



Dokumentation av sjukdomsförebyggande metoder

– exempel och erfarenheter

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

ISBN 978-91-7555-087-9

Artikelnr 2013-8-3

Text Lisa Thorsén

Foto © Oskar Falck

Tryck Edita Västra Aros, Västerås, september 2013

Om broschyren

Socialstyrelsen har gett ut nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Bakgrunden är att många patienter har levnadsvanor som innebär risker för deras hälsa. Ohälsosamma levnadsvanor kan också försämra effekten av behandlingen av sjukdomar som redan har brutit ut. Samtidigt finns det vetenskapligt stöd för att hälso- och sjukvården kan underlätta för patienter att bryta med ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om de samtalsmetoder som hälso- och sjukvården bör erbjuda patienter med ohälsosamma levnadsvanor för att de patienter som så önskar ska få stöd till förändring. Ibland innehåller rekommendationerna tillägg utöver samtalsmetoder såsom läkemedel, stegräknare eller fysisk aktivitet på recept

Bestämmelser om att föra patientjournal ska tillämpas på motsvarande sätt när det gäller sjukdomsförebyggande metoder som för andra åtgärder som görs i hälso- och sjukvården. De samtalsbehandlingar som patienterna genomgår bör således dokumenteras i journalen. Socialstyrelsen har dock inte någon generell rekommendation om att dokumentera patienternas levnadsvanor.

Ett utvecklingsarbete pågår i hälso- och sjukvården när det gäller dokumentationshandlingen. Några landsting ligger i framkant och

kan inspirera andra. Socialstyrelsen ansvarar för nationellt fackspråk för vård och omsorg och vi verkar för att begrepp inom hälso- och sjukvården används likartat i landstingen.

Broschyren syftar till att stödja utvecklingsarbetet i hälso- och sjukvården genom att inspirera till utveckling av dokumentationshandlingen när det gäller sjukdomsförebyggande metoder.

Åtgärder som behandlas i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder

För varje samtalsmetod som behandlas i riktlinjerna finns det en specifik kod för vårdåtgärder en så kallad KVÅ-kod. Dessa koder ska användas i den specialiserade vården men flera landsting har valt att även använda dem i primärvården. Användning av KVÅ-koder underlättar dokumentering och uppföljning. I vissa journalsystem syns inte KVÅ-koderna för vårdpersonalen utan koderna ligger dolda under mallar som är mer användarvänliga. För att få en bra jämförbarhet inom och mellan landstingen är det viktigt att alla som dokumenterar i journalen använder koderna likartat. I bilaga beskrivs samtalsmetoderna och KVÅ-koden anges inom parantes. På alla nivåer av samtalsmetoder rekommenderas ett patientcentrerat förhållningssätt.

Innehåll

Om broschyren	3
Hur dokumenteras samtal om levnadsvanor – exempel från några landsting	6
Hälsobladet gör det enklare att följa flödet kring arbetet med levnadsvanor	6
Hälsokurvan en hjälp i systematiskt hälsoarbete	7
KVÅ-koder underlättar uppföljning	10
Återkoppling underlättar förändringsarbete	11
Enhetlig informationsstruktur	13
Tobaksuppgifter kan bli jämförbara med enhetlig informationsstruktur	13
Skåne driver RIV vidare	14
Kvalitetsregistren	16
Utvecklar ett nationellt kvalitetsregister för primärvården	16
Rökstopp inför operation stärker patientsäkerheten	17
Bilaga	19
Rådgivning om tobak	19
Rådgivning om alkoholvanor	20
Rådgivning om fysisk aktivitet	21
Rådgivning om matvanor	22

Hur dokumenteras samtal om levnadsvanor – exempel från några landsting

Hälsobladet gör det enklare att följa flödet kring arbetet med levnadsvanor

Med hälsobladet har Östergötland gjort det möjligt för medarbetarna i hälso- och sjukvården att både dokumentera levnadsvanearbetet och följa flödet kring varje enskild patient.

– En framgångsfaktor när vi tog fram levnadsvanemallen Hälsobladet var att det fanns ett tydligt syfte och uppdrag. Arbetsgruppens sammansättning var också av största betydelse. Den har innehållit olika kompetenser som har kompletterat varandra på ett fördömligt sätt, säger hälsoprocessledare Maria Elgstrand.

Maria Elgstrand är en av tre hälsoprocessledare i Östergötland. Hon arbetar halvtid på en vårdcentral som tobaksavvänjare och hälsosamordnare och halvtid inom det nationella nätverket Hälsöfrämjande sjukvård, HSF, med fokus på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

– En vinst med Hälsobladet är att det är byggt utifrån indikatorerna i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Det möjliggör nationella jämförelser i framtiden, säger hon.

Östergötland valde att starta det systematiska arbetet med att ta fram en levnadsvanemall året innan riktlinjerna var klara. Syftet var att vidareutveckla och förbättra möjligheterna till dokumentation av levnadsvanor och möjliggöra utsökning av data i journalsystemet Cosmic. På sikt kommer det gå att följa både processmått och resultatmått.

– Tanken är att detta blir en del av och ett stöd i den resultatdialog vi har med vården varje år, berättar Maria Elgstrand.

Frågade journalanvändarna

Cosmicanvändarna tillfrågades via mejl hur de upplevde att det fungerade att dokumentera levnadsvanorna idag och hur de ville att det skulle gå till i framtiden. Av svaren framgick det tydligt att ett önskemål var att alla levnadsvanor skulle gå att dokumentera i en och samma mall. Ett annat önskemål var att kunna se hela flödet på ett och samma ställe.

Det första önskemålet gick inte att lösa på grund av tekniska skäl. Idag ligger Hälsobladet som en av flera bakgrundsmallar i journalsystemet. Mallen är tillgänglig för alla yrkeskategorier som arbetar med patientkontakter.

– Hälsobladet gör att det är lättare att följa flödet kring levnadsvanorna och att stärka arbetet. Man spar tid åt varandra. Eftersom alla professioner som dokumenterar i Hälsobladet kan se varandras anteckningar, säger Maria Elgstrand.

Det negativa är att man vid vissa besök måste anteckna på två ställen, dels i Hälsobladet och dels i en yrkesspecifik besöksmall.

– Några har ändå fått Hälsobladet i sin yrkesmall, till exempel psykiatrin där patientens integritet kan behöva skyddas extra, berättar Maria Elgstrand.

Infördes i hela systemet samtidigt

Efter en testperiod där ett 30-tal medarbetare deltog implementerades Hälsobladet i hela systemet 16 april 2012. Inför implementeringen hade information gått ut på flera olika sätt. Alla tobaksavvänjare, FaR- och hälsosamordnare visste vad som var på gång och verksamhetscheferna hade fått ett informationsbrev för spridning till medarbetarna.

– När vi väl tryckte på startknappen tror jag att de allra flesta visste vad som var på gång.

Hälsobladet infördes i hela hälso- och sjukvården, men det är primärvården som i dagsläget har kommit längst.

Stöd till användarna

Svarsalternativen i Hälsobladet är fasta, inget behöver dokumenteras i fritext. Som stöd för dem som ska dokumentera finns en manual som sammanfattar vad riktlinjerna står för, en dikteringsmall för läkarna som ska diktera, och ett frågeformulär att använda i samtal med patienten. Frågeformuläret går att skicka hem till patienten inför ett besök.

– För oss är det jätteviktigt att vara ute och möta medarbetarna och prata om Hälsobladet och riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Det är i dialog med medarbetarna vi har möjlighet att bemöta funderingar och nå en samsyn.

Hälsokurvan en hjälp i systematiskt hälsoarbete

I Jönköpings län ingår det sedan 2012 i vårdcentralernas uppdrag att erbjuda invånarna hälsosamtal och att arbeta med den så kallade Hälsokurvan i analysen .

– Det är ett sätt att jobba riktat och systematiskt med levnadsvanorna, säger distriktsläkare och hälsoutvecklare Hans Lingfors.

Hans Lingfors delar sin tid mellan arbetet som distriktsläkare och som ansvarig för implementeringen av vårdcentralernas systematiska hälsoarbete, där levnadsvanorna är en del.

Det är bra om hälso- och sjukvården jobbar med befolkningens levnadsvanor både integrerat, när patienterna ändå kommer, och mer riktat, menar han.

– Om vi bara arbetar med att ta upp levnadsvanorna när en patient ändå kommer finns det risk för att vi inte hinner med att prata med dem som behöver det mest. När en patient har många diagnoser och mediciner tar mötet längre tid. De kan leda till att vi samtalar om levnadsvanorna med ”fel” patient.

– Ett komplement till det integrerade sättet är att arbeta mer riktat som vi gör med hälsosamtalen och Hälsokurvan, säger Hans Lingfors.

Han har lång erfarenhet av att bedriva ett systematiskt hälsoarbete som läkare. Tillsammans med två kolleger drog han i slutet på 80-talet i Habo igång metoden hälsosamtal och utvecklade analysverktyget Hälsokurvan. Många vårdcentraler i Skaraborg hängde på och arbetet har nu hunnit resultera i tre avhandlingar.

Systematiskt arbete

Just nu utbildar FoU-enheten vårdcentralerna för fullt för att de ska klara sitt uppdrag med hälsosamtal och Hälsokurva.

Jönköpings 52 vårdcentraler ska bjuda in invånarna till hälsosamtal när de fyller 40, 50 och 60 år. Inbjudan ska skickas till de invånare som har valt vårdcentralen. Inför besöket får patienten en enkät att svara på där frågor om levnadsvanorna ingår. En särskild enkät handlar om matvanor. Patienten får också ta de prover som ingår innan besöket. På vårdcentralen är det en sjuksköterska som håller i hälsosamtalet. Om det råder oklarheter runt motionsvanorna kan sjuksköterskan fördjupa frågorna med ytterligare en enkät. Sjuksköterska mäter också blodtrycket, midjemåttet och räknar ut BMI. För varje variabel som ingår i hälsosamtalet får patienten olika poäng. Graderingen bygger på risk att utveckla hjärt- och kärlsjukdom.

– Poängen matas in och varje patient får en kurva. I det första skedet ger vi ofta inga råd. Vi presenterar kurvan, pratar om vad den betyder och lyssnar med patienten vad hon eller han tycker om sin kurva.

– Det heter ju hälsosamtal så det är viktigt att det inte blir ett sjuksamtal. Vad är patienten mest nöjd med? Finns det något att förändra och hur ska det gå till?

Kompetens och stöd

I stort sett alla vårdcentraler i Jönköpings län har sjuksköterskor med specialkompetens som rökavvänjare. När det gäller specialkunskaper om motion har man också kommit ganska långt.

– När det gäller alkohol och särskilt matvanor trevar vi oss fortfarande fram.

Det är frivilligt att komma på hälsosamtalen. Följsamheten varierar hittills från 10 till 80 procent.

– Det vi ser är att det tar en tid att etablera hälsosamtalen. De högsta siffrorna har de vårdcentraler som redan arbetat med detta länge.

Som stöd i processen för vårdcentralerna finns idag journalmallar för hälsosamtalen. Nu utvecklas de vidare för att underlätta dokumentationen av levnadsvanorna.

Hans Lingfors och FoU-enheten samlar in dokumentationen för att kunna återföra resultaten till vårdcentralerna.

– Det här kan ingå i den årliga uppföljningen av vårdcentralerna. Genom att göra profiler av kommuner och vårdcentraler kan vi se hur det står till med hälsan i olika grupper, se skillnader mellan olika kommuner och utvecklingen över tid.

Hälsosamtal

Jönköpings läns ambition är att erbjuda hälsosamtal hela livet. Idag får förutom de som är 40, 50 och 60 år också alla som blir förälder för första gången erbjudande och hälsosamtal via BVC. Landstinget hjälper även kommunerna genom att utbilda skolsköterskorna så att de kan ha hälsosamtal med eleverna. I något anpassad form arbetar skolsköterskorna med hälsosamtal och Hälsokurvan för elever i årskurs fyra, årskurs sju och i årskurs ett på gymnasiet. Från och med 2013 pågår försök med hälsosamtal i förskoleklass i några kommuner. Då är föräldrarna med också.

Hälsokurvan

Hälsokurvan tas fram genom att provresultat och de uppgifter patienten lämnar i hälsosamtalen poängsätts utifrån risk att utveckla hjärt- och kärlsjukdom. Den används både i dialog med patienten och för övergripande uppföljningar.

KÖN **1** ÅLDER **4,0** GRUPP **4,0** PNR **7 2 0 4 2 7 - 4 3 2 1**
 NR **4 3 0 1** BESÖK NR **0 1**
 DATUM **1 2 0 2 1 5** **Ethel**
 Undersökare

1 Fysisk aktivitet, kcal/vecka **9 6 0**

2 Mat, Fett **7 5** Fiber **1 5** Bonus **1** Kost-poäng **0 7**

3 Alkohol, glas/vecka **1 0**

4 Tobak Cig/dag **1 5**
 Snusdosor/vecka **5**

5 Livssituation **2**

6 Psykisk ohälsa **2**

7 Ärtlighet, diabetes **1**

8 Ärtlighet, Hjärt-Kärl-sjd Far (ålder) **7 4**
 Mor (ålder) **7 2**

9 BMI, kg/m² **2 7 8**

10 Midja-Stuss-kvot **0 9 6**

11 Blodtryck, mm Hg **1 4 0 - 9 5**

12 Kolesterol, mmol/l **6 2 0**

13 Kronisk sjukdom **Hjärtinfarkt 2010** **1 2 5 -**

	Låg risk ←		→ Hög risk	
	1	2	3	4
	>2000	1000-2000	500-999	<500
	2-5	6-8	9-11	
♂ Q	<6 ≤4	7-13 5-8	14-18 9-12	>18 >12
	0/ex	1-9 (snus)	10-19	>20
	<2	2-3	4-5	
	1	3-4	5-7	
	0		≥2	
♂ Q	≥70 ≥75	55-69 60-74	45-54 50-59	<45 <50
♀ Q	<27 <29	27-35,9 29-35,9	≥37 ≥39	
♂ Q	<0,90 <0,78	0,90-0,94 0,78-0,82	0,95-0,99 0,83-0,87	>1,00 >0,88
	<140 <90	140-159 90-104	170-199 105-114	≥200 ≥115
♂ Q	<5,00 <5,00	5,00-6,49 5,00-7,09	6,50-9,00 7,10-9,00	>9,00 >9,00

KVÅ-koder underlättar uppföljning

I Sörmland använder vårdcentralerna lokala KVÅ-koder, utöver de nationella, för att följa upp och ersätta resultat när det gäller arbetet med levnadsvanor. För att få igång arbetet med KVÅ-koder har det behövts både en genomarbetad struktur för levnadsvanearbetet och nära kontakter mellan administratörer och vårdpersonal.

– Samarbete och samverkan har varit och är avgörande, säger hälsosamordnare Angeli Beijnoff som lett arbetet med att stärka levnadsvanornas betydelse för patienterna i primärvården.

I Sörmland finns det 26 vårdcentraler, varav 17 är landstingsdrivna. Sörmland är ett av de sex landsting som under 2012 deltog i ett pilotprojekt för att föra in de KVÅ-koder Socialstyrelsen tagit fram för åtgärder i samband med implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Skåne, Stockholm, Östergötland, Norrbotten och Uppsala är de övriga regionerna och landstingen som har deltagit i pilotprojektet. Sörmland har tagit KVÅ-koderna ett steg vidare och utvecklat lokala koder för att följa upp resultatet av åtgärderna.

För att få alla vårdcentraler med sig i det sjukdomsförebyggande levnadsvanearbetet har Angeli Beijnoff och hennes kollegor sedan 2009 arbetat med att bygga upp en tydlig stödjande struktur där vårdcentralerna varit delaktiga. På varje vårdcentral finns det en hälsokoordinator som samordnar och utvecklar det hälsofrämjande arbetet i samarbete med namngivna personer som har särskild kompetens och uppdrag att stötta patienter i levnadsvaneförändringar. För varje levnadsvana finns också ett nätverk i länet där deltagarna träffas för utveckling av sitt arbete. Hälsokoordinatorerna har motsvarande nätverksträffar.

Landat i god jord

I Sörmland har alla samma journalsystem, SYSteam Cross, något som har underlättat uppbyggandet av systematisk dokumentation. En anpassning av dokumentationssystemet till levnadsvanorna utifrån de nationella riktlinjerna har införts i primärvården och fortsätter nu att införas inom övriga verksamheter.

Hälsokoordinatorerna och it-samordnarna har varit nyckelpersoner i arbetet att införa KVÅ-koderna på vårdcentralerna.

– Jag upplever att KVÅ-koderna har landat i god jord. Många rapporterar att det är värdefullt att få en sammanställning över det man faktiskt gör och att använda det i utvecklingsarbetet. Dessutom är det ett relativt enkelt sätt att registrera. KVÅ-koder är också en hjälp att administrera ersättning för arbetet med levnadsvanor, säger Angeli Beijnoff.

När det gäller resultat finns det en KVÅ-kod för varje levnadsvana. För FaR finns också en kod för uppföljning.

KVÅ-koderna har följts upp sedan 2012. Nästa steg är att testa hur det fungerar att plocka ut data ur den nya journaldokumentationen.

Sörmland vill till exempel följa upp hur många personer av dem som fått åtgärder som är rökfria sex månader efter rökstoppet.

Utveckla levnadsvanearbetet

Nu har Angeli Beijnoff lämnat stora delar av sitt uppdrag och Djamila Jortikka har tagit över hennes roll.

– Vår beställning till vårdcentralerna kommer att se annorlunda ut inför 2014. Vi vill gå ifrån att belöna uppnådda levnadsvaneresultat till att belöna arbetsinsats och uppföljning av levnadsvaneförändringen. Vi vill arbeta för att hälso- och sjukvården ska vara jämlik. Om ersättningen i stor utsträckning belönar de som har patienter

som lyckas ändra sina vanor finns det en risk för att de som är mest utsatta kommer i skymundan.

Djamila Jortikka tycker att landstinget i Sörmland fått en jättebra bra start i arbetet med levnadsvanorna och att man verkligen kommit igång. Men vårdpersonalen behöver mer stöd och utbildning i när och hur frågorna om levnadsvanor ska tas upp.

Något annat att jobba vidare med är att göra korrekta och befogade hänvisningar för fortsatt stöd.

– Å ena sidan är det viktigt att patienterna vill och är motiverade. Å andra sidan har vi en stor utmaning i att veta när vi ska göra vad som vårdpersonal. Vi får tänka och agera på olika sätt med exempelvis en diabetiker som röker eller en rökande patient som står inför en operation än med en frisk person som röker, säger Djamila Jortikka

Återkoppling underlättar förändringsarbete

Återkoppling är en viktig del av själva implementeringen. Den insikten har vuxit till en arbetsmetod för verksamhetsutvecklare Inga-Britt Stenman i Norrbotten.

– Alla förändringar tar tid. Att möta personalen och tillsammans reflektera över hur arbetet med levnadsvanorna ser ut hos just dem är väldigt uppskattat, säger hon.

Implementering i Norrbottens primärvård av arbetssätt och dokumentationsrutiner för Socialstyrelsens sjukdomsförebyggande metoder har skett i ett samarbete mellan primärvården och Folkhälsocentrum.

Vårdcentralerna i länet heter numera hälsocentraler.* Av 37 hälsocentraler är fem privata.

* I Norrbotten heter nästan alla vårdcentraler numera hälsocentraler. En enhet heter fortfarande vårdcentral och en enhet heter klinik.

Alla hälsocentraler fick inför 2012 ett uppdrag att ta fram en handlingsplan för hur de ska jobba med levnadsvanorna.

– Det finns mycket kompetens i de här frågorna på hälsocentralerna, berättar Inga-Britt Stenman.

Flera hälsocentraler har hälsokoordinatorer, alla har tobaksavvänjare, nästan all vårdpersonal har utbildning i Motiverande samtal och det finns en etablerad vana att skriva ut FaR. Från och med 2013 ska hälsocentralerna erbjuda länets 30-åringar hälsosamtal. I hälsosamtalen ingår frågor om levnadsvanorna.

Flexibla rapporter guld värt

I Norrbotten använder alla journalsystemet VAS. Norrbotten valde att se dokumentationen av levnadsvanor som en del av journalföringen. Sökorden för de olika levnadsvanorna är kopplade till svarsalternativ som helt utgår från Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

– Meningen är att svaren ska synliggöra risknivåerna, säger Inga-Britt Stenman.

Informationen överförs per automatik till ett datalager en gång i veckan från VAS. Ur datalagret kan hon sedan själv skapa flexibla rapporter, något som hon tycker är guld värt i uppföljningsarbetet.

Den återkoppling Inga-Britt Stenman känner har gett mest är när hon åker ut till hälsocentralerna på arbetsplatsträffar eller planeringsdagar och möter personalen. Det är ett arbetssätt som vuxit fram. Det började med att hon blev inbjuden till hälsocentralerna för att undervisa om dokumentationsmodellen.

– Jag tog med mig utdata. Det skapar intresse och gör frågan levande. Genomgångarna visade på uppenbara skillnader. På en hälsocentral kunde det till exempel se jättebra ut med frågor om tobak till diabetespatienter för att det fanns en diabetessjuksköterska som tänkte på sambandet, medan patienter med högt blodtryck inte hade journalförd fråga om till exempel fysisk aktivitet i lika hög utsträckning.

– Återkopplingen gör det enklare för hälsocentralerna att se vad de kan göra i det konkreta levnadsvanearbetet, säger Inga-Britt Stenman.

Tid nödvändigt

Hon vill poängtera att det är viktigt att implementeringsarbetet får ta tid och att arbetet med införa ett nytt arbetssätt sker parallellt med att personalen lär sig en ny dokumentationsmodell.

– Vi pratar ofta om tiden det tar att förändra en levnadsvana. Men det tar tid för vården att förändra sitt arbete också. Ibland har vi för bråttom med att jämföra med andra. Alla måste få bottsna i sina egna data först.

Idag har Inga-Britt Stenman och hennes kollegor besökt cirka hälften av hälsocentralerna på det här viset. Nu jobbar de vidare med att stötta journalföring av åtgärder.

Att träffa personalen personligen och återföra lokala data är ett arbetssätt som tar tid.

– Men det är det allra bästa sättet, säger Inga-Britt Stenman.

Enhetlig informationsstruktur

Tobaksuppgifter kan bli jämförbara med enhetlig informationsstruktur

Äpplen kan inte jämföras med päron. Med den gemensamma utgångspunkten har Sveriges kommuner och landsting (SKL) deltagit i projektet att utveckla en enhetlig struktur för dokumentation och uppföljning av journalernas tobaksuppgifter.

– Meningen är att det arbete vi nu gjort ska underlätta landstingens uppföljning av hälso- och sjukvårdens arbete med tobaksavvänjning. Det fina är att det också lätt går att koppla på fortsatt struktureringsarbete med övriga levnads-vaneuppgifter, berättar kommunikationsstrateg Bo Alm på SKL.

Arbetet är en del av projektet ”Insatser för minskad tobaksrökning”. Projektet ryms inom ramen för SKL:s överenskommelse med staten när det gäller insatser för ”Ännu bättre cancer-vård”.

Det finns ett stort behov av att utveckla möjligheten att följa arbetet med tobaksavvänjning i landstingen, berättar Bo Alm. Den kartläggning SKL gjort visar att det är svårt för landstingen att plocka ut likvärdiga uppgifter om vilka tobaksvanor patienterna har och uppgifter om i vilken utsträckning de får frågor om sina tobaksvanor. Ännu svårare är det att följa hur många av dem som får sjukvårdens stöd att sluta röka som är rökfria sex månader efter rökstopp.

Viktiga erfarenheter

I detta fall är det en så kallad RIV-specifikation som visar hur information ska definieras, struktureras och kodas för att uppgifterna ska kunna

dokumenteras och bli tillgängliga på ett enhetligt sätt. Med RIV-specifikationen för tobak har SKL och de åtta landstingen och regionerna i Norrbotten, Uppsala, Stockholm, Sörmland, Östergötland, Jönköping, Kronoberg och Skåne gjort en pionjärinsats.

– En av de viktigaste erfarenheterna från projektet är att det är nödvändigt med en nationell RIV-specifikation men att det inte räcker för att det i slutändan ändå ska bli enhetlig dokumentation. För oss var det avgörande att få träffas och arbeta tillsammans för att kunna vrida och vända på de funderingar och frågor som väcktes, säger Bo Alm.

– En annan viktig erfarenhet är att det måste finnas ett politiskt beslut och ett tydligt uppdrag och stöd från landstingsledningen för att lyckas med implementeringen.

RIV-specifikationen för tobak utgår från och är harmoniserad med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Den är även harmoniserad med modeller och klassifikationer i Nationell informationsstruktur och Nationellt fackspråk och bygger på Snomed CT-koder och de KVÅ-koder som Socialstyrelsen utvecklat inom levnadsvaneområdet. Genom att använda nationellt framtagna begrepp och koder möjliggörs att den information som skapas i dokumentationen är enhetlig, entydig och jämförbar.

Täcker flera behov

Specifikationen täcker behoven att dokumentera patientens tobaksvanor på screeningnivå, tobaksvanorna som behöver kartläggas i samband med annan diagnostisk eller behandling och då patienten genomgår tobaksavvänjning.

På regional och nationell nivå ska det gå att följa

- andelen patienter över 18 år som har fått frågan om tobaksanvändning under vald tidsperiod
- andelen dagligrökare
- andelen dagligrökare som önskar stöd från hälso- och sjukvård för att sluta röka
- andelen dagligrökare som önskar stöd för att sluta som fått kvalificerat rådgivande samtal
- andelen rökfria före detta dagligrökare som slutat efter kvalificerat rådgivande samtal.

Test återstår

Varje landsting har själv gjort det praktiska utvecklingsarbetet med dokumentationsformulär och mallar.

– En framgångsfaktor deltagarna har lyft fram är att arbetsgrupperna haft en blandad kompetens från både vårdverksamheterna och it-funktionerna, säger Bo Alm.

– Nu återstår det att testa i skarpt läge. Kommer de uppgifter vi plockar ut att vara enhetliga och jämförbara? Sju av landstingen har idag implementerat RIV-strukturen i något av sina journalsystem, men alla har inte fört in alla informationsmängder. Anledningarna är flera. Ibland fungerar det inte med journalsystemen och ibland gör landstingen bedömningen att det inte är nödvändigt.

Vad är RIV?

RIV, Regelverk för Interoperabilitet inom Vård och omsorg, är en modell som underlättar ett strukturerat elektroniskt informationsutbyte mellan olika vård- och omsorgssystem. En RIV-specifikation visar hur information ska definieras, struktureras och kodas för att uppgifterna ska kunna dokumenteras och bli tillgängliga på ett enhetligt sätt. Meningen är att göra informationen återanvändningsbar, sökbar och jämförbar. Bo Alm brukar jämföra RIV med noter; Noter är ett universellt språk för hur man bygger musik. De som kan noter, kan också läsa och spela vad andra har skrivit. Styckena låter lite olika beroende på vem som spelar dem, men alla notkunniga kan identifiera styckena.

Skåne driver RIV vidare

RIV-specifikationen för tobak finns redan. Nu driver Region Skåne utvecklingen vidare med att ta fram RIV för de övriga levnadsvanorna.

– Vår gåva till de landsting som inte är med i arbetet nu blir RIV-specifikationerna som gör det möjligt att ta fram jämförbar information, säger sjukgymnast och hälso- och sjukvårdsstrateg Maria Bjerstam.

Specifikationerna kan beskrivas som manualer där de som är insatta i Nationell informationsstruktur kan se hur information ska definieras, struktureras och kodas för att uppgifterna ska kunna dokumenteras och bli tillgängliga på ett enhetligt sätt. Region Skåne driver RIV-projektet med statsbidrag från Socialstyrelsen för att använda nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk (terminologi, klassifikationer, Snomed CT). Flera av de landsting som var med och utvecklade RIV för tobak i SKL:s regi

deltar i arbetsgruppen och experter på de olika levnadsvanorna är inbjudna från flera landsting.

– Vi som arbetade med RIV för tobak var eniga om att det behövs RIV-specifikationer också för de andra levnadsvanorna – riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Nu är det Region Skåne som driver projektet, men vi är angelägna om att andra landsting deltar. Vi har stor hjälp av varandra, eftersom många har kunskap från arbetet med RIV för tobak.

I arbetet tänker gruppen också på kvalitetsregistren.

– Kvalitetsregistren har ofta med frågor om tobak till exempel, men hur frågorna ställs är rena vilda västern. De svar man får går inte att jämföra.

Implementering i samband med nya journalsystem

Region Skåne har valt att paketera och implementera riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder i ett eget vårdprogram. RIV-specifikationerna utgår från riktlinjerna. Maria Bjerstam och hennes grupp har sammanlagt tre workshops per levnadsvana för att komma fram till vilka informationsmängder som behövs för att kunna skapa specifikationer. Workshoparna leder fram till svar på vad det minsta är som vården behöver veta om patienterna för att dokumentera frågor, åtgärder, nivåer och uppföljningar.

RIV-specifikationerna ska vara klara under sommar och höst 2013. I Skåne sker implementeringen i samband med att journalsystemen för primärvården byts ut till det gemensamma systemet PMO, och den specialiserade vårdens och psykiatriens journalsystem Melior uppdateras och förenklas. RIV-specifikationen för tobak implementeras först och specifikationerna för de andra levnadsvanorna efterhand som de blir klara. Implementeringen gäller hela hälso- och sjukvården.

It och teknik ska stödja, inte tynga

En av utmaningarna i RIV-arbetet är att få alla med på tåget, berättar Maria Bjerstam. Registreringsfrågor ligger närmare de som arbetar med it och administration än de olika vårdprofessionerna.

– Ibland kan det kännas som om it-mognaden inom vården är ganska låg. Vårdens önskemål när det gäller it-system är inte så tydligt formulerade. Ofta finns det ett stort glapp mellan vad tekniken faktiskt kan göra och förmågan att använda den.

Strukturen är väldigt viktig för att undvika dubbelarbete, menar Maria Bjerstam. Ambitionen i Region Skåne är att i framtiden bara behöva registrera arbetet med levnadsvanor på ett ställe, och att kunna använda registreringen för verksamhetsutveckling, uppföljning och eventuell rapportering till kvalitetsregister. Men än är det en bit kvar dit.

Många val

Det svåraste med att ta fram RIV-specifikationerna är att hitta den minsta gemensamma nämnaren för varje levnadsvana, berättar Maria Bjerstam. Är 150 minuters motion riktmärket för alla människor eller bara för dem som är friska? Gäller gränsen för riskbruk också de som har högt blodtryck?

– Det är mycket att ta ställning till, men jag har gott hopp om att vi ska nå fram. En jättevinst med att använda RIV är just att informationen blir jämförbar över hela landet. Vår nästa stora utmaning här i Skåne är att få igång de utdatasystem som håller på att utvecklas så att vi verkligen kan följa den information vi vill.

Kvalitetsregistren

Utvecklar ett nationellt kvalitetsregister för primärvården

Återkoppling på utfört arbete med möjlighet att jämföra sig regionalt och nationellt, uppföljning för styrning och ledning, automatisk leverans av data till andra kvalitetsregister och en källa för efterlängtat forskning.

Det vill professor Jörgen Månsson, chefläkare på Capio, och hans kollegor i projektet ”Nationell samordning för utveckling av kvalitetsregisterarbete inom primärvården” uppnå genom att utveckla Nationellt Primärvårdsregister, NPR.

Jörgen Månsson har lång erfarenhet av kvalitetsarbete i vården.

För många år sedan fick han ett uppdrag av Socialstyrelsen att undersöka om det gick att göra elektroniska uttag ur primärvårdsjournalerna och att få till stånd en nationell samordning.

– Vi kunde visa att det gick, men tiden var inte mogen för ett nationellt kvalitetsregister för primärvården. Allt för många landsting var upptagna med att bygga sina egna lösningar, berättar Jörgen Månsson.

I det nya projektet är han hoppfullare. Primärvårdens Kvalitetsregister Västra Götalandsregionen och Kvalitetsregister för primärvården – Pvkvalitet.se har tillsammans med Svensk förening för allmänmedicin fått medel från Sveriges kommuner och landsting, SKL, för att driva projektet ”Nationell samordning för utveckling av kvalitetsregisterarbete inom primärvården”.

Pilotprojekt visar vägen

Meningen är att arbetet ska leda fram till ett Nationellt Primärvårdsregister, NPR.

Under 2013 driver styrgruppen för NPR ett pilotprojekt som ska ligga till grund för fortsatt utveckling.

I pilotprojektet deltar en privat och en landstingsdriven vårdcentral i vart och ett av de tre regionerna Västra Götaland, Stockholm och Skåne. Pilotprojektet fokuserar på uppgifter om de fyra diagnoserna diabetes, artros, tonsillit och depression.

– Vi söker också uppgifter om levnadsvanor kopplade till diagnoserna. Det känns viktigt att kunna ta med levnadsvanorna när det gäller i princip alla besök i primärvården, säger Jörgen Månsson.

Pilotprojektet letar efter information på många sätt – genom strukturerade variabler, sökord i journalerna, åtgärds- och diagnoskoder och i fritext.

Förhoppningen är att analysen i pilotprojektet ska kunna ge svar på hur och var uppgifterna finns dokumenterade. Det ska sedan resultera i rekommendationer till det kommande nationella primärvårdsregistret. Jörgen Månsson beräknar att uppbygganden av NPR kan påbörjas under 2015.

När NPR väl ska byggas upp kommer diagnoserna att vara betydligt fler.

– Men vi vill inte bara titta på diagnoser utan också fånga områden som går över olika diagnoser, exempelvis hur många av de patienter som är 75 år och äldre som får fler än fem läkemedel.

Utmaningar och vinster

– En av de stora utmaningarna är att alla dokumenterar på ett sätt som gör det möjligt att plocka ut uppgifterna till ett nationellt register. Vi kommer att använda oss av en enhetlig informationsstruktur enligt RIV*.

*Vad är RIV? Se förklaring på sidan 14

– Andra stora utmaningar vi får arbeta med parallellt är juridiska och etiska frågor, säger Jörgen Månsson.

Den allra största fördelen med ett nationellt kvalitetsregister för primärvården är återkopplingen, menar Jörgen Månsson.

– Det är oerhört värdefullt att se hur vi lyckas med vårt arbete och hur vi hela tiden kan arbeta med att förbättra kvaliteten.

Rökstopp inför operation stärker patientsäkerheten

Ortopediska kliniken vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå var först i Sverige med att införa rökstopp för patienter inför operationer. När beslutet fattades 2009 blossade en etikdebatt upp, men många följer efter.

– Våra argument har hela tiden handlat om patientsäkerhet och inte om moral. Det har varit en intressant resa, säger professor Olle Svensson, före detta verksamhetschef vid pionjärkliniken.

I februari 2013 gick Svenska läkaresällskapet och Svenskt kirurgiskt råd, som består av alla kirurgiska specialistföreningar, ut på DN debatt med att de tagit ett principbeslut om att verka för att alla operationer ska bli rökfria. För att lyckas med det behövs kraftigt ökade resurser för rökavvänjning, som professionella rökavvänjare som kan stödja, uppmuntra och ge effektivt psykologiskt och eventuellt farmakologiskt stöd, menar debattörerna.

Olle Svensson tycker att det har gått snabbt sedan 2009.

– Det visar att tiden är mogen nu. För 20 år sedan skrattade vi ut den enda läkare på vår klinik som ville införa rökstopp inför operationer. Det var en annan tid då. Flera rökte, särskilt män, och vi visste ännu inte vilken dramatisk

påverkan rökstopp har på andelen komplikationer efter operationer.

Auktoriteten användbar

Olle Svensson fimpade själv och blev så småningom vetenskapligt övertygad om att rökstopp inför operation är det enda rätta ur patientsäkerhetsperspektiv. Ny forskning visade att antalet komplikationer halverades vid rökstopp. När informationskampanjen inför beslutet 2009 drog igång var det med tydlighet och tuffhet. Kampanjens logga bestod av en överkorsad döds-kalle.

– Det blev ett väldigt ståhej och det var bra för debatten gjorde hela frågan så synlig. Det finns mycket tydliga bevis för att antalet komplikationer, som blodpropp, kallbrand och svåra infektioner halveras vid rökstopp fyra till sex veckor innan operationen och minst åtta veckor efter.

Den kunskapen har inte alltid patienten. Men patienten lyssnar gärna på sin doktor, menar Olle Svensson.

– Läkare har många gånger ingen susning om vilka auktoriteter de är. Om vi kirurger tydligt berättar hur viktigt det är för resultatet av operationen att patienten slutar röka biter det väldigt ofta.

Närmar sig frågan på flera sätt

De landsting och kliniker som arbetar aktivt för rökstopp i samband med operation närmar sig frågan på lite olika vis. På några håll finns det ett krav på rökstopp för planerade operationer kombinerat med stöd för rökavvänjning. På andra håll är erbjudandet om stöd inte förknippat med ett direkt krav på rökstopp, men ambitionen är att hjälpa patienten sluta.

En stor utmaning är att hitta lösningar på hur arbetet med rökstopp i samband med operationer ska registreras för att informationen ska bli sökbar och jämförbar.

– Man måste rensa i träsket av dubbeldokumentation. Den enda lösning jag tror kan fungera är att få registrera direkt i kvalitetsregistren

enligt en överenskommen standard, och att informationen sedan exporteras till journalsystemen, säger Olle Svensson.

Själv har han slutat som verksamhetschef och ägnar sig nu åt egen forskning och undervisning.

– Arbetet med rökstopp inför operation kommer att rulla på. Jag kan säga att det resultat jag ser nu har överträffat mina förväntningar .

Läs mer

www.enrokfrioperation.se

www.tobaksfakta.se

Bilaga

Rådgivning om tobak

Enkla råd om tobaksbruk (DVIII)

Information och korta, generella råd om tobaksbruk. Kan kompletteras med skriftligt material. Tar vanligtvis mindre än fem minuter.

Det enkla rådet syftar till att motivera patienten att sluta röka eller snusa. Det kan vara strukturerat enligt en modell där personalen (1) informerar om varför det är viktigt för patienten att sluta använda tobak (2) frågar om patienten är motiverad att sluta, om patienten är motiverad så (3) ges råd om hur man bäst lyckas, t.ex. sätta stoppdatum, göra sig av med all tobak och använda receptfria läkemedel för rökavvänjning. Avslutningsvis kan personalen erbjuda patienten ett möte med en utbildad tobaksavvänjare eftersom det kvalificerat rådgivande samtalet har bäst effekt. Om patienten inte är motiverad så kan man erbjuda patienten att komma tillbaka vid ett annat tillfälle.

Rådgivande samtal om tobaksbruk (DVII2)

Rådgivande dialog om tobaksbruk anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar. Tar vanligtvis 10–15 minuter men ibland upp till 30 minuter. Om samtalet genomförs vid mer än ett tillfälle uppnås bättre effekt. Varje samtal registreras då som en åtgärd.

Det rådgivande samtalet ger mer tid för dialog med patienten än det enkla rådet. Då finns t.ex. tidsmässigt utrymme för ett samtal enligt MI-metoden (Motiverande samtal). Exempelvis kan patientens ambivalens kartläggas och behandlaren får större möjlighet att stötta patienten till förändring. Om samtalet följs upp med ett nytt samtal vid ett senare tillfälle finns möjlighet att stötta patienten att undvika återfall.

Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk (DVII3)

Rådgivande dialog om tobaksbruk anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar som utförs i enlighet med en beteendevetenskaplig metod som är teoribaserad och/eller strukturerad. Det kvalificerade rådgivande samtalet är ofta längre än det rådgivande samtalet och patienten erbjuds i regel en serie med samtal. Det kvalificerade rådgivande samtalet bör ske vid särskilt bokade möte individuellt eller i grupp.

Det kvalificerat rådgivande samtalet är mer systematiskt än det rådgivande samtalet när det gäller att stötta patientens beteendeförändring. Därför är det viktigt på denna nivå att personalen har utbildning i den samtalsmetod som används. I Sverige finns etablerat en metod för tobaksavvänjning som har fått spridning i landstingen. Den metoden innebär att man börjar behandlingen med MI-metoden och att man sedan stöttar patienten med praktiska tips för att stödja förändringen. Den metod som diplomerade tobaksavvänjare har utbildning i kan klassas som ett kvalificerat rådgivande samtal.

I de studier som låg till grund för rekommendationerna i riktlinjerna ingick vanligtvis följande komponenter: skattning av personens motivation att sluta röka, hjälp att identifiera högrisksituationer och problemlösande strategier för att hantera dessa och allmänt stöd.

Rådgivning om alkoholvanor

Enkla råd om alkoholvanor (DVI21)

Information och korta, generella råd om alkoholvanor. Kan kompletteras med skriftligt material. Tar vanligtvis mindre än 5 minuter.

Det enkla rådet syftar till att motivera patienten att sluta med riskbruk av alkohol. Det finns dock inte vetenskapligt stöd för att det enkla rådet har effekt. Ett enkelt råd kan handla om att personalen berättar för patienten om varför det är viktigt att sluta med riskbruk av alkohol. Om personalen väljer att ge ett enkelt råd så är det bra om det avslutas med ett erbjudande om ett rådgivande samtal eftersom det finns vetenskapligt stöd för att det rådgivande samtalet har effekt. Om patienten inte är motiverad så kan man erbjuda patienten att komma tillbaka vid ett annat tillfälle.

Rådgivande samtal om alkoholvanor (DVI22)

Rådgivande dialog om alkoholvanor anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar. Tar vanligtvis 10–15 minuter men ibland upp till 30 minuter. Det finns inte bevisat att fler samtal ger bättre resultat.

Det rådgivande samtalet ger mer tid för dialog med patienten än det enkla rådet. Då finns t.ex. tidsmässigt utrymme för ett samtal enligt MI-metoden (Motiverande samtal). Den längre behandlingstiden gör att patientens ambivalens kan kartläggas och behandlaren får större möjlighet att stötta patienten till förändring. Den MI-baserade metod som det s.k. Riskbruksprojektet har utbildat i motsvarar nivån rådgivande samtal om alkoholvanor.

I de studier som låg till grund för rekommendationerna i riktlinjerna ingick vanligtvis några eller samtliga av följande komponenter: återkoppling om personens alkoholkonsumtion och eventuella alkoholrelaterade problem, förtydligande av vad som utgör riskbruk av alkohol,

information om skadliga effekter förknippade med riskfylld alkoholkonsumtion, fördelar med att minska alkoholkonsumtionen, motiverande strategier, analys av risksituationer och copingstrategier samt framtagande av en personlig plan för att minska alkoholkonsumtionen. Förutom samtal kunde interventionen också inkludera handlingsplan, broschyr, konsumtionsdagbok, skriftlig personlig återkoppling och hemövningar.

Kvalificerat rådgivande samtal om alkoholvanor (DVI23)

Rådgivande dialog om alkoholvanor anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar som utförs i enlighet med en beteendevetenskaplig metod som är teoribaserad och/eller strukturerad. Det kvalificerat rådgivande samtalet är ofta längre än det rådgivande samtalet och patienten erbjuds i regel en serie med samtal. Det finns ingen säkerställt bättre effekt än av det rådgivande samtalet.

Det kvalificerat rådgivande samtalet är mer systematiskt än det rådgivande samtalet när det gäller att stötta patientens beteendeförändring. Därför är det viktigt på denna nivå att personalen har utbildning i den samtalsmetod som används. I Sverige finns ingen spridd metod på nivån kvalificerat rådgivande samtal för riskbruk av alkohol.

Rådgivning om fysisk aktivitet

Enkla råd om fysisk aktivitet (DVI31)

Information och korta, generella råd om fysisk aktivitet. Kan kompletteras med skriftligt material. Tar vanligtvis mindre än fem minuter.

Det enkla rådet syftar till att motivera patienten att öka sin fysiska aktivitet. Det kan handla både om aktivitet i vardagen och om regelbunden träning. Det finns dock inte vetenskapligt stöd för att det enkla rådet har effekt. Ett enkelt råd kan handla om att personalen berättar för patienten om varför det är viktigt att öka den fysiska aktiviteten. Om personalen väljer att ge ett enkelt råd så är det bra om det avslutas med ett erbjudande om ett rådgivande samtal eftersom det finns vetenskapligt stöd för att det rådgivande samtalet har effekt. Om patienten inte är motiverad kan man erbjuda patienten att komma tillbaka vid ett annat tillfälle.

Rådgivande samtal om fysisk aktivitet (DV 132)

Rådgivande dialog om fysisk aktivitet anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar. Samtalet bör också kompletteras med åtgärden FaR (fysisk aktivitet på recept) (DV200). Det finns också stöd för att tillägg av stegräknare ger god effekt. Samtalet tar i regel 10–15 minuter men kan ta upp till 30 minuter. Om samtalet genomförs vid mer än ett tillfälle uppnås bättre effekt. Varje samtal registreras då som en åtgärd.

Det rådgivande samtalet ger mer tid för dialog med patienten än det enkla samtalet. Då finns t.ex. tidsmässigt utrymme för ett samtal enligt MI-metoden (Motiverande samtal). Genom den längre behandlingstiden får behandlaren större möjlighet att stötta patienten till förändring. Om samtalet följs upp med ett nytt samtal vid ett senare tillfälle finns möjlighet att stötta patienten att bibehålla förändringen.

De studier som låg till grund för rekommendationerna i riktlinjerna innehöll olika komponenter. Det rådgivande samtalet kunde ingå i ett ordinarie besök i primärvården och t.ex. innefatta muntliga råd och en skriftlig ordination som innebar en överenskommelse om en aktivitetsplan med personliga mål, stöd för att identifiera hinder, tips på lämpliga aktiviteter samt uppföljningsbesök.

Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet (DVI33)

Rådgivande dialog om fysisk aktivitet anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar som utförs i enlighet med en beteendevetenskaplig metod som är teoribaserad och/eller strukturerad. Samtalet bör också kompletteras med åtgärden FaR (fysisk aktivitet på recept) (DV200) och ev stegräknare.

Det kvalificerat rådgivande samtalet är mer systematiskt än det rådgivande samtalet när det gäller att stötta patientens beteendeförändring. Därför är det viktigt på denna nivå att personalen har utbildning i den samtalsmetod som används. I Sverige finns ingen spridd metod på nivån kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet.

Rådgivning om matvanor

Enkla råd om matvanor (DVI41)

Information och korta, generella råd och rekommendationer om matvanor. Det enkla rådet tar vanligtvis mindre än 5 minuter.

Det enkla rådet syftar till att stödja patienten till hälsosammare matvanor. Det enkla rådet kan handla om vilka förändringar av matvanorna som är viktigast för patientens hälsa. Om behandlaren väljer att ge ett enkelt råd så är det bra om det avslutas med ett erbjudande om ett kvalificerat rådgivande samtal eftersom det finns vetenskapligt stöd för att samtal på den nivån har effekt. Om patienten inte är motiverad kan man erbjuda patienten att komma tillbaka vid ett annat tillfälle.

Rådgivande samtal om matvanor (DVI42)

Rådgivande dialog om matvanor anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar. Det rådgivande samtalet tar i regel 10 till 15 minuter men kan ta upp till 30 minuter.

Det rådgivande samtalet ger mer tid för dialog med patienten än det enkla rådet. Då finns t.ex. tidsmässigt utrymme för ett samtal enligt MI-metoden (Motiverande samtal). Genom den längre behandlingstiden kan patientens ambivalens och oro för misslyckanden kartläggas och behandlaren får större möjlighet att stötta patienten till förändring. Det rådgivande samtalet har dock låg prioritet enligt Socialstyrelsens riktlinjer och det är bra om det rådgivande samtalet avslutas med ett erbjudande om ett kvalificerat rådgivande samtal.

Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor (DVI43)

Rådgivande dialog om matvanor anpassad till patientens hälsa, risknivå och andra förutsättningar som utförs i enlighet med en beteendevetenskaplig metod som är teoribaserad och/eller

strukturerad. Det kvalificerade samtalet är i regel längre än det rådgivande samtalet och patienten erbjuds i regel en serie med samtal. Varje samtal registreras som en åtgärd.

Det kvalificerat rådgivande samtalet är mer systematiskt än det rådgivande samtalet när det gäller att stötta patientens beteendeförändring. Därför är det viktigt på denna nivå att personalen har utbildning i den samtalsmetod som används. Det kan t.ex. vara en kombination av metoder där man inleder enligt MI och kompletterar med praktiska tips för att stödja förändringen. Vid rådgivning om hälsosamma matvanor är det viktigt att behandlaren beaktar patientens förutsättningar att lyckas med önskad beteendeförändring ur ett flertal aspekter. Det kan förutsätta att behandlaren har kunskap om kost och livsmedel samt mat och måltider i sitt sociala, kulturella och emotionella sammanhang.

De studier som låg till grund för rekommendationerna i riktlinjerna innehöll olika komponenter. En studie kombinerade strategier från motiverande samtal (MI), problemlösning och social kognitiv teori. Interventionen tog specifikt upp motivation samt metoderna self-efficacy, stages of change och negotiation method. Metoderna hjälper deltagarna att identifiera strategier för att klara hinder och övar skickligheten att nå mål samt att behålla dessa mål.

Socialstyrelsen har gett ut nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Bakgrunden är att många patienter har levnadsvanor som innebär risker för deras hälsa. Ohälsosamma levnadsvanor kan också försämra effekten av behandlingen av sjukdomar som redan har brutit ut. Samtidigt finns det vetenskapligt stöd för att hälso- och sjukvården kan underlätta för patienter att bryta med ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om de samtalsmetoder som hälso- och sjukvården bör erbjuda patienter med ohälsosamma levnadsvanor för att de patienter som så önskar ska få stöd till förändring. Ibland innehåller rekommendationerna tillägg utöver samtalsmetoder såsom läkemedel, stegräknare eller fysisk aktivitet på recept

Ett utvecklingsarbete pågår i hälso- och sjukvården när det gäller dokumentationshanteringen av sjukdomsförebyggande metoder. Några landsting ligger i framkant och kan inspirera andra. Socialstyrelsen ansvarar för nationellt fackspråk för vård och omsorg och vi verkar för att begrepp inom hälso- och sjukvården används likartat i landstingen. Broschyren syftar till att stödja utvecklingsarbetet i hälso- och sjukvården genom att inspirera till utveckling av dokumentationshanteringen när det gäller sjukdomsförebyggande metoder.

Dokumentation av sjukdomsförebyggande metoder
(artnr 2013-8-3) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice.
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från www.socialstyrelsen.se