd score) ≥ 150 min/vecka

Väg in patientens hälso- och sjukdomstillstånd och patientsamtalet i den sammantagna bedömningen. Ta hänsyn till om patienten ska vara fysiskt aktiv i sjukdomsförebyggande eller sjukdomsbehandlande syfte. Vid vissa sjukdomstillstånd är de allmänna råden inte förenliga med de sjukdomsanpassade råden.

Längre tid i stillasittande är kopplat till ohälsa och förtida död. Positiva effekter av att minska tid i stillasittande verkar vara störst för de med låg fysisk aktivitetsgrad. Rekommendationen är att undvika långvarigt stillasittande så mycket som möjligt, inga gränsvärden kan ännu anges vid bedömning utifrån frågorna om stillasittande.

Väg in patientens hälso- och sjukdomstillstånd och patientsamtalet i den sammantagna bedömningen. Vid vissa sjukdomstillstånd är de allmänna råden inte förenliga med de sjukdomsanpassade råden.

Enligt Socialstyrelsen:

- Vid bedömning av riskbeteende utgå från resultat av bedömningsinstrumenten, patientens hälso- och sjukdomstillstånd och samtal med patienten.
- Patienten ska erbjudas råd och stöd utifrån sin situation och sitt individuella behov.
- Råd och information om riskbeteende bör vara kopplat till patientens hälsotillstånd och sjukdom samt till de vinster patienten gör med att sluta med sin ohälsosamma levnadsvana.

Svårighetsgrad

Måttlig till stor.

Föreslagen åtgärd

Rådgivande samtal med eller utan tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller aktivitetsmätare. (OBS! Glöm inte grundprincipen i avsnitt 2 på sida 4!).

Individer med kroniska sjukdomstillstånd eller funktionshinder, som inte kan nå upp till rekommendationerna, bör vara så aktiva som tillståndet medger. Valet av aktiviteter kan behöva anpassas till tillståndet. I dessa fall kan specifika rekommendationer erhållas i FYSS (www.fyss.se), en handbok om fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.

Länkar om rådgivning och hänvisning till fysisk aktivitet

1. Vårdgivarwebbens sidor med information, länkar och material att använda:

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/levnadsvanor-och-sjukdomsforebyggande-metoder/fysisk-aktivitet/>

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/levnadsvanor-och-sjukdomsforebyggande-metoder/fysisk-aktivitet/hanvisa-patienter-vidare/>

Vårdgivarwebbens sammanställning av länkar till verksamheterna som beskrivs nedan.

2. Aktivitetskatalogen, ges ut årligen av Centrum för fysisk aktivitet

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/levnadsvanor/aktivitetskatalog-far>

Överskådlig sammanställning av många olika aktörer, såsom idrottsföreningar, motionsanläggningar och träffpunkter för seniorer, m.m. Finns även att beställa som fysisk katalog.

3. Kort beskrivning av verksamheter att hänvisa till:

Hälsolots Majorna-Linné, Hälsoteket Angered, Hälsoteket Väster, Hälsoteket Örgryte-Härlanda, Hälsoteket Östra Göteborg, Livskraften Härryda och Hälsodisken Hisingen

<https://www.halsolots.se/>

Erbjuder motionsaktiviteter m.m. Nästan alltid kostnadsfritt och drop in.

4. Friskvårdsklubben – ideell förening som riktar sig till målgruppen med personer som har eller haft psykisk ohälsa. Gymträning, olika sporter och aktiviteter.

<https://www.friskvardsklubben.se/>

Passar för individer som vill träna tillsammans med andra som har någon form av psykisk ohälsa. Medlemsavgift och eventuella andra avgifter är mycket låga jämfört med träningskort på motionsanläggningar.

5. FaR-mottagningar

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/levnadsvanor/aktivitetskatalog-far/far-mottagning/>

Dessa mottagningar kan vi hänvisa patienter som fått Fysisk aktivitet på recept (FaR). Här finns fysioterapeut på plats och patienten kan boka tid för vägledning i val av aktiviteter, utformning av träningsprogram, samt stöttning att komma i gång. Det finns möjlighet till uppföljande stöd i 6 månader och även återkoppling till oss efter avslutad insats om patienten medger det. Kostnadsfritt.

6. Hälsocoach online

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/levnadsvanor/halsocoach-online/>

7. Aktiv, via Finsam

<https://finsamgoteborg.se/insatser/information-om-insatserna/#aktiv-2>

Målgruppen för Finsam Göteborg är personer i åldrarna 16–64 som har kontakt med minst två av följande: FK, AF, VGR, Göteborgs stad, och har behov av samordnat stöd för att nå eller närma sig arbete eller studier.

”Vi finns för dig som:

Är 16–64 år och bor i Göteborg

Har psykisk och/eller fysisk ohälsa som utgör hinder att arbeta eller studera

Är eller riskerar att bli sjukskriven och bedöms att genom träning kunna korta av eller förebygga sjukskrivning

För närvarande inte arbetar och har behov av att stärka hälsan som en del av din planering mot arbete eller studier

Aktiv erbjuder gymträning och hälsofrämjande stöd under en begränsad tidsperiod. Syftet är att öka arbetsförmågan genom att förbättra den fysiska och psykiska hälsan med hjälp av att komma i gång med ett individuellt anpassat träningsupplägg.”

8. 1177 Träning och fysisk hälsa

<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/liv--halsa/fysisk-aktivitet-och-traning/>

Sida med information, tips, och filmer.

9. Göteborgs stads sida med tips om fysisk aktivitet.

<https://goteborg.se>

10. Länkar om Fysisk aktivitet på recept, FaR

Fysisk aktivitet kan ordinerar av all legitimerad personal som har tillräcklig kunskap om metoden FaR. Det finns kostnadsfria interna utbildningar via Centrum för fysisk aktivitet.

På Vårdgivarwebben och via Hälsofrämjande sjukhus hittar du information, material och lathundar. Här är förslag på några användbara länkar för att komma i gång:

Vårdgivarwebbens information om FaR

<https://www.vgregion.se/fysiskaktivitet>

Uppföljning

FaR-uppföljningen anpassas till patientens behov. Tättare kontakt vid mindre grad av självständighet, glesare kontakt om det finns starka resurser att göra förändringen på egen hand. Som glesast ska uppföljning göras var 6:e månad.

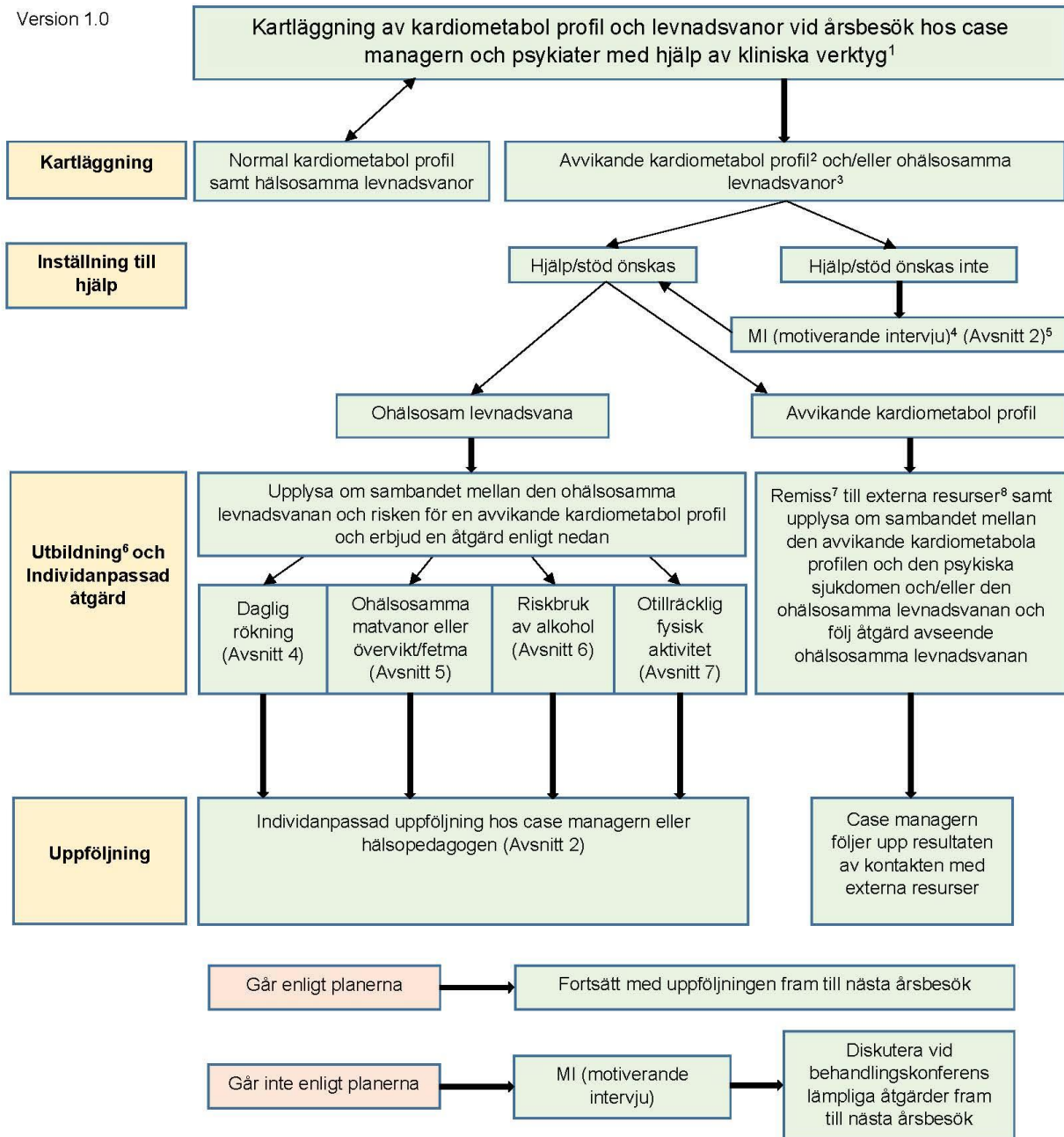
Om patienten avslutas på mottagningen ska ansvaret för FaR-uppföljning meddelas den aktuella mottagningen/vårdcentralen.

Avsnitt 8

Bilagor

Bilaga 1. Flödesschema (Se originalet!)

Version 1.0



1. De kliniska verktygen är levnadsvanor, definition av det metabola syndromet och riskpoäng enligt SCORE2 samt de kardiometabola parametrar som inkluderar fastande blodprov (blodfetter och blodglukos), viktparametrar (midjemått, och BMI) och blodtryck.
2. Avvikande kardiometabol profil innebär uppfyllelse av kriterier för metabola syndromet, ett högre värde på SCORE2 riskalgoritmen, eller en försämring av de kardiometabola parametrarna över tid.
3. Definition av ohälsosamma levnadsvanor finns i avsnitt 4–7 i LAGOM-broschyren.
4. MI utförs av case manager och psykiatern i första hand men kan även delegeras vid behandlingskonferens.
5. Avsnitt 2–7 finns i LAGOM-broschyren.
6. Läs frågor och svar under avsnitt 2 (Ingår det psykoedukation och fortbildning?!).
7. Referera till uppfyllandet av kriterierna för metabolt syndrom i remissen, höga riskskattningen enligt SCORE2, försämring av kardiometabola parametrar över tid eller om enskilda värden ligger utanför referensintervallet!
8. Externa resurser som vårdcentralen, klinisk nutrition och obesitasmottagning.

Bilaga 2. Matvanor och kostindex



Matvanor

Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!

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

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

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

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

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

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

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

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

Hur ofta äter du frukost?

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

Kostindex (sammanräkning av poäng)

Frukostfrågan inkluderas inte i kostindex.

0–4 poäng = betydande ohälsosamma matvanor. Patienten bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal.

5–8 poäng = mindre bra matvanor. Behöver förbättra sina matvanor.

9–12 poäng = hälsosamma matvanor. Följer i stort sett de officiella rekommendationerna.

Bilaga 3. Obligatorisk bilaga till vårdbegäran/remiss för fetmabehandling

Obligatorisk bilaga till vårdbegäran/remiss för fetmabehandling

Fyll i och kryssa för relevant alternativ. Om ja i någon ruta: beskriv relevanta detaljer i remisstexten som måste vara fullständig. Alla rubriker nedan ska vara ifyllda för att remissen skall beaktas.

Provtagningar bekostas av inremitterande.

Personnummer		Tolkbehov (språk)	
Namn			
Av inremitterande uppmätt	Längd:	Vikt:	BMI:
Markera nedan ja eller nej:		Ja	Nej
Tidigare seriösa försök att gå ner i vikt genom koständring/fysisk aktivitet:			
Rökning (kontraindicerar fetmakirurgi)			
Exrökning			
Diabetes			
Hypertoni			
Sömnapné syndrom			
KOL eller astma			
Koronar hjärtsjukdom			
Hjärtsvikt			
Stroke			
Tromboembolisk sjukdom			
Venösa bensår			
Gallstenssjukdom			
Bukoperation			
Psykiatrisk sjukdom			
Hetsättningsstörning			
Missbruk (använd AUDIT/DUDIT)			
Cancer			
Ledsjukdom			
Annan sjukdom			
Lab- och mätvärden	Blodtryck: /	Hb:	S-Kreatinin:
TSH:	Triglycerider:	LDL:	HDL:
Fritt T4:	fP-Glukos:	Om FPG ≥ 5.6 eller diabetes HbA1c:	
Aktuell läkemedelslista bifogas ☐		Tar inga läkemedel ☐	
Bilagan ifylld av (läkare, texta och signera)			Datum

Vårdbegäran/remiss med denna bilaga skickas till:

Remissportalen, Obesitas, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg.

Obesitasmottagningen tar emot vårdbegäran för personer med BMI ≥ 35 kg/m². För fetmaoperation gäller BMI ≥ 40 kg/m², eller BMI ≥ 35 kg/m² med samsjuklighet (typ 2-diabetes, fetmarelaterad kardiomyopati, svår sömnapné, lungemboli, pseudotumor cerebri, venösa bensår), och frånvaro av kontraindikationer.

Se <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/Beslutsstod-overvikt-och-fetma/>

Version 190215

Alkohol (AUDIT-C)

Hur ofta dricker du alkohol?

- | | |
|--|-------|
| ☐ Aldrig | (0 p) |
| ☐ 1 gång i månaden eller mer sällan | (1 p) |
| ☐ 2-4 gånger i månaden | (2 p) |
| ☐ 2-3 gånger i veckan | (3 p) |
| ☐ 4 gånger/vecka eller mer | (4 p) |

Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- | | |
|--|-------|
| ☐ 1-2 | (0 p) |
| ☐ 3-4 | (1 p) |
| ☐ 5-6 | (2 p) |
| ☐ 7-9 | (3 p) |
| ☐ 10 eller fler | (4 p) |

Hur ofta dricker du (kvinna) 4 eller (man) 5 "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?

- | | |
|--|-------|
| ☐ Aldrig | (0 p) |
| ☐ Mer sällan än en gång i månaden | (1 p) |
| ☐ Varje månad | (2 p) |
| ☐ Varje vecka | (3 p) |
| ☐ Dagligen eller nästan varje dag | (4 p) |



Exempel på "standardglas":

4 cl sprit till exempel whisky
8 cl starkvin
12-15 cl vin
33 cl starköl
50 cl folköl
2 stycken 33 cl flaskor lättöl

Tolkningsstöd för frågor om alkohol

ATT TÄNKA PÅ:

- Frågorna används som underlag för samtal om patientens levnadsvanor.
- Vid bedömning av riskbeteende utgå från resultat av bedömningsinstrumenten, patientens hälso- och sjukdomstillstånd och samtal med patienten.
- För vissa sjukdomstillstånd är de allmänna råden inte förenliga med de sjukdomsanpassade råden.
- Patienten ska erbjudas råd och stöd utifrån sin situation och sitt individuella behov.
Råd och information om riskbeteende bör vara kopplat till patientens hälsotillstånd och sjukdom samt till de vinster patienten gör med att sluta med sin ohälsosamma levnadsvana.

MER INFORMATION hittar du på Vårdgivarwebben, VGR externt

Bedömning av riskbeteende – Alkoholvanor

Riskbeteende kan föreligga utifrån beräkning med **AUDIT-C**:

Kvinnor	4-12p	Riskabla alkoholvanor, men nödvändigtvis inte ett beroende. Be personen att fylla i hela AUDIT-formuläret
Män	5-12p	

Väg in patientens hälso- och sjukdomstillstånd och patientsamtalet i den sammantagna bedömningen. Den sammanlagda poängen kan tolkas som att det finns problematiska alkoholvanor medan patienten varken upplever sig ha, eller faktiskt inte har, några problem med alkohol.