



Region Dalarnas hälsosamtal för 50-åringar

Rekommendationer

Reviderad 250506

Innehåll

Innehåll

Rekommendationer	3
Självskattad hälsa.....	3
Så här tolkas resultatet:	4
Sömn, stress och återhämtning	4
Sömn	4
Stress.....	5
Några olika metoder för stresshantering:	6
Återhämtning.....	6
Tobak	7
Så här tolkas resultatet:	7
Fysiskt aktiv/stillasittande.....	8
Så här tolkas resultatet:	9
Blodfetter.....	9
Så här tolkas resultatet:	9
Alkohol	12
Så här tolkas resultaten:	12
Blodsocker	13
Vikt, längd, BMI och midjemått	15
Så här tolkas resultaten:	15
Matvanor	16
Så här tolkas resultatet:	16
Blodtryck	17
Så här tolkas resultaten:	18
Sexuell hälsa.....	19

Rekommendationer

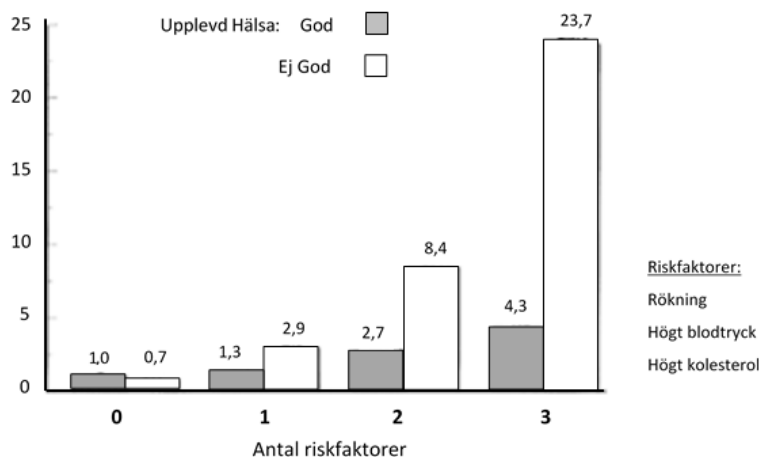
I följande framställning ges rekommendationer till tolkning av resultaten som genererats via enkät, provtagning och hälsosamtal. Rekommendationerna vägleder också i vad som specifikt i uppföljningen kan betraktas som:

1. deltagarens ansvar
2. hälsosamtalsledarens ansvar
3. läkarens ansvar

Självfallet kan det finnas situationer och omständigheter som motiverar att vårdcentralerna upprättar egna rutiner för denna ansvarsdel. När det bedöms att deltagaren behöver behandlande insatser övergår deltagaren till att bli patient och tas om hand enligt ordinarie arbetssätt, det vill säga utanför konceptet Dalarnas riktade hälsosamtal för 50-åringar.

Självskattad hälsa

Det finns ett samspel mellan självskattad dålig hälsa och förekomsten av många riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. I figuren illustreras samvariation mellan upplevd hälsa och riskfaktorerna blodtryck, rökning och kolesterol till risk att drabbas av akut hjärtinfarkt. I enkäten finns det frågor kring stress, sömn och arbetssituation. Det är värdefullt att som hälsosamtalsledare titta igenom dessa enkätsvar och se hur svaren förhåller sig till frågan om självskattad hälsa. Om deltagaren har en svår situation kring stress, sömn och arbetssituation, kan det vara en viktig ingång i hälsosamtalet. Då kan samtalet om förändringar i levnadsvanor bli mer grundat i deltagarens helhetssituation.



Weinehall et al J Internal Med. 1998;243:99-107

Figur. Samvariation mellan upplevd hälsa och riskfaktorer för akut hjärtinfarkt. Det finns ett samspel mellan förekomsten av antal riskfaktorer hos en person och den självskattade hälsan.

Så här tolkas resultatet:

När den som fyllt i enkäten anger sig uppleva den egna hälsan som mindre god (angett dåligt eller mycket dåligt i enkäten) kan det finnas särskild anledning till att fördjupa samtalet och att försöka bedöma behovet av ytterligare insatser. Ett dåligt hälsoläge innebär även att övriga riskfaktorer får större "tyngd".

Sömn, stress och återhämtning

Sömn

Sömnen är en viktig grundläggande mänsklig funktion och är nödvändig för att vi ska fungera bra under vår vakna tid. Sömn ger den överlägset bästa återhämtningen. Under djupsömnen repareras olika funktioner i kroppen, immunförsvaret stärks och krafter mobiliseras för att bättre kunna hantera psykisk och fysisk påfrestning. För lite sömn ökar risken för diabetes typ 2 samt hjärt- och kärlsjukdomar.

Hur mycket behöver man sova?

En vuxen människa behöver i allmänhet 6 till 8 timmars sömn per natt, barn och ungdomar cirka 10 timmar. Sömnbehovet minskar när vi blir äldre eftersom behovet av drömsömn minskar. En timme eller två i sömnförlust då och då känner man för det mesta inte av och de flesta klarar också någon enstaka natt helt utan sömn. Sömnförlust kompenseras framför allt av längre djupsömn nästkommande natt. Vår naturliga sönmekanism läser av behovet och ser till att vi sover effektivare vilket kan kompensera för tillfällig sömnbrist. Forskning visar att 6-8 timmars nattsömn ger optimal överlevnadstid men känner vi oss utvilade under dagen, har vi fått tillräckligt med sömn under natten.

Effekter vid god sömn

Den som regelbundet sover bra tycks ha en god motståndskraft mot stressrelaterade problem. Sömnen kan ses som stressens motsats och fungerar som återställare efter stress eller annan överanvändning av kroppens energidepåer. Sömnen, särskilt djupsömnen, är vår viktigaste återhämtningsperiod, då många av kroppens uppbyggande processer pågår. Sömnens huvudfunktion är att återställa hjärnan och nervsystemets funktioner. Under sömnen ökar aktiviteten av tillväxtfrämjande hormoner, exempelvis tillväxthormon och testosteron, som reparerar kroppen och återställer cellernas funktionsförmåga. Under sömnen hämmas dessutom aktiviteten av stresshormoner.

Vad kan påverka sömnen negativt?

En del vanliga sjukdomar och livsstilsfaktorer kan ge för lite sömn eller sömn med dålig kvalitet. Det är särskilt viktigt att tänka på att sömnstörning kan vara det första symtomet på en depression. Andra orsaker till sömnstörningar kan vara dålig sömnhygien (koffein, varm/ljust/bullrigt sovrum med mera), brist på fysisk aktivitet, skiftarbete, förskjuten dygnsrytm, långvarig stress/oro, högt blodtryck, diabetes, smärta, struma, kraftiga snarkningar, östrogenbrist. Läkemedel kan också störa sömnen. Även andra psykiska sjukdomar och missbruk kan påverka sömnen negativt.

Sömnproblem

Tillfälliga sömnproblem är vanligt. Ungefär en femtedel vuxna anser att de sover dåligt. Andelen ökar med stigande ålder. Kroniska sömnbesvär kännetecknas av sömnproblem varje natt under minst tre veckors tid. Sömnproblemen kan bestå i svårigheter att somna, ytlig sömn med flera uppvaknanden och tidigt morgonuppvaknande.

Sömnstörare

Stress är en effektiv sömnstörare. Ofullständig sömn leder till ökad stress, varvid en ond cirkel kan uppstå. Även måttligt reducerad sömn leder efter några dagar till samma effekter som vi ser i samband med stress, det vill säga förhöjda stresshormoner, högre nivåer av blodsocker och blodfettsnivåer, och försämrat immunsvär.

För mer information:

Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion (Watson et al. Sleep. 2015 Aug 1; 38(8): 1161–1183)

Stress

Stress kan beskrivas som en obalans mellan de krav som ställs på oss och vår förmåga att hantera dem. I studier påvisas tre saker som stressar oss människor, saker som är nya, saker och situationer som är oförutsägbara samt saker som vi inte kan påverka. Kroppens stresssystem är anpassade till att möta plötsliga fysiska hot, men idag utsätts vi oftare för psykisk och psykosocial stress. Vårt autonoma nervsystem bemöter den stressen på samma vis genom att rusta oss för kamp eller flykt vid en stressande situation. Problemen med det är att till skillnad från de fysiska hoten kan denna stress bli mera långvarig. Det är då vi börjar prata om en ohälsa, en stressreaktion, utmattningssyndrom eller utmattningsdepression, i dagligt tal utbrändhet eller att ha gått in i väggen. Stress i sig är inte farligt. Det blir ohälsosamt först i brist på återhämtning. Att under längre perioder ha yttre eller inre påfrestningar utan att få tid och ro till återhämtning är skadligt. Att en kortare period eller en begränsad tid ha mycket i kalendern eller i huvudet är inte farlig stress, det är den stress som vi är byggda för att hantera.

I kroppen vid stress

När vi utsätts för stress vidtar våra kroppsliga funktioner åtgärder för att hantera den "fara" som uppkommit, det blir ett sympatiskt påslag. Det innebär att det blir en omfördelning av våra resurser; endorfiner utsöndras som minskar vår smärta, luftvägarna vidgas och vi andas snabbare. Blodet flyttas till större muskelgrupper och vi får en ökad svettning. Vårt blodsocker kommer att stiga. Hjärtat kommer att slå snabbare. I dagens samhälle och struktur när det finns begränsat med fysiska hot och mängder av tankemässiga hot är detta mindre funktionellt. Här skadar vår egen evolution och uppbyggnad oss rejält. Vårt kroppsliga system har inga strategier att hantera den typ av stress som vi idag utsätts för. När kroppen fortsätter att reagera så som att vi utsätts för fysisk fara kommer det att leda till ohälsa. På kort sikt utsöndras adrenalin och vårt immunförsvar stärks så att vi ska hantera den kortsiktiga faran. På lång sikt när detta fortgår utan att "faran" avtar kommer vi att få ett sämre immunförsvar. Kortisol (som är ett skyddande stresshormon men som får motsatt effekt vid långvarigt stresspåslag) kommer att utsöndras. På lång sikt kan detta leda till kroniska smärttillstånd, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes typ 2 samt bukfetma.

Symtom vid stress

Exempel på besvär som långvarig stress kan ge upphov till: försämrad prestationsförmåga, kronisk trötthet, olust, nedstämdhet, minnesstörningar, sömnproblem, domningar och diffusa muskelsmärter, ångest, oro, skuld, skam, känslomässig utmattning, ledsenhet, irritation, ilska, virrighet, svårt att släppa tankar, svårt att prioritera, koncentrationssvårigheter, glömska, "tunnelseende", ser inte möjligheter, huvudvärk, ont i magen, hjärklappning, torr i munnen,

impotens/ingen sexlust, yrsel, överklighetskänslor, darrig, fumlig. Så småningom kan symtomen leda till depression, ångest och utmattningssyndrom.

Inre stress

Vår inre stress handlar om våra tankar och känslor, det som rör sig inom oss. När vi oroar oss för saker som ska komma eller saker som har varit och inte har en förmåga att vara i det som sker nu, kommer det att uppstå en inre stress. Det är ofta den här stressen som gör att vi inte kan vila ens när vi ska sova och är den största bidragande orsaken till vår ohälsa inom området stress.

Yttre stress

Den yttre stressen handlar om det som sker utanför oss. När vi har för många saker att göra eller när vi hotas av en faktisk och fysisk fara. Den här typen av stress är oftast enklare att åtgärda och behandla än den inre stressen.

Några olika metoder för stresshantering:

- Förändra, eller ta bort saker som stressar oss.
- Acceptans, att förändra sitt förhållningssätt till stress.
- Återhämtning, inklusive sömn.
- Fysisk aktivitet.
- Medveten närvaro, mindfulness.

Återhämtning

Återhämtning består av två huvudsakliga komponenter: sömn och nedvarvning av stressregleringssystemet. En god sömn ger den viktigaste och mest fundamentala återhämtningen och förutsätter nedvarvning av stressregleringssystemet. Återhämtning behöver inte alltid handla om att vara fysiskt stilla. Ibland kan en promenad, en fika med en god vän eller en mindfulness övning vara en bättre återhämtning. I det dagliga livet skulle man kunna se återhämtningen som de saker man gör som upplevs lustfyllda där man "kopplar" av alla måsten. Ibland är vi så påverkade av vår inre stress att ingenting kan få oss att varva ner och komma in i återhämtningsfas. Det är en stor riskfaktor för ohälsa uppkommen av stress, att vi inte hanterar att komma ner i varv så att vi får återhämta oss utan att hjärnan ständigt arbetar med våra tankar. Fysisk aktivitet bör rekommenderas som återhämtning. Under fysisk aktivitet använder de flesta individer andra resurser än de som krävs i arbetet. Fysisk aktivitet innebär en kognitiv distraktion jämfört med arbetsrelaterad aktivitet. Optimal återhämtningsaktivitet beror på vad som orsakat tröttheten. I många fall framstår "att göra ingenting" som en optimal strategi efter mentalt belastande arbete men möjligen bör detta övergå i fysisk och/eller social aktivitet efter en tillräcklig period av låg aktivitet. Personer med oro för eller symtom på stress eller en rubbad sömnrytm bör erbjudas hjälp och råd. En nivå för skadlig stress är när man inte får tillräcklig återhämtning eller fungerande sömn längre.

För mer information:

www.stressforskning.su.se

Melamed Set al. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychol Bull. 2006 May;132(3):327-53.

Deltagarens ansvar i frågor om sömn, stress och återhämtning:

Tillsammans med hälsosamtalsledaren göra upp en plan för stresshantering och återhämtning. Ta kontakt med vården om den uppgjorda planen inte fungerar. Undersöka möjligheterna till stöd från arbetsgivaren/företagshälsovården vid behov.

Hälsosamtalsledarens ansvar i frågor om sömn, stress och återhämtning:

Prata med deltagaren kring stress, sömn och återhämtning. Om deltagarens svar indikerar ohälsa inom området bör hälsosamtalsledaren informera närmare om råd såsom mindfulness-grupper eller appar, sömnhygien samt kort om risker och vad som händer vid långvarig stress. Bedöma om deltagaren behöver vidare insatser och remittera/informera deltagaren till/om lämplig instans som läkare, kurator, psykoterapeut, psykolog, eller sjukgymnast.

Läkarens ansvar i frågor om sömn, stress och återhämtning:

För deltagare där symtomen på psykisk stress når en sådan nivå att det ger upphov till påtaglig psykisk ohälsa och/eller påtaglig nedsättning av arbetsförmågan, är det läkarens ansvar att ta ställning till om medicinsk behandling krävs eller remiss till annan icke-medicinsk behandling.

Tobak

All rökning är förenad med hälsorisker. Rökning orsakar till exempel sjukdomar i hjärta, kärl och lungor och flera olika typer av cancer. Minst hälften av dem som rökt länge dör i förtid och rökning förkortar livet med i genomsnitt tio år.

Snusning leder på kort sikt till ökad puls, förhöjt blodtryck och stresspåslag. På lång sikt har snusning visats öka risken för vissa typer av cancer, övervikt och typ 2-diabetes. Man ser också en ökad dödlighet i hjärtinfarkt och stroke, samt ökad totalmortalitet hos snusare (www.socialstyrelsen.se).

Så här tolkas resultatet:

Av enkäten framgår hur deltagaren besvarat frågor kring rökning och snusning. Ta särskilt reda på hur länge man brukat tobak och hur mycket man använder.

Till patienter som röker bör hälso- och sjukvården erbjuda ett kvalificerat rådgivande samtal. Kvalificerat rådgivande samtal har bäst förutsättningar att ge önskad effekt men rådgivande samtal och enkla råd kan också hjälpa patienter att sluta röka. Ibland behöver patienter utöver samtal även nikotinersättning eller läkemedel för att lyckas sluta röka.

För mer information:

[Stöd för samtal om tobak och nikotin - Socialstyrelsen](#)

Deltagarens ansvar i fråga om tobaksbruk:

Det är deltagaren själv som, utifrån hälsosamtalet, ska formulera sitt mål beträffande rök- och snusvanorna och som också bestämmer sig för vilken/vilka metoder som är bäst för att nå resultat.

Hälsosamtalsledarens ansvar i fråga om tobaksbruk:

Att utifrån provtagningsresultaten samtala med deltagaren om rökningens hälsokonsekvenser och om metoder att bli tobaksfri. Om deltagaren vill ha ytterligare stöd görs överenskommelse om fortsatta insatser, via vårdcentralens tobaksavvänjare eller liknande verksamhet.

Läkarens ansvar i fråga om tobaksbruk:

Att i varje samtal med sina patienter diskutera värdet av tobaksfrihet, samt att ge stöd till medicinska insatser.

Fysiskt aktiv/stillasittande

Otillräcklig fysisk aktivitet under en längre tid innebär en kraftigt förhöjd risk för välevnadssjukdomar, inte bara hjärt-kärlsjukdomar och diabetes typ 2, utan också för flera cancerformer, psykiska besvär och problem med rörelseapparaten som exempel. Ökad fysisk aktivitet har unika möjligheter att förbättra folkhälsan. Att sitta stilla många timmar utan avbrott ökar risken för en mängd sjukdomar även om man har minst 150 aktivitetsminuter i veckan. Ju fler stillasittande timmar/dag, desto mer ökar risken för metabolt syndrom och dess komponenter till exempel diabetes typ 2, hjärt-kärlsjukdomar och förtida död. Som stillasittande tid räknar man ihop all tid i bilen/bussen till och från arbetet, vid skrivbordet, framför Tv:n eller datorn på fritiden, stillasittande vid middagsbordet eller soffan, etc. Avbrott i stillasittandet minskar den negativa effekten av att sitta många timmar.

Folkhälsomyndigheten rekommenderar att vuxna personer mellan 18-65 år är aktiva på måttlig intensitet (Vardagsmotion, 40-59% av maxpuls) mellan 150-300 minuter i veckan. Om man uppnår hög intensitet (Träning, 60-89% av maxpuls) räcker 75-150 minuter per vecka. För inaktiva personer är det särskilt viktigt att börja lugnt och att successivt öka intensitet och duration.

Styrketräning är viktigt för att bibehålla muskelmassa, styrketräning 2 ggr per vecka för kroppens stora muskelgrupper rekommenderas. Förlusten av muskelmassa (sarkopeni) ökar med ålder och kan medföra sänkt fysisk funktionalitet och exempelvis öka risken för fallrelaterade skador.

Stillasittandetiden bör samtidigt minska. Det är viktigt att bryta längre tid stillasittande med aktiviteter. Att uppnå rekommendationerna för fysisk aktivitet och träning kan minska de negativa effekterna av långvarigt sittande, men det tar inte bort effekterna helt.

Så här tolkas resultatet:

I hälsoenkäten har deltagaren angett sin fysiska aktivitetsnivå i begreppen "Träning" och "Vardagsmotion". Aktivitetsnivå "träning" har större effekt jämfört med aktivitetsnivån "Vardagsmotion". Har deltagaren dessutom stor andel stillasittande under en dag så minskar effekten av fysisk aktivitet.

Exempel på fysisk aktivitet som uppfyller denna rekommendation är 30 minuters rask promenad fem dagar per vecka, 20 - 30 minuters löpning tre dagar per vecka eller en kombination av dessa.

Samtalet bör innehålla frågor om deltagarens nuvarande och tidigare fysiska aktivitet samt hur mycket deltagaren tycker sig hinna med. Viktigt är att råden är individuella, uppmuntrande och att man tillsammans med deltagaren kommer överens om hur livsstilsförändringen ska genomföras. Viktigt är också att aktivitetsnivån sätts lagom högt. Det är då lättare att undvika bakslag och uppnå god följsamhet.

För mer information:

www.efyss.se

[Stöd för samtal om otillräcklig fysisk aktivitet - Socialstyrelsen](#)

Nelson ME et al. **Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.** Med Sci Sports Exerc. 2007 Aug;39(8):1435-45.

Marzetti, Leeuwenburgh. **Skeletal muscle apoptosis, sarcopenia and frailty at old age.** Exp Gerontol 2006;41:1234-8)

Shiroma EJ et al. **Strength Training and the Risk of Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease.** Med Sci Sports Exerc. 2017 Jan;49(1):40-46.

Deltagarens ansvar vid låg fysisk aktivitet:

Att formulera sin egen målsättning för den fysiska aktiviteten, hur den ska genomföras och när en eventuell uppföljning bör ske.

Hälsosamtalsledarens ansvar vid låg fysisk aktivitet:

Att föra en dialog med deltagaren för att hjälpa denne att hitta en lämplig aktivitet utifrån förmågor och förutsättningar. I princip alla deltagare ges råd att bli eller förbli fysiskt aktiva.

Läkarens ansvar vid låg fysisk aktivitet:

För deltagare med ev. kontraindikationer (bland annat kranskärslssjukdom) förs en dialog med läkaren för att utforma lämplig aktivitet och dess dosering.

Blodfetter

Förhöjt kolesterolvärde är, jämte rökning, en av de starkaste riskfaktorerna för hjärtinfarkt. Förhöjt kolesterolvärde kan ingå i en mer omfattande rubbning av blodfetterna eller vara en del i metabola syndromet. I vissa släkter finns kraftigt förhöjt kolesterolvärde utan några andra riskfaktorer och i dessa släkter förekommer tidigt insjuknande i hjärtinfarkt. I dessa fall kan kolesterolvärdet inte nämnvärt påverkas av levnadsvanorna medan däremot läkemedelsbehandling är effektiv och betraktas som livräddande. Förhöjda triglycerider bedöms utgöra en riskfaktor för hjärtinfarkt.

Så här tolkas resultatet:

Blodfetterna måste bedömas utifrån en total riskprofil dvs. utifrån förekomst av etablerad hjärt-kärlsjukdom och andra riskindikatorer; nedsatt glukosintolerans, metabola syndromet, diabetes, blodtryck, rökning och ärftliga hjärt- och kärlsjukdomar.

Extrema kolesterolvärden kan ibland vara en följd av annan sjukdom till exempel hypothyreos. Höga triglyceridvärden kan förekomma vid en alltför hög energitillförsel och vid hög alkoholkonsumtion. Höga triglycerider är också vanligt vid övervikt, speciellt om det samtidigt föreligger bukfetma. Det kan vara tecken på utveckling mot diabetes typ 2.

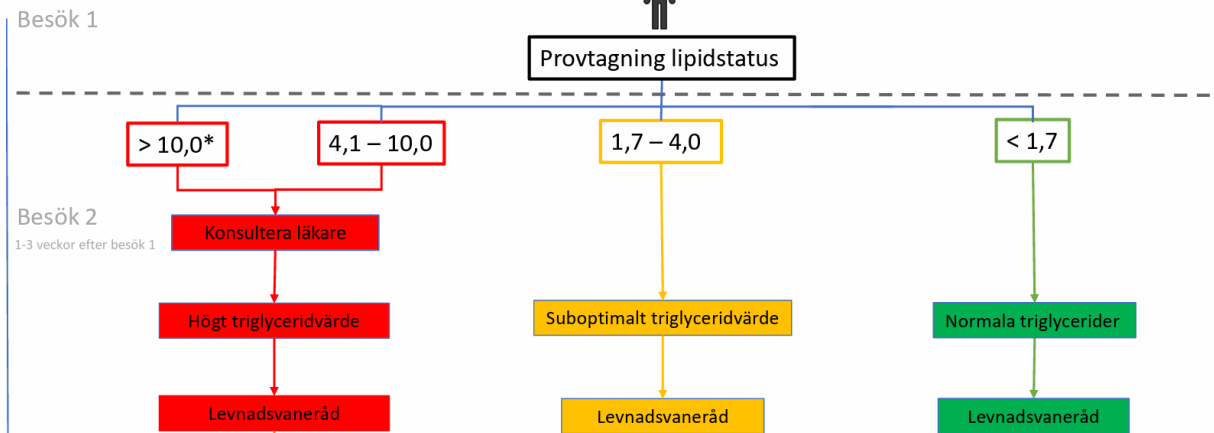
Önskvärda värden för personer utan sjukdom:

- LDL-kolesterol < 3,0 mmol/l
- fS-triglycerider < 1.7 mmol/l

Åtgärder:

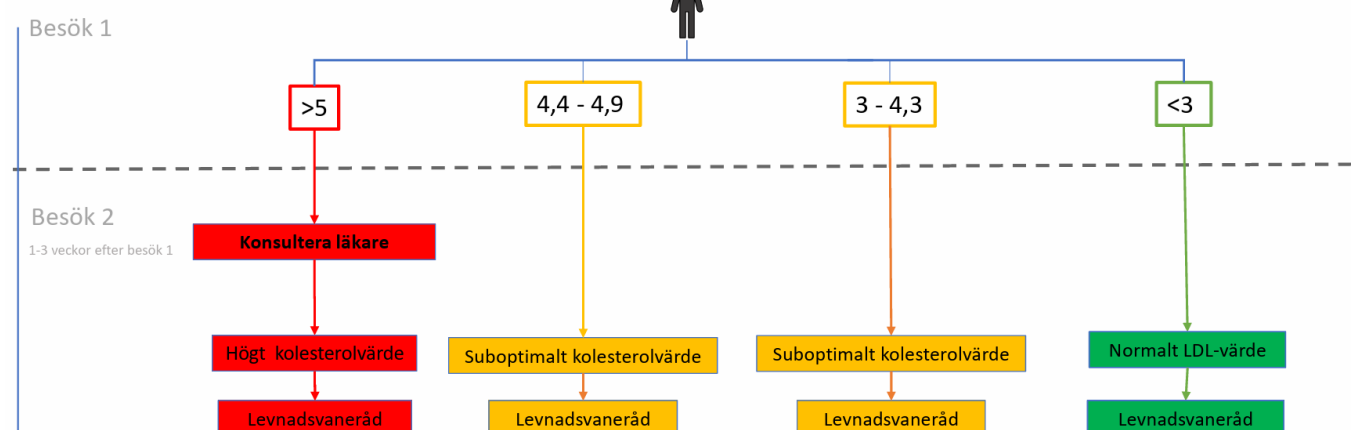
Deltagare utan känd sjukdom:

Triglycerider



Deltagare utan känd sjukdom:

LDL deltagare med Score 2: låg risk



Personer som har LDL-kolesterol 4,4–5,0 eller fS- Triglycerider 1,8–4,0 mmol/l ges råd om livsstilsförändring. Vid metabolt syndrom hänvisas till läkare. Om triglycerid provet är ≥ 4 mmol/l, bör komplettering göras genom nytt prov.

Det är viktigt att betona att grunden i all behandling av förhöjda blodfetter är livsstilsförändring med ökad fysisk aktivitet, förändrad kost och viktnedgång vid övervikt. För de allra flesta deltagare som i grunden är friska, är läkemedelsbehandling inte motiverad.

Deltagare med känd hjärt- och kärlsjukdom (hjärtinfarkt, angina pectoris, stroke eller perifer artärsjukdom) eller diabetes:

Personerna skall med få undantag ha behandling med kolesterolsänkande läkemedel (statin) om LDL-kolesterol är 2,5 mmol/l eller högre. De förutsätts ha kontinuerlig läkarkontakt och förhöjda blodfettvärden meddelas till ansvarig läkare för kännedom.

Personer med LDL-kolesterol ≥ 6 mmol/l och/eller fS-Triglycerider ≥ 4 mmol/l skall erbjudas läkarkontakt eftersom annan underliggande sjukdom kan föreligga och att den totala riskfaktorbilden måste bedömas med ställningstagande till läkemedelsbehandling och livsstilsförändring. Utöver en utlösande sjukdom kan det röra sig om ärftlig familjär hyperkolesterolemi. Om sådan misstänks utifrån lipidvärden och samtidig ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdom och/eller förhöjda lipidvärden skall familjescreening initieras vid läkarbedömningen.

För mer information:

Länk till Socialstyrelsen, samtal om matvanor:

[Stöd för samtal om matvanor - Socialstyrelsen](#)

Länk till livsmedelsverket, om fett:

https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/fett? t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d& t_q=blodfetter& t_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765ba72ba3914739e3b& t_ip=194.71.63.249& t_hit.id=Livs_Common_Model_PageTypes_ArticlePage/_9d7c3717-d8e1-4480-a56a-75327c3d0bf1_sv& t_hit.pos=4 (2020-02-25)

Länk till Livsmedelsverket, Näringsrekommendationer

https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/fett? t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d& t_q=blodfetter& t_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765ba72ba3914739e3b& t_ip=194.71.63.249& t_hit.id=Livs_Common_Model_PageTypes_ArticlePage/_9d7c3717-d8e1-4480-a56a-75327c3d0bf1_sv& t_hit.pos=4 (200225)

Deltagarens ansvar vid höga blodfetter:

Vid höga blodfetter är det angeläget att deltagaren utifrån hälsosamtal, Stjärnprofil och självkännedom utformar egna mål kring fysisk aktivitet, alkoholvanor, tobaksvanor, kostennehåll, matvanor och vikt.

Hälsosamtalsledarens ansvar vid höga blodfetter:

Råd ges om matvanor och om fett i maten. Dessutom ges råd om fysisk aktivitet och viktreduktion utifrån det enskilda fallet. För rökare är rökstopp särskilt viktigt för att minska risken för både infarkt och stroke. Ibland ligger en alltför hög alkoholkonsumtion bakom lipidrubbningar. Därför bör rådgivningen också bidra till att stödja deltagare med hög alkoholkonsumtion att sänka sin konsumtion.

Läkarens ansvar vid höga blodfetter:

Ansvarar för bedömning inkluderande sammanvägning med andra riskfaktorer (IFG, IGT, hypertoni, ärftlighet, rökning, övervikt, fysisk inaktivitet) och medicinsk lipiduppföljning. Vid höga kolesterolvärden kontrollera TSH samt vid familjär hyperkolesterolemi initiera screening bland nära släktingar. Ansvarar för att riktlinjer följs och behandlingsmålet nås.

Alkohol

I hälsoenkäten finns 11 frågor om alkoholvanor. De 10 första frågorna ingår i AUDITtest (Alcohol Use Disorder Identification Test) som är ett formulär där man utifrån den svarandes poäng kan få en indikation på riskabel/skadlig alkoholkonsumtion och eventuellt missbruk/beroende.

Med riskbruk av alkohol avses en hög genomsnittlig konsumtion eller en intensivkonsumtion minst en gång i månaden. En hög genomsnittlig konsumtion överstiger 10 standardglas per vecka för både män och kvinnor. Intensivkonsumtion avser en konsumtion av 4 standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och för kvinnor.

Ett standardglas motsvarar 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller knappt 4 cl sprit. Den sista alkoholfrågan i enkäten som handlar om egen oro för sina alkoholvanor ligger utanför AUDIT och den påverkar inte poängen i AUDIT/udden. Om en deltagare uttrycker oro för sina alkoholvanor är det dock alltid viktigt att samtala kring det.

Vid behov kan utökad provtagning göras i form av **PEth (fosfatidietanol)** som är en markör för alkoholkonsumtion, som har en halveringstid på cirka 4 dagar, och som därför fungerar som direkt och specifik markör för alkoholintag under de senaste dagarna-veckorna. Det är inget som ingår i den grundläggande metod vi använder.

Så här tolkas resultaten:

Alla frågor i AUDIT har ett poängintervall från 0 till 4 poäng. Vid de åtta första frågorna med fem svarsalternativ räknas 0 poäng för svaret "Aldrig" och därefter räknas 1, 2, 3 eller 4 poäng på de resterande svarsalternativen. Vid de två sista frågorna i AUDIT räknas 0 poäng för svaret "Nej" och därefter 2 respektive 4 poäng på de resterande svarsalternativen. Max poängen på formuläret är således 40 poäng.

Gränsvärden: Kvinnor:

- 6 poäng eller mer indikerar riskfylld/skadlig alkoholkonsumtion
 - 14 poäng eller mer indikerar troligt missbruk/beroende
- Män:
- 8 poäng eller mer indikerar riskfylld/skadlig alkoholkonsumtion
 - 16 poäng eller mer indikerar troligt missbruk/beroende

När ska man inleda ett samtal om deltagarens alkoholvanor?

1. Om deltagaren får 6 poäng eller mer (kvinnor) respektive 8 poäng eller mer (män) på AUDIT formuläret.
2. Om deltagaren bejakar eller uppvisar symptom som kan vara alkoholrelaterade, till exempel förhöjt blodtryck, magbesvär, höga blodfetter eller storrökning.

3. Om deltagarens uppträdande, t ex alkoholdoft, lynnighet, förnekande attityd rörande alkohol medför misstanke om riskabel/skadlig alkoholkonsumtion.
4. Om deltagarens sjukdomshistoria ger anledning att leta grundorsaken i högt alkoholintag.
5. Om deltagaren uttrycker oro för sina alkoholvanor oavsett poäng.

Tolkning av PEth-värde

PEth 16:0/18:1 – värde	Tolkning
<0,05 µmol/l	Ingen eller endast låg, sporadisk alkoholkonsumtion
0.05 – 0,30 µmol/l	Måttlig
>0.30 µmol/l	Överkonsumtion (omfattande, regelbundet intag)

För mer information:

Länk till Socialstyrelsen, Stöd för samtal om alkohol

[Stöd för samtal om tobak och nikotin - Socialstyrelsen](#)

Deltagarens ansvar vid ohälsosamma alkoholvanor:

Det är deltagaren själv som måste ta ansvar för eventuella förändringar rörande alkoholvanorna. Det gäller även på vilket sätt han/hon vill förändra sin livsstil och också den takt i vilken förändringarna ska ske.

Hälsosamtalsledarens ansvar vid ohälsosamma alkoholvanor:

- Att utifrån den information som finns fastställa var i förändringsprocessen deltagaren befinner sig och därefter hjälpa denne att utveckla den ambivalens som hen har i fråga om sina alkoholvanor, och därigenom hjälpa deltagaren ta ett välgrundat beslut om förändring.
- Om en deltagare uttrycker oro för sina alkoholvanor är det dock alltid viktigt att samtala kring det och bedöma om hen behöver komma på ett fördjupat samtal och få ytterligare stöd även om deltagaren skulle ha full udd.
- I flera kommuner finns även en missbruksmottagning att hänvisa till. Informera även om att stöd finns att erhålla genom alkohollinjen.se

Läkarens ansvar vid ohälsosamma alkoholvanor:

Att erbjuda deltagaren adekvat information om eventuella samband mellan symtombild och alkoholvanor, samt att tillsammans med denne diskutera alkoholvanorna i relation till eventuella hälsoproblem (exempelvis högt blodtryck, höga blodfetter, sömnproblem, mm) och att på ett respektfullt sätt stödja och förstärka deltagarens vilja till ett balanserat förhållningssätt till alkohol. Läkemedelsförskrivning görs i enlighet med gällande Terapirekommendationer.

Blodsocker

I samband med provtagningen tas HbA1c (långtidssocker). Det utgör en fraktion av HbA (dominerande hemoglobinformen hos vuxna) till vilken glukos bundit. Andelen ökar ju längre tid

hemoglobinet exponeras för höga blodglukoskoncentrationer. HbA1c speglar medelglukosnivån under 2-12 veckor tillbaks.

Nydiagnostiserad diabetes, debut i lägre åldrar och låg risk för oupptäckt hjärt-kärlsjukdom kan vara motiv för att eftersträva HbA1c- värden i eller nära normalområdet vilket bör vara under 42 mmol/mol. Området 42-47 mmol/mol anges som prediabetes eller hög risk för utveckling av diabetes. I detta område bör diabetespreventiva åtgärder indiceras.

Diagnosen diabetes ställs efter att två värden har uppmätts. Två B-HbA1c ≥ 48 mmol/mol vid två skilda tillfällen kan ställa diagnosen typ-2 diabetes.

En studie från Västerbotten (Feldman et al. 2017) visar att screening för diabetes typ 2 visar följande:

- Diabetesfall upptäcks i snitt vid 55,1 års ålder via screening jämfört med 4,6 år senare via sjukvården
- Patienter som upptäcks via sjukvården har dubbelt så hög risk att dö (under studiens uppföljningstid, 22 år)
- Patienter som upptäcks via sjukvården har 55 procent högre risk för hjärt- och kärlsjukdom, dubbelt så hög risk för njursjukdom, och 66 procent högre risk för ögonsjukdom.

För mer information:

Alonso Arana et al. **Being tested but not educated – a qualitative focus group study exploring patients' perceptions of diabetic dietary advice.** BMC Family Practice (2019) 20:1

Feldman et al. **Screening for type 2 diabetes: do screen-detected cases fare better?** Diabetologia (2017) 60:2200–2209

Länk till Internetmedicin:

<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=7003> (2020-02-25)

Deltagarens ansvar vid prediabetes/ IGT (impaired glucose tolerance) eller diabetes:

Att ta till sig information och råd, själv reflektera över sin hälsosituation, vilka förändringar man kan genomföra, ta eget ansvar för att genomföra och följa upp rekommenderade kontroller.

Hälsosamtalsledarens ansvar vid prediabetes/ IGT (impaired glucose tolerance) eller diabetes:

Informera deltagaren om diabetes respektive vad IGT är. Informera om sambandet med hjärtskärlsjukdom. Ge råd om livsstilsförändringar. Informera deltagaren om fortsatta kontroller gällande diabetes eller prediabetes enligt vårdprogrammet.

Läkarens ansvar vid diabetes:

Informera om metabolt syndrom respektive diabetes inklusive risk för hjärt- och kärlsjukdom. Sammanväga samtliga riskfaktorer och eventuella symtom på sjukdom/organskada och tillämpa gällande Terapirekommendationer och vårdprogram avseende behandling, behandlingsmål och uppföljning.

Vikt, längd, BMI och midjemått

I provtagningarna används två mått – midjemått och Body Mass Index (BMI) - för att bedöma om undervikt, normalvikt, övervikt eller fetma föreligger. Midjemått används som komplettering till BMI och har som mått på bukfetma ett starkare samband med risk för hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2 än fettfördelning på andra delar av kroppen.

Att vara underviktig kan också påverka hälsan negativt och öka risken för allvarliga sjukdomar.

Vid avvikande BMI-värden eller om deltagaren gått upp/ner mycket i vikt de senaste 6 månaderna görs en bedömning om det medicinskt behöver utredas ytterligare.

Så här tolkas resultaten:

BMI-värde:

- Undervikt < 18,5
- Normal 18,5 – 24,9
- Övervikt 25 – 29,9
- Fetma ≥ 30

Midjemått

Mycket fett inuti buken medför särskilt ökade risker för bland annat hjärtsjukdom och diabetes typ 2. Genom att mäta omfånget runt midjan får man ett visst mått på hur mycket fett som man har inuti buken. Ett midjemått som är över 94 centimeter för män och över 80 centimeter för kvinnor kan öka risken för att få olika sjukdomar, om BMI samtidigt överstiger 25. Vid midjemått över 102 centimeter för män och 88 centimeter för kvinnor är risken för ohälsa, framför allt olika hjärtsjukdomar, mycket större. Risken för ohälsa ökar för varje ökning i centimeter av midjeomfånget, helt oberoende av hur lång man är.

Midjemått (cm)	Män	Kvinnor
Normal	< 94 cm	< 80 cm
Lätt bukfetma	94 – 102 cm	80 – 88 cm
Bukfetma	> 102 cm	> 88 cm

För mer information:

Livsmedelsverket.se

Nimptsch K et al. **Diagnosis of obesity and use of obesity biomarkers in science and clinical medicine.** Metabolism Clin & Exp. (2019) 92:61-70

Deltagarens ansvar vid övervikt/undervikt:

- Vid övervikt/undervikt måste deltagaren själv - utifrån hälsosamtalet – formulera målsättning för sin viktnedgång/viktökning och bestämma sig för vilken/vilka metoder som är bäst lämpade för att nå dit. Samtalet ska vara motiverande så att deltagaren utformar sina egna mål för förändring.

- I det långa loppet är det alltid individen som har ansvar för att hen fortsätter att använda redskapen.

Hälsosamtalsledarens ansvar vid övervikt/undervikt:

- Att utifrån provtagningsresultaten och enkätsvaren föra ett hälsosamtal med deltagaren och då det bedöms lämpligt, uppmuntra till livsstilsförändringar.
- Att förmedla kunskaper och färdigheter till deltagaren med anledning av provtagningen, samt stödja individen att komma igång.
- Att vid avvikande värden - utifrån manualens riktlinjer - föreslå lämplig individuell uppföljning och remittera till läkare för vidare bedömning då man misstänker sjukdomstillstånd (exempelvis ätstörningar, ämnesomsättningsrubbningsrubbningar eller då deltagare ofrivilligt gått ner/upp mycket i vikt senaste 6 månaderna).

Läkarens ansvar vid övervikt/undervikt:

Att utreda oklar viktuppgång/viktnedgång och remittera vidare vid behov av fortsatt utredning. Ta i beaktande om deltagaren skall hänvisas till primärvårdens dietist.

Matvanor

Mat i lämpliga mängder och av god kvalitet är en av förutsättningarna för att må bra och att orka med både arbete och fritid. Till hjälp har vi Svenska näringsrekommendationer som ger riktlinjer för hur vi alla bör äta.

Så här tolkas resultatet:

Vid sammanställningen av stjärnprofilen genereras en poängsammanställning som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2018). Svarsalternativen i enkätfrågorna 49-51 poängsätts i fallande skala från 3 till 0p.

Svarsalternativen tillhörande enkätfråga 52 poängsätts i stigande skala från 0 till 3p. Det är därmed möjligt att erhålla max 12 poäng på dessa fyra frågor. Personer som har 0–4 poäng bedöms ha betydande ohälsosamma matvanor, medan de som har 9–12 poäng i stort sett följer kostråden.

Målsättningen med de föreslagna frågorna är att de ska fånga upp dem med störst förbättringspotential när det gäller matvanorna, det vill säga de som får 0–4 poäng.

Komplettera enkätsvaren om matvanor med flera viktiga komponenter:

Ställ frågor om måltidsordning, tallriksmodell, matintresse, utnyttjande av snabbmat, mm. I hälsosamtalet tas dessutom hänsyn till eventuell övervikt, om deltagaren har hjärt-kärlsjukdom eller diabetes typ 2 bland nära släktingar, samt dennes blodsocker- och blodfetts-värden. För kvinnor tas även hänsyn till om de haft graviditetsdiabetes.

- Regelbundna måltider - ät frukost, lunch, middag samt ett par mellanmål. Ät sparsamt på kvällen.
- Använd tallriksmodellen som idé för hur måltiden bör "komponeras". Portionsstorleken avgörs av om man är normal, låg- eller högenergiförbrukare.
- Ta kontroll över "vid-sidan-om-ätandet". ☐ Maten ska vara god!

Rådgivningen för deltagare med ökad risk att utveckla diabetes typ 2, fetma, övervikt och förhöjt HbA1c ska primärt vara att få till stånd en förändring i individens livsstil med ändrat kostintag och

ökad fysisk aktivitet. Detta kommer i nästa led också att leda till vikttnedgång men kanske inte av den storleksordning som individen drömmer om, snarare 3-5 kg än 15-20 kg.

För mer information:

På www.livsmedelsverket.se finns en sida som heter "Kostråd – hitta ditt sätt" med flera korta filmer som kan vara ett pedagogiskt hjälpmedel.

Deltagarens ansvar vid ohälsosamma matvanor:

Det är deltagaren själv som måste ta ansvar för eventuella förändringar rörande matvanorna. Det gäller även på vilket sätt hen vill förändra sin livsstil och också den takt i vilken förändringarna ska ske.

Hälsosamtalsledarens ansvar vid ohälsosamma matvanor:

Att utifrån den information som finns fastställd var i förändringsprocessen deltagaren befinner sig och därefter hjälpa denne att utveckla den ambivalens som hen har i fråga om sina matvanor, och därigenom hjälpa deltagaren att ta ett välgrundat beslut om förändring.

Läkarens ansvar vid ohälsosamma matvanor:

Om så behövs erbjuda deltagaren adekvat information om eventuella samband mellan symtombild och matvanor, samt att tillsammans med henne/honom diskutera matvanorna i relation till eventuell sjukdomsbild.

Blodtryck

Förhöjt blodtryck är i dag den viktigaste riskfaktorn för sjukdom och död. Med ett adekvat omhändertagande av patienter med förhöjt blodtryck kan man påtagligt minska incidensen av stroke, hjärtinfarkt/hjärtsvikt och njursjukdom. Möjligen har hypertoni även betydelse för utveckling av demenssjukdomar. I Sverige har drygt 1/3 av den vuxna befolkningen högt blodtryck. Av dessa har cirka 1/3 farmakologisk behandling och enbart 1/3 av dessa uppnår målblodtrycket. Över hälften av alla med högt blodtryck har således inte fått diagnos och behandling. Istället blir patienten känd först när någon följsjukdom dyker upp. Det är angeläget att identifiera dessa patienter i tid och ge adekvat behandling. Därför är hälsokontroller av 40-, 50- och 60-åringar viktiga, samt en frikostighet med blodtrycksmätning för alla vuxna som besöker sin vårdcentral och eventuellt ge patienten möjlighet att själva mäta sitt blodtryck.

Riskbedömning:

Ett beslut att behandla ska inte enbart grundas på blodtrycksvärdet. Viktigt är att även ta hänsyn till patientens ålder, närvaro av andra riskfaktorer, tecken till organskada och samexisterande sjukdomar såsom diabetes och kardiovaskulära sjukdomar eller njurskada.

Riskfaktorer för hjärtsjukdom:

- Ålder män >55 år och kvinnor >65 år
- Rökning
- BMI >30 eller bukfetma (bukomfång män >102 cm och kvinnor >88 cm)
- Dyslipidemi
- Nedsatt glukostolerans

- Hereditet för hjärtsjukdom

Målbloodtryck

- Målbloodtryck ska vara <140/90 mmHg
- för diabetes <140/85 mmHg
- Njursjukdom med proteinuri ska systoliskt bloodtryck (SBP) vara <130 mmHg
- Äldre än 80 år ska SBP vara <150 mmHg

Normalt bloodtryck definieras som lägre än 130/85. Helst bör trycket vara under 120/80 vilket definieras som Optimalt bloodtryck. Risken för att utveckla hypertoni ökar ju närmare gränsen för hypertoni man kommer. Bloodtryck 130-139/85-89 benämns **Högt-normalt bloodtryck**. Personer med Högt-normalt bloodtryck har ungefär dubbelt så hög risk att inom 10 år utveckla hypertoni jämfört med personer med bloodtryck under 130/85.

Så här tolkas resultaten:

Högt bloodtryck, i synnerhet högt systoliskt tryck, är den viktigaste riskfaktorn för stroke. Vid förhöjda bloodtrycksnivåer vid upprepade mätningar bokas tid för läkarbesök och vid mycket höga nivåer kontaktas läkare som vid behov kontaktar medicinakuten.

För mer information: Läkemedelsboken - Hypertoni

<https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hypertoni.html> (200229)

Nationellt Kliniskt kunskapsstöd - hypertoni

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/54a853ee-2f27-4769-9485-baa51f0f4df3>
(200229)

Deltagarens ansvar vid högt bloodtryck:

Vid högt bloodtryck är det angeläget att deltagaren utifrån hälsosamtal, Stjärnprofil och självkännedom utformar egna mål kring fysisk aktivitet, vikt, alkoholvanor och tobaksvanor.

Personer med **Högt-normalt bloodtryck** (130-139/85-89) informeras om risken att utveckla hypertoni och möjliga följder till detta, och framför allt informeras de om goda möjligheter att påtagligt minska risken att bloodtrycket utvecklas vidare till hypertoni genom framför allt viktminskning, ökad fysisk aktivitet, alkoholreduktion, saltreduktion och stressminskning.

Deltagare med **Högt-normalt bloodtryck** uppmanas att själva se till att bloodtrycket kontrolleras någon gång årligen (inte nödvändigtvis på vårdcentralen).

Hälsosamtalsledarens ansvar vid högt bloodtryck:

Råd ges om matvanor, fettintag och saltreduktion, samt råd om fysisk aktivitet och viktreduktion utifrån en bedömning av vad som är mest lämpligt i det enskilda fallet. För rökare är rökstopp särskilt viktigt för att minska risken för både infarkt och stroke. Ibland ligger en alltför hög alkoholkonsumtion bakom hypertoni. Därför bör rådgivningen också bidra till att stödja alkoholhögkonsumenter att sänka sin konsumtion rejält. Minskad stress är även angeläget. Följ utredningen för hypertoni som finns under Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Läkarens ansvar vid högt bloodtryck:

Att med hänsyn tagen till andra riskfaktorer och samtidiga sjukdomar tillämpa gällande vårdprogram för hypertoni avseende blodtrycksbehandling och behandlingsmål. Ta i beaktande om hänvisning ska ske till primärvårdens dietist.

Sexuell hälsa

Diabetes, högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdom kan vara hinder för sex vid äldre ålder.

Kardiovaskulär sjukdom och erektil dysfunktion (ED) är två tillstånd som oftast samexisterar och de delar riskfaktorer som diabetes, högt blodtryck, rökning, övervikt och höga blodfetter. Symtomen på ED kommer ungefär mellan 3-5 år innan manifest kardiovaskulär sjukdom och är ett viktigt tecken för tidiga insatser för att minska riskfaktorerna (Diaconu et al. 2019).

Det är vanligt med sexuell dysfunktion vid diabetes. Många av de besvär patienter upplever som svårighet med lubrikation eller smärta vid sex kan avhjälpas, om patienten får berätta om sina besvär och få information om glidmedel och lokalt östrogen (Wangel & Stenzelius, 2021).

Plissit modellen kan appliceras (Annon, 1976), att vårdpersonal behöver ge patienter tillåtelse att prata om sexuell hälsa genom att fråga patienter om sexuell hälsa.

Vanligaste besvären är lokala underlivsbesvär, erektionsrelaterade besvär (impotens) och nedsatt lust. All hälso-och sjukvårds personal kan sedan ge enkel information om sexuell hälsa och hänvisa till annan kompetens vid behov, exempelvis till läkare på vårdcentral.

Hälsosamtalsledarens ansvar om deltagaren önskar stöd och hjälp för besvär med sin sexuella hälsa:

[Rådgivningsstödet webb \(sjunet.org\)](https://www.sjunet.org/) - här finns vägledning för personal vilka råd som kan ges till deltagaren som söker stöd. Sök på symtom, kroppsdel eller händelse i sök-rutan.

Exempel på besvär och var hjälp kan fås:

Underlivsbesvär hos kvinnor, exempelvis sveda och värk → Hänvisa till barnmorska

Klimakteriebesvär → Egenvård och/eller hänvisa till klimakteriemottagningen
<https://inblick.regiondalarna.se/nyhetsfloden/nyheter-halso--och-sjukvardsnytt/ny-digital-klimakteriemottagning-oppnar/>

Erektionsrelaterade besvär hos män/impotens → Hänvisa till fortsatt utredning hos läkare

Om deltagaren redan äter medicin för exempelvis hjärt-kärlsjukdom, bör hen ta kontakt med sin läkare för fortsatt dialog kring besvären.

Nedsatt lust och/eller smärta vid sex (kan var tecken på diabetes) → Hänvisa till läkarbesök eller diabetessköterska

Psykiska besvär rörande sexuell hälsa → Hänvisa till samtalsmottagning

Tankar, oro kring oönskad sexualitet → Hänvisa till www.preventell.se (här finns råd för både deltagare och personal)

Könsdysfori → Hänvisa till [Könsdysforimottagning Falun - 1177](https://www.koensdysforimottagningfalun.se)