

Bättre vård vid kroniska sjukdomar - en modell för interprofessionellt och patientinkluderande levnadsvanesamarbete inom reumatisk vård

Bakgrund

Patienter med reumatisk sjukdom utgör en betydande andel av landets kroniskt sjuka. Dagens behandlingsprinciper innebär att flertalet patienter med reumatisk sjukdom ska behandlas tidigt och följas på specialistklinik. Som grupp betraktad har patienter med reumatisk sjukdom en ökad dödlighet, fr.a. i hjärt-kärl sjukdom. Detta tillsammans med det faktum att det idag finns evidens för att levnadsvanorna har en direkt inverkan på den reumatiska sjukdomens förlopp och behandlingsmöjligheter gör det extra angeläget att arbeta med levnadsvanor inom reumatologin. Reumatologsektionen har inom ramen för SLS levnadsvaneprojekt 2011-2014 sammanställt faktaunderlag till Sveriges reumatologläkare avseende betydelsen av levnadsvanorna specifikt för de reumatiska sjukdomarna. Som exempel kan nämnas att det idag finns tydlig evidens för att rökning mångfaldigar risken att insjukna i reumatoid artrit för den som har ärftlig benägenhet för sjukdomen, ökar risken att få ett allvarligare sjukdomsförlopp och medför risk för sämre behandlingssvar.

Förutsättningarna för utökat interprofessionellt samarbete inom reumatologin i levnadsvanefrågor bedöms som goda då många av landets reumatologenheter sedan länge har välfungerande team för reumarehabilitering bestående av sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska, psykolog/kurator och läkare, ibland dietist och ytterligare professioner.

Den nya patientlagen vars syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet kan ses som en hörnpelare i allt levnadsvanearbete eftersom patienten i detta är den självklara huvudaktören.

Svensk reumatologi har sedan mitten av 90-talet arbetat med kvalitetsregister (SRQ). Utöver medicinska objektiva parametrar innehåller registret patientens egen registrering (PER). Patienterna fyller själva i ett antal parametrar som belyser hur aktiv deras sjukdom är på pek-skärm på mottagningen eller på sin egen dator, surfplatta eller mobil via 1177 Vårdguidens e-tjänster f.d. "mina vårdkontakter". Svaren används sedan interaktivt vid läkarbesöket. Här finns en potential för ökad användning av kvalitetsregistret/PER för att identifiera levnadsvanor, följa förändring av levnadsvanor och öka patientens delaktighet.

Projektgruppen har under hösten 2015 genomfört en omvärldsspaning inklusive litteraturstudier, en webb-enkät till landets reumakliniker och en workshop på temat "levnadsvanor inom reumatologi". Utifrån dessa resultat tillsammans med egna kunskaper/erfarenheter har vi formulerat ett förslag till modell för optimerat levnadsvanearbete inom reumatologi.

Insatser har skett i enlighet med aktivitetsplanen

Arbetsgrupp

En interprofessionell arbetsgrupp har formerats och består av följande personer från de sökande professionsorganisationerna med engagemang och spetskompetens inom reumatologi, levnadsvanor och sjukdomsförebyggande metoder.

Ann-Marie Calander, projektledare, överläkare reumatologi, med dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ulrika Bergsten, leg. sjuksköterska, med dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Mathilda Björk, leg. arbetsterapeut, biträdande professor, Linköpings universitet.

Nina Brodin, leg. fysioterapeut, med dr, Karolinska Institutet.

Susanne Pettersson, universitetssjuksköterska, med dr, Karolinska Universitetssjukhuset.

Alexandra Roth, leg. dietist, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Emma Swärd, leg. Fysioterapeut, med dr, Karolinska Institutet.

Omvärldsspaning avseende pågående nationellt levnadsvanearbete

Projektgruppen har genomfört en omvärldsspaning med syfte att kartlägga pågående och avslutat nationellt levnadsvanearbete samt identifiera framgångsfaktorer och lärdomar. Ett flertal enheter, projekt, hemsidor och nyckelpersoner har intervjuats eller observerats i olika delar i Sverige. Intervjuerna har representerat primärvård, specialistvård, företag, statliga verk, regionövergripande projekt och forskning. Det gemensamma har varit fokus på arbete med levnadsvanor. Omvärldsspaningen sammanfattas nedan.

Identifierade pågående projekt

Omvärldsspaningen visar att det pågår många goda projekt och satsningar gällande levnadsvanor runt om i landet. Flera personer uttrycker att satsningarna fungerar bra så länge de finns i projektform och har extra resurser. När den extra satsningen är avslutad är det ofta svårt att implementera och hålla kvar arbetssättet i den kliniska vardagen. Det finns också många informativa hemsidor som innehåller såväl utbildningsmaterial som projektbeskrivningar. Exempel på levnadsvaneprojekt som pågår nationellt är:

- "Hälsosamtal för dig som fyller 40 år" (start 2001 i Gävleborg). ett projekt som pågått sedan 2001. Hälsosamtalsenkät fylls i (levnadsvanor samt sömn, stress, sysselsättning) inför ett besök hos en hälsosamordnare. Utöver det kollar man blodtryck, blodfetter, p-glukos, vikt, längd (BMI).
- I region Jämtland Härjedalen har man "Hälsorum" på 16 av länets 28 hälsocentraler. Ett rum som underlättar för besökaren (behöver ej vara patient) att kunna gå för att ta sitt eget blodtryck, väga och mäta sig samt hitta informationsmaterial och inspiration för att kunna leva ett hälsosammare liv. Samt är tidsbesparande för HCs personal (är grundligt utvärderat ur flera perspektiv).
- Söderhälsan i Norrköping driver ett levnadsvaneprojekt för nyanlända flyktingar och personer med annan etnisk bakgrund. Har varit framgångsrikt i ett område med en stor andel utlandsfödda.
- LIVI reumatologmottagningen, Huddinge t.o.m. 2015, finansierades av externa SLL pengar nu "slut" (tar därför emot få nya patienter för annat än rökavvänjning). T.o.m. 2015 haft screening för personer med tidig artrit och erbjudit stöd om rök/fysisk aktivitet.

Identifierade framgångsfaktorer

- Tydliga processer: Uppsala län har välfungerande processer där man på Akademiska sjukhuset nydiagnostiserade patienter screenas vad gäller levnadsvanor. Finns även möjlighet att åskådliggöra patientens levnadsvanor i journalsystemet Cosmic.
- Samtalsmodell: Flera enheter använder sig av MI och/eller KBT (ex Aleris i Stockholm),
- Uppföljningar: Flera enheter har strukturerade uppföljningar på upp till 12 månader. Exempelvis City Praktiken i Västerås,

- Vidgade levnadsvanor: Flera enheter följer Socialstyrelsens riktlinjer men inkluderar även sömn och stress (ex Bergshamra livsstilsmottagning)
- Tillgång till flera yrkeskategorier: Flera yrkeskategorier nämns och flera enheter erbjuder teammottagning. Södermalms Rehab Södras Livsstilsmottagning nämner bio-psykosociala team.

Material och tjänster användbara för vårdgivare och patienter

- 1177 – Hälsa och livsstil - flik som heter Hälsa och Livsstil som är väldigt användbar och informativ både för personal och patienter. Innefattar ett flertal hälsotester där; rörelsetest, diabetesrisktest, sömntest, stresstest, alkoholttest (separat)
- Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) - webbaserat läromaterial om man vill jobba med hälsofrämjande möten med information, övningar, filmer med mera. Både för patient och verksamhet.
- Sluta-röka-linjen
- Alkohollinjen
- Alex-it (utgår från Linköpings universitet, www.alexit.se). Test för: alkohol, matvanor, stress, sömn, tobak, fysisk aktivitet, mental hälsa. Arbetar även med livsstilskiosker.
- Stadprojektet (arbetat fram från Apoteket) <http://www.livsstilstest.se/stad/main.aspx>
Används bl.a. i Örebro län, tar totalt 24 minuter och är indelat i olika delar: kost, alkohol, läkemedel & droger, tobak, motion, vikt och stress.
- Webbutbildning från SoS: "Samtal och råd om bra matvanor" håller på att omarbetas till en 2h version istället som är mer interaktiv.
- Regionalt vårdprogram för levnadsvanor (Stockholms läns landsting). Ett gediget material på 60 sidor som ger konkreta tips och mycket bra information om länkar etc som vårdgivare kan använda sig av.

Identifierad resurslitteratur

Redding C, Rossi J, Rossi S, Velicer W, Prochaska J. Health Behavior Models. The International Electronic Journal of health Education 2000, 3.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International.1996, 11, 1

Glanz K, Rimer B, Viswanath K. 2008. Health behavior and Health education: Theory, research and practice. Wiley.

Willman och Gustafsson. 2015. Hälsofrämjande omvårdnad – Bekräftande vägledning för att skapa sin egen hälsa. Willman och Gustafsson (2015). Studentlitteratur.

Vi har också genomfört en omfattande litteratursökning gällande vad som publicerats 2015 om reumaspecifika aspekter på respektive levnadsvana och livsstilsförändring. Se bifogad ref. lista. För äldre reumaspecifik levnadsvane information se SLS och SRF's hemsida under rubrik "Levnadsvaneprojektet".

Genomförd webb-enkät – Sveriges reumatologmottagningar

För att identifiera nuvarande enheters arbete med levnadsvanor genomförde arbetsgruppen under hösten en webb-enkät bestående av 15 frågor kring de rutiner och det arbete med levnadsvanor som finns idag. Enkäten utformades för att kunna återupprepas efter en implementering av ett nytt arbetssätt/modell och då kunna belysa eventuella skillnader/utveckling inom området.

Resultat

- 35 enheter anknutna till SRQ ombads att besvara enkäten, 21 svar har inkommit.
- Av de 21 angav alla att de bedriver öppenvård, 13 bedriver även slutenvård och 12 har dagvård. Fyra enheter anger att de har levnadsvanemottagning och fyra enheter anger annan verksamhet t ex sjuksköterskemottagning, projektavdelning med kliniska prövningar och reuma rehab. Elva enheter arbetar med alla levnadsvanor, två anger att de inte arbetar med levnadsvanor alls och 6 enheter anger att de främst arbetar med vissa av levnadsvanorna. 16 enheter anger att de främst arbetar med rökning och 3 fysisk aktivitet. Vid 4 enheter har man en person som är ansvarig för levnadsvanearbetet, tio enheter har ingen ansvarig.

Drygt hälften av enheterna screenar för ohälsosamma levnadsvanor, men inte alla fyra utan fokus ligger på rökning och då framförallt vid nybesök. Personligt samtal som screening verktyg används mest, men även elektronisk screening och frågeformulär i väntrummet/hos vårdgivaren används. Mindre än hälften av enheterna ger samtliga patienter information om levnadsvanor.

Ett fåtal enheter ger information till de som frågar, de som har ohälsosamma levnadsvanor alternativt remitteras patienten till annan vårdgivare för information. Muntlig information är vanligast men skriftlig information används i hälften av fallen.

Åtgärd avseende levnadsvanor sker i hälften av fallen individuellt, ett fåtal individuellt och i grupp. Endast ett fåtal enheter genomför åtgärder som följer Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom alla områden.

Endast hälften av enheterna utvärderar BETEENDET efter åtgärden, ett fåtal UTFALLET av åtgärden. Åtgärder följs dock upp vid personligt möte eller via telefon.

Åtgärder och arbete kring levnadsvanor journalförs framförallt som löpande text i journalen, ett fåtal under sökord i journalen alternativt med KVÅ-koder.

Enskilda uppfattningar/goda exempel

- En enhet vill verka för att Reumatologenheter bör fånga upp ohälsosamma levnadsvanor men att man därefter bör remittera till primärvården/hälsocentraler som är specialiserade på att arbeta med levnadsvanor.
- En enhet har haft Livsstilmottagning en längre tid och läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter har utbildats i Motiverande Samtal (MI). En enhet anger att utprovning av en ny verksamhet för patienter som får reumatisk diagnos (alla oavsett diagnos) "nyinsjuknad-mottagning" pågår. Där skall information, både skriftlig och muntlig, och samtal om levnadsvanor ingå.
- Vid en enhet är levnadsvanor inkluderade under "Hälsosamtal" i det elektroniska journalsystemet och hela landstinget använder samma modul.

Genomförd Workshop “Levnadsvanor inom Reumatologi”

Syfte

Att utbyta erfarenheter och tankar samt identifiera behov inför ett optimerat levnadsvanearbete inom framtidens reumatologi.

Deltagare

Tjugotre personer med olika spetskompetenser från flera delar av landet deltog. Deltagarna representerad flera professioner samt patientorganisationen. Se bilaga.

Genomförande

För att ge förutsättningar för diskussioner och kreativa synpunkter varvades workshopens grupparbeten med inspirationsföreläsningar. I diskussion lyftes förslag på hur professionen och patienter skulle vilja att levnadsvanearbetet ser ut inom reumatologin i framtiden.

Efter introduktion till ämnet och workshopens syfte presenterade Ann Blomstrand, från Göteborgs Universitet, en modell för levnadsvanearbete ”Hälsolyftet” vilken implementeras på offentliga vårdcentraler i Västra Götalandsregionen.

För att vidga tankarna mot framtidens inom reumatologi presenterade registerhållare Sofia Ernestam, Svensk Reumatologis Kvalitets Registers (SRQ) potentiella delaktighet i levnadsvanearbete. Detta e-hälsoperspektiv fortsatte dag två, då Ulrika Bjarre från Stockholms Läns landsting gav en föreläsning om hur primärvården ber patienten via 1177 vårdguidens e-tjänster besvara Socialstyrelsens frågor om de fyra levnadsvanorna. Patienterna använder sin eget konto och loggar in med hjälp av e-legitimation. När frågorna är besvarade kan de, med patientens tillstånd, importeras av vårdgivaren till journal systemet ”Take Care”.

Resultat

Begrepp: Förslag att använda uttrycket att uppmärksamma levnadsvanor istället för att bara identifiera förespråkades.

Utbildningsbehov - gemensam kunskapsbas vad gäller levnadsvanor inom reumatologi.

Förslag på att använda någon eller några av de generella web-utbildning som finns som ett ”körkort” för levnadsvanearbete dock behövs en komplettering med kunskap om levnadsvanornas reumaspecifika betydelse.

Levnadsvanorna kost och alkohol identifierades som komplexa. Som exempel framkom att såväl vårdgivare som patient ibland förväxlar riskbruk av alkohol såsom risken att hamna i medan det i detta sammanhang är risken för ohälsa. Medvetenheten kring detta bör stärkas och förtydligas.

Patient integration och e-hälsa: Patientrepresentanterna uttryckte att de gärna svarar på frågor om levnadsvanor i formulär hemskickade före besök eller via webben, men vill ha direkt feedback på det man fyllt i. Självmonitorering av förändringsarbetet ställer man sig positiv till, men personligt möte behövs vid något tillfälle.

Resultat - Förslag till modell för levnadsvanearbete inom reumatologi

Arbetsgruppen har utfört ett omfattande bakgrundsarbete under hösten 2015. Medelst webbenkät har Sveriges reumaklinikers/mottagningars nuvarande arbete med levnadsvanor identifierats, via omvärldsspaning av befintliga verksamheter inom och utanför reumatologin har goda exempel inhämtats och litteratursökning har gjorts. En workshop med speciellt inviterade personer inklusive patientrepresentanter har genomförts för diskussion och idéskapande. Med hjälp av det som framkommit under detta arbete och utifrån gruppens egna kunskaper och erfarenheter har vi identifierat viktiga hörnstenar i den modell för levnadsvanearbete som vi håller på att utforma och som vi planerar/önskar arbeta vidare med under 2016.

Gemensam kunskapsbas för alla medarbetare

Ett gemensamt förhållningssätt vad gäller synen på hälsa och hälsofrämjande är viktigt för att möta patienten och för att kunna stödja denne i sitt förändringsarbete.

Det finns i dagsläget många vetenskapliga publikationer gällande levnadsvanornas specifika inverkan på de reumatiska sjukdomarna och deras behandling och nya kommer hela tiden. Arbetsgruppen bedömer det som viktigt att alla som arbetar inom reumatologi delges huvudbudskapen i denna framväxande kunskap på ett bra sätt. En gemensam reumaspecifik kunskapsbas om levnadsvanor skulle förutom att bidra till att patienten möts av samma budskap/information oavsett vilken vårdgivare hon möter också verka motivationshöjande för såväl vårdgivare som patient.

Vi menar därför att ett reuma-specifikt utbildningspaket (t.ex. i form av webb-utbildning/studiecirkel material) för alla som arbetar inom reumatologi bör tas fram för att komplettera befintliga/kommande generella webb-utbildningar inom levnadsvanearbete.

Utbildningen bör förutom de fyra levnadsvanorna i Socialstyrelsens riktlinjer, även belysa sömn och stress, två viktiga komponenter/symptom inom reumatologin. Genomgången och godkänd utbildning tänker vi oss ska resultera i ett "reumaspecifikt levnadsvanekörkort". Hur arbetet med att ta fram denna reuma-specifika utbildnings-modul skall ske/finansieras är inte klarlagt.

Organisation - Levnadsvaneansvarig på varje reumaklinik/mottagning

Det levnadsvanearbete som idag bedrivs på landets reumatologkliniker/mottagningar är av mycket skiftande karaktär och omfattning och ofta i stor utsträckning avhängigt av enskilda entusiaster. Arbetsgruppen har sett som sin uppgift att föreslå en enkel struktur som ska vara lätt att applicera på såväl små som stora enheter och som inte kommer vara speciellt resurskrävande.

Vi föreslår att varje reumaklinik/mottagning utser en nyckelperson som är tänkt att ta ett större ansvar för klinikens/mottagningens arbete med levnadsvanor. Denna nyckelperson/levnadsvaneansvariga får som en av sina viktigaste uppgifter att fylla i en "kompetenskarta", som arbetsgruppen planerar tillhandahålla icke-ifyllt, där specifika kompetenser inom de olika levnadsvanorna identifieras inom den egna kliniken, på andra mottagningar, i primärvården och andra enheter inom den egna regionen.

Vi vill betona vikten av att identifiera resurser även utanför den egna mottagningen då det för många, kanske flertalet reumatologmottagningar inte kommer vara aktuellt att bedriva det faktiska interventionsarbetet inom den egna verksamheten. Alla medarbetare på kliniken/mottagningen skall sedan via nyckelpersonen och kompetenskartan få kännedom om hur och vart man lokalt lotsar en patient som önskar stöd att förändra en levnadsvana. I och med att erfarenheten av att arbeta med levnadsvanor ser olika ut runt om i landet kan denna kompetenskarta komma att se olika ut på olika kliniker/mottagningar vilket snarast torde vara en fördel ur implementerings synpunkt.

Interprofessionellt samarbete

Var och en i det reumaspecialiserade teamet; fysioterapeut/arbetsterapeut/sköterska/undersköterska/kurator/psykolog/dietist/läkare, ska kunna initiera levnadsvanearbetet, vem av dessa spelar mindre roll men det ska vara en person som patienten känner tillit till. Såväl deltagarna i workshoppen som projektgruppen betonar vikten av att uppmärksammandet av en ohälsosam levnadsvana måste vara tätt länkat till intervention. Den som ger interventionsstödet behöver ha kompetens avseende strukturerat/teoribaserat samtal, ha ett djupare kunnande inom den aktuella levnadsvanan samt ha möjlighet att följa upp och utvärdera förändringsarbetet. Varje vårdgivare kan inte besitta denna fördjupade kompetens men alla medarbetare ska ha kännedom om hur och vart man lokalt lotsar en patient som önskar stöd att förändra en levnadsvana. För att övriga i teamet ska veta vilka initiativ som tagits/insatser som gjorts, också för att undvika glapp eller dubbelarbete så behöver journalföringen bli mer enhetlig.

Patientinkludering

Arbetsgruppens ser det som önskvärt att SRQ och PER får utökad användning inom levnadsvanearbetet. I första hand genom att patienten själv ges möjlighet att registrera data om samtliga levnadsvanor och själv kan jämföra med sina egna tidigare registreringar. SRQ som idag används som ett pedagogiskt instrument i kontakten mellan patient och vårdgivare när det gäller läkemedelsbehandling och sjukdomsaktivitetskontroll kan då komma att fungera på likartat sätt i levnadsvanearbetet. På sikt hyser vi förhoppningen att det ska gå att grafiskt illustrera även levnadsvanorna som översikt i SRQ för att kunna följa hur dessa förhåller sig till sjukdomsaktivitetsmått och medicinering. Patienterna skulle då erbjudas en efterfrågad och mycket överskådlig och didaktisk feedback på sin levnadsvana/förändring av levnadsvana i förhållande till sin reumatiska sjukdom.

Under workshoppen framkom att många patienter ställer sig positiva till självmonitorering av förändringsarbetet, men önskar även ett personligt möte för till exempel feedback av inmatad data eller utvärdering av intervention.

Kommunikationsplan

Att nå ut till alla patienter

Majoriteten av reumatologins patienter räknar vi med att nå med hjälp av motiverade medarbetare med gemensam kunskapsbas och via PER (Patientens Egenregistrering) i vårt kvalitetsregister. SRQ som har en hög täckningsgrad.

Levnadsvanearbete sker nästan uteslutande med hjälp av språklig kommunikation vilket ställer oss inför stora utmaningar när det gäller att nå nyanlända och icke svensk-födda patienter. Patientorganisationen Reumatikerförbundet bedriver redan idag verksamhet för att nå dessa patientgrupper på ett bra sätt. Här ser vi gärna ett samarbete gällande det levnadsvanearbete som har att överbrygga kulturella/språkliga barriärer. En idé (se goda exempel, omvärldsspaningen) är att skapa "levnadsvanehörnor" på de olika klinikernas mottagningar där information och frågeformulär kan finnas på flera olika språk både för patienter och anhöriga att ta del av.

En grupp patienter som vi inte alls når i nuläget är våra "prepatienter". Till "prepatienter" skulle man idag ev. kunna räkna dem som har genetisk benägenhet att utveckla reumatoid artrit och där triggande miljöfaktorer/levnadsvanor kan vara det som avgör om sjukdom kommer till uttryck eller ej. Studier pågår i världen och Sverige avseende detta och framtiden får utvisa om här finns potential för äkta primärprevention.

Att nå ut till alla medarbetare inom reumatologi

- Via reumaspecifik utbildning om levnadsvanorna t.ex. i form av en webb-utbildning
- Via klinikernas levnadsvaneansvariga
- Via bra information på etablerade hemsidor med länkar till välfungerande e-tjänster.

Representation och förankring

För att ge bra förutsättningar för implementering av den framtida modellen behöver arbetsgruppen ha en bättre geografisk representation och vi vill därför utöka den med någon person med adekvat kompetens, verksam i landstinget Norrland respektive Skåne. Vi ämnar också inkludera patientrepresentant från Reumatikerförbundet i arbetsgruppen.

För granskning och förankring kommer modell-förslaget skickas till MoRR-gruppen (Modern Reuma Rehabilitering) inom SRF (Svensk Reumatologisk Förening), SRF's styrelse och övriga professionsspecifika reumasektioner samt Reumatikerförbundet (patientföreningen). Förslaget kommer också behöva processas i linjeorganisationen.

Extrapolering till andra ämnesområden/patientgrupper med andra kroniska sjukdomar

Själva idén med en ämnesspecifik tilläggsmodul till befintlig webb-utbildning om levnadsvanor bör lätt kunna extrapoleras till andra områden. Sålunda kan man tänka sig att diabetesvården, KOL-vården etc., var och en tar fram en ämnesspecifik sådan och att dessa moduler läggs tillgängliga på en gemensam lärplattform som tillägg till en generell webb-utbildning om levnadsvanor.

Strukturen med en levnadsvaneansvarig person på varje klinik/mottagning som fyller i en kompetenslista bör kunna passa oavsett specialitet/patientgrupp. Med stöd av kompetenslistan ska patienten kunna lotsas vidare för adekvat stöd, oavsett vilken medarbetare som identifierat att interventionen behövs eller om initiativet kommer från patienten själv.