

Sjukdomsförebyggande metoder

Stöd till införandet av nationella riktlinjer

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran.
Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN	978-91-7555-290-3
Artikelnummer	2015-3-12
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , mars 2015

Förord

Regeringen beslutade den 13 januari 2011 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att stödja införandet av myndighetens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2014. Rapporten vänder sig till Regeringskansliet och har tagits fram av projektledaren Iréne Nilsson Carlsson i samarbete med Maria Branting, Karin Forslund och Riitta Sorsa.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
Uppdraget	9
De nationella riktlinjerna.....	9
Projektets struktur	10
Referensgrupp	10
Kontaktpersoner i landstingen	11
Samverkan med professionerna	11
Närliggande uppdrag	13
Sprida kännedom	15
Strategi	15
Kommunikationsmål.....	15
Deltagande i konferenser	15
Kontaktpersoner och referensgrupp	16
Material för webb och tryck.....	16
Kommunikation via professionerna.....	17
Stöd till metodutveckling	23
Behov av metodutveckling	23
Beviljade stöd	23
Sprida forskningsresultaten	26
Svårigheter med rekrytering	26
Webbaserad utbildning	27
Kartläggning	27
Utbildning om bra matvanor.....	27
Uppföljning och utvärdering	30
Socialstyrelsens uppdrag	30
Stöd till informationshantering	30
Utvärdering	32
Öppna jämförelser	34
Hur har uppdraget lyckats?.....	35
Stöd till implementering.....	35
När är riktlinjerna implementerade?.....	36
Identifiera	36
Erbjuda åtgärd.....	37
Genomföra samtal.....	37
Följa upp	38
Slutsatser och förslag	39

Sammanfattning

Ohälsosamma levnadsvanor är en starkt bidragande orsak till sjukdoms-
bördan i Sverige. Även den som redan har drabbats av sjukdom kan snabbt
göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. Sedan Socialstyrelsen
år 2011 inledde arbetet med att stödja införandet av myndighetens nationella
riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har patienternas levnadsvanor
kommit mer i fokus i landstingens ledning och styrning av hälso- och sjuk-
vården. Vårdgivarna har mål för det sjukdomsförebyggande arbetet, man har
tagit fram vårdprogram och rutiner samt håller på att utveckla dokumenta-
tionshanteringen.

Många patienter erbjuds stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor
men det finns skäl att fortsätta utbyggnaden av arbetet med sjukdomsföre-
byggande metoder. Det gäller till exempel för patienter med kroniska sjuk-
domar.

Den kommunala hälso- och sjukvården har inte kommit igång med att
arbeta enligt rekommendationerna i riktlinjerna. Det finns en uppfattning i
den kommunala hälso- och sjukvården att det är landstingens ansvar men den
är inte avstämd med landstingen.

Det finns en utbredd kunskap om arbetet med sjukdomsförebyggande
metoder i den landstingsstyrda hälso- och sjukvården. Många har tillräcklig
kompetens för att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor och
att erbjuda åtgärder. Denna kompetens behöver underhållas och fortsatta
kompetensutvecklingsinsatser kan dessutom behövas inom specifika verk-
samheter.

Attityderna till det sjukdomsförebyggande arbetet är positiva bland chefer
och personal. Socialstyrelsen har stimulerat samverkan mellan professioner-
na vilket främjat en gemensam helhetssyn på omhändertagandet av patienten.
Den kritik som ibland hörs från läkare handlar i regel om att de inte anser sig
ha tid att samtala om levnadsvanor på grund av korta patientmöten och att det
anses tidskrävande och krångligt att dokumentera i journalerna. Sjuksköter-
skor uppger ibland att de saknar ett tydligt uppdrag att arbeta förebyggande.

Projektet har bidragit till metodutveckling genom att finansiera sex forsk-
ningsstudier och genom att ge stöd till en uppdatering av FYSS- Handbok för
fysisk aktivitet på recept. Studierna ger ny information till hälso- och sjuk-
vården om hur man kan samtala om levnadsvanor, hur man kan stödja en
beteendeförändring för olika patientgrupper, hur man bäst utbildar persona-
len i samtalsmetoden Motiverande samtal, samt erfarenheter av hur ersätt-
ningssystemens utformning påverkar implementeringen av nationella rikt-
linjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Socialstyrelsen bedömer att huvuddelen av landstingen kommer att kunna
följa upp arbetet med sjukdomsförebyggande metoder från och med statistik-
året 2015.

Bakgrund

Uppdraget

Regeringen beslutade den 13 januari 2011 om ett uppdrag till Socialstyrelsen om att stödja införandet av myndighetens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I uppdraget ingår att:

- tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna inom landsting och kommuner,
- kartlägga behovet av och stödja metodutveckling för det förebyggande arbetet inom vård och omsorg,
- skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper med hjälp av IT-lösningar och
- utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av införandet av riktlinjerna
- följa den internationella utvecklingen när det gäller sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården.

Regeringen beslutade den 3 november 2011 om en komplettering av uppdraget angående nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I det beslutet anges att Socialstyrelsen utöver för egen verksamhet får använda anslagna medel som bidrag till de medverkande aktörer som deltar i arbetet med uppdraget om införandet av de nationella riktlinjerna.

Regeringen har under 2011-2014 beslutat om 84,5 miljoner kronor till Socialstyrelsen för att genomföra uppdraget. En första delrapport lämnades till Regeringskansliet den 31 oktober 2011 och därefter har delrapporter lämnats den 31 maj 2012 och den 31 maj 2013.

De nationella riktlinjerna

En slutversion av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder publicerades den 30 november 2011. En expertgrupp som kontinuerligt bevakar området sjukdomsförebyggande metoder har därefter tillsatts med uppgift att årligen göra en översiktlig genomgång av riktlinjernas olika delområden. En avstämning som gjordes 2013 visade att det inte tillkommit någon ny information som påverkar rekommendationerna i riktlinjerna. Under 2015 kommer myndigheten fortsätta arbetet med att hålla riktlinjerna uppdaterade.

Projektets struktur

En projektplan beslutades av generaldirektören den 31 maj 2011. I syftet med projektet angavs att hälso- och sjukvården i ökad utsträckning ska arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och följa de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Som projektmål angavs de uppgifter som finns specificerade i regeringsuppdraget och som redovisas ovan under rubriken Uppdraget. I projektplanen specificeras fem effektmål.

- a) Vårdgivarna ska ha strukturer som stödjer ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i enlighet med de nationella riktlinjerna.
- b) Patienterna ska erbjudas stöd för att förändra riskfyllda levnadsvanor i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.
- c) Alla i hälso- och sjukvården som har patientkontakter ska ha kunskap och förmåga att arbeta i enlighet med riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder. Professionerna ska förmedla en positiv attityd till hälsofrämjande arbete och hälso- och sjukvårdspersonalen ska tillämpa sjukdomsförebyggande metoder vid möte med patienter.
- d) Projektet ska ha bidragit till metodutveckling som främjar tillämpningen av sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården. Metodutvecklingen kan gälla både metoder för implementering på organisationsnivå och metoder som tillämpas i mötet med patienten.
- e) Det ska gå att följa upp det hälsofrämjande arbetet och tillämpningen av riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder i alla landsting och regioner.

Öppna jämförelser ska finnas tillgängliga för det hälsofrämjande arbetet. De indikatorer som beslutas inom riktlinjeprojektet ska gå att följa upp med data. Projektplanen innehåller avgränsningar mot viss kommunal, landstings- och statlig verksamhet. Vidare redovisas i vad mån projektet behöver samverka med andra projekt och verksamheter.

I projektplanen lyfts olika perspektiv och grupper i befolkningen fram som särskilt behöver beaktas. Funktionshindrade, vissa etniska grupper och nationella minoriteter samt grupper med låg utbildningsnivå har i genomsnitt mer riskfyllda levnadsvanor än övriga befolkningen. Det finns också skillnader i riskfyllda levnadsvanor mellan kvinnor och män. Projektet ska eftersträva att utforma insatser som stödjer en jämlik vård.

Referensgrupp

I referensgruppen har personer deltagit som företrädar landstingen/regioner, nätverket för hälsofrämjande sjukvård, Sveriges Kommuner och Landsting, Föreningen svensk företagshälsovård, Studenthälsan, Vårdföretagarna, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Svenska barnmorskeförbundet, Sveriges arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund, Psykologförbundet, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Statens livsmedelsverk. Under senare delen av

arbetet har Föreningen svensk företagshälsovård, Studenthälsan, Vårdföretagarna, Psykologförbundet och Statens beredning för medicinsk utvärdering valt att inte delta i referensgruppens möten. De har dock haft möjlighet att följa arbetet i den utsträckning de själva har önskat.

Kontaktpersoner i landstingen

Projektet har kontaktpersoner i alla landsting och regioner. Landstingen och regionerna har inbjudits att anmäla den person som har ansvaret för att införa de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder i sitt landsting eller region och alla har tackat ja till att delta i kontaktpersonsgruppen. Kontaktpersonerna spelar en viktig roll för att säkerställa att projektets insatser stödjer landstingens och regionernas implementering av det sjukdomsförebyggande arbetet. Genom projektet främjas också kontakterna mellan landstingen och det ges tillfälle att byta erfarenheter och bolla idéer om genomförandet av implementeringen i landstingen och regionerna.

Samverkan med professionerna

Hälso- och sjukvårdspersonalen spelar en viktig roll som ambassadörer för en omorientering mot ett mer sjukdomsförebyggande arbete i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har lämnat bidrag till professionsorganisationer som verkar inom hälso- och sjukvården. Professionerna har fått stöd för att sprida kunskap om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder bland sina medlemmar. Bidraget har också använts till att delta i landstingens arbete med att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Följande organisationer har fått bidrag:

Svenska läkaresällskapet

Svenska läkaresällskapet (SLS) är en professionell sammanslutning i syfte att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet, för utveckling inom hälso- och sjukvården. Sammantaget har Svenska läkaresällskapet fått 18,3 miljoner kr i bidrag för sitt arbete med att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Läkare är viktiga för att ge det sjukdomsförebyggande arbetet legitimitet inom den specialiserade vården och primärvården. De har en viktig roll i patientmötet som de som tar anamnes och erbjuder stöd till ändrade levnadsvanor och följer upp resultatet av insatsen. Ibland är det läkare som genomför samtalsbehandlingar men ofta genomförs samtalen av någon annan yrkesgrupp.

SLS bedriver mycket av sitt arbete organiserat i sektioner. Elva sektioner har skrivit under avtal med SLS om att delta i arbetet med att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna. Det är sektionerna för allmänmedicin, arbets- och miljömedicin, beroendemedicin, fysisk aktivitet och idrottsmedicin, gastroenterologi, kardiologi, kirurgi, obstetrik och gynekologi, ortopedi, psykiatri och reumatologi. Utöver dessa har sektionerna för alla övriga opererande specialiteter samt anestesi och intensivvård varit aktiva i arbetet kring Rökfri operation.

Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionella sammanslutning. Svensk sjuksköterskeförening företräder professionens kunskapsområde med syfte att främja forskning och utveckling, utbildning samt kvalitetsutveckling inom vård och omsorg. Sammantaget har Svensk sjuksköterskeförening fått 11,2 miljoner kr i bidrag för sitt arbete med att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Svensk sjuksköterskeförening stödjer implementeringen genom sitt projekt Sjuksköterskors samtal om levnadsvanor. Syftet med projektet är att sprida kännedom och kunskap om riktlinjerna till sjuksköterskor inom hälso- och sjukvård så att alla arbetar i enlighet med de metoder som riktlinjerna rekommenderar.

Arbetet har rönt stort intresse bland sjuksköterskor och ca 15 av föreningens specialistsektioner och nätverk har anslutit sig och medverkar aktivt i ett eller flera delprojekt. Exempel på sektioner och nätverk som medverkar är sjuksköterskor i cancervård, föreningen för hematologisjuksköterskor, distriktssköterskeföreningen, riksföreningen för företagssköterskor, riksföreningen för barnsjuksköterskor, sjuksköterskor mot tobak, nätverket levnadsvanor, psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, nutritionsnätet för sjuksköterskor, riksföreningen för skolsköterskor i Sverige, astma- och allergisjuksköterskeföreningen, föreningen reumasköterskor i Sverige, nätverket sömn och hälsa och svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvården.

Fem fördjupningsområden har prioriterats och utvecklats till följande fem delprojekt: Hälsofrämjande omvårdnad

- vid psykisk ohälsa hos vuxna
- vid cancer
- med inriktning mot fysisk aktivitet
- med inriktning mot matvanor och alkohol
- och sjuksköterskans ansvar för att samtala om levnadsvanor.

Svenska barnmorskeförbundet

Svenska barnmorskeförbundets ändamål är att främja barnmorskans professionella utveckling samt kunskapsutveckling och forskning inom barnmorskans verksamhetsområden med fokus på sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa. Barnmorskor träffar kvinnor från 13 till 60 år på ungdomsmottagningar, i samarbete med högstadie- och gymnasieskolor, vid gynekologisk cellprovskontroll, preventivmedelsrådgivning respektive graviditetsrådgivning. I alla dessa sammanhang kan det ges tillfälle att samtala om hälsosamma levnadsvanor. Gravida, ammande kvinnor samt föräldrar är grupper som är särskilt prioriterade enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Sammantaget har Svenska barnmorskeförbundet fått 3,3 miljoner kr i bidrag för sitt arbete med att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Fysioterapeuterna

Fysioterapeuterna är facklig- och professionsorganisation för fysioterapeuter (tidigare sjukgymnaster). Fysioterapeuter möter patienter med både kortvarig, långvarig och bestående funktionsnedsättning. Många av dessa tillstånd kan ha samband med ohälsosamma levnadsvanor. Sammantaget har Fysioterapeuterna och tidigare Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund fått 5,2 miljoner kr i bidrag för sitt arbete med att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) är både facklig och professionsinriktad organisation för Sveriges arbetsterapeuter. FSA driver medlemmarnas fackliga och yrkesmässiga intressen. Många av de patienter som arbetsterapeuter möter har aktivitetsproblem på grund av kronisk sjukdom eller skada och de behöver ofta stöd för att inte utveckla ny ohälsa eller ytterligare försvåra symptomen av de sjukdomar de redan har. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter har sammantaget fått 1,0 miljoner kr i bidrag för sitt arbete med att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Dietisternas riksförbund

Dietisternas riksförbund (DRF) är en delförening inom SACO-anslutna fackförbundet Naturvetarna. Riksförbundets syfte är att ta vara på medlemmarnas yrkesmässiga intressen. Dietister träffar i regel patienter som behöver nutritionsbehandling och de kan spela en viktig roll vid implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Många patienter som har ohälsosamma matvanor får i dag inte träffa någon dietist.

Sammantaget har Dietisternas riksförbund fått 3,7 miljoner kr i bidrag för sitt arbete med att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Närliggande uppdrag

Regeringens ANDT-strategi anger som ett av de prioriterade målen att hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga ANDT-relaterad ohälsa ska utvecklas. I ANDT-strategin lyfts Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder när det gäller alkohol och tobak fram särskilt. Man poängterar att det är viktigt att riktlinjerna implementeras och att det kommer att krävas utbildnings- och fortbildningsinsatser. Det som sägs i ANDT-strategin följer väl hur implementeringsprojektet arbetar med dessa frågor. Sedan förra delrapporten har indikatorer utvecklats för ANDT-strategin. Dessa indikatorer mäter konsumtion av alkohol, narkotika, dopning och tobak och är inte direkt kopplade till insatser inom hälso- och sjukvården.

Regeringen har beslutat om en nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Inom ramen för strategin har Socialstyrelsen bland annat fått i uppdrag att anpassa nationella riktlinjer som avser kroniska sjukdomar till förutsättningarna i primärvården. De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder berör i stor utsträckning vården av patienter

med kroniska sjukdomar och kan tillämpas i primärvården. De kommer följderiktigt att inkluderas i uppdraget med att anpassa nationella riktlinjer till primärvårdens förutsättningar.

Sedan årsskiftet 2008 och 2009 arbetar en nationell samordningsgrupp för kunskapsstyrning (NSK) med uppgift att bidra till att oönskad variation i vården minskar, kunskap om implementering utvecklas, spridning av ny kunskap blir effektivare och nya metoder snabbt utvärderas. Gruppen består av företrädare för hälso- och sjukvården från samtliga regioner, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Folkhälsomyndigheten. Vid ett möte med NSK i oktober 2012 presenterade Socialstyrelsen hur man arbetar med att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Frågan var aktuell för NSK eftersom regeringsuppdraget innebär en högre ambitionsnivå när det gäller att stödja implementeringen än vad Socialstyrelsen har haft möjlighet till vid implementeringen av andra nationella riktlinjer.

Sprida kännedom

Strategi

Socialstyrelsen har valt att arbeta brett för att sprida kännedom om riktlinjerna. Myndigheten har använt sina egna kommunikationskanaler men har kunnat vara betydligt mer aktiva än vad vi normalt har möjlighet att vara när det gäller att sprida kännedom om våra nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har också i hög grad samverkat med företrädare för landstingen, hälso- och sjukvården och med företrädare för professionernas organisationer. I dessa fall har de svarat för kommunikationen via sina kanaler och kontaktnät.

Kommunikationsmål

- Huvudmännen ska ha kännedom om de nationella riktlinjerna och ha tillräcklig kunskap och motivation för att skapa strukturer som gör att hälso- och sjukvården erbjuder patienterna stöd i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.
- Verksamhetsansvariga ska ha tillräcklig kunskap och motivation för att planera, avsätta resurser och leda verksamheten så att man arbetar i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.
- Professionerna ska ha kunskap om rekommendationerna i de nationella riktlinjerna och vara motiverade att arbeta i enlighet med riktlinjerna.
- Patienterna ska ha tillgång till information om vilket stöd man kan förvänta sig att få från hälso- och sjukvården för att förändra ohälsosamma levnadsvanor.
- Myndigheter, organisationer med flera som är verksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet ska känna till de nationella riktlinjerna.

Deltagande i konferenser

Ett sätt att uppmärksamma de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder är att arrangera, medverka och presentera riktlinjerna och diskutera implementering på konferenser och möten. Mycket av det arbetet har gjorts av hälso- och sjukvården och professionerna. Socialstyrelsen har med anledning av det särskilda regeringsuppdraget medverkat vid många externa arrangemang. Som exempel på större konferenser där Socialstyrelsen deltagit och informerat om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder kan nämnas konferensen Framtidens specialistläkare, Medicinska riksstämman, Sjuksköterskedagarna, Sjukgymnastdagarna, Nätverket hälsofrämjande sjukvårds nationella konferens samt nätverkets strategidagar. Dessutom har Socialstyrelsen medverkat vid en stor mängd andra konferenser och utbildningstillfällen runt om i landet.

Kontaktpersoner och referensgrupp

Möten med kontaktpersoner och referensgrupp har gett tillfälle att diskutera innehållet i riktlinjerna, hur rekommendationerna ska tolkas med mera. Dessa möten har bidragit till att skapa samsyn om innebörden av riktlinjerna och att hälso- och sjukvårdspersonal och patienter möts av samma budskap om riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Projektet har en webbaserad projektplats där medlemmarna i kontaktpersonsgruppen respektive referensgruppen har möjlighet att dela med sig av material och ge tips och inspireras av varandra.

Material för webb och tryck

Socialstyrelsen har en särskild plats på webbplatsen där myndigheten fortlöpande har lagt ut information om projektets aktiviteter och länkar till annan relevant information. Ett särskilt nyhetsbrev för nationella riktlinjer används bland annat för att ge tips om ny information på webben. Allt tryckt material finns för nerladdning från webbplatsen. Relevant material kommer att finnas kvar på webbplatsen även efter det att projektet har avslutats.

En kortversion av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och en patientversion finns tillgänglig på webben och för beställning. Socialstyrelsen har också tagit fram en engelskspråkig skrift ”Disease Prevention in the Swedish Healthcare System: Health situation, national guidelines and implementation”.

Socialstyrelsen har även tagit fram material som syftar till att inspirera hälso- och sjukvården att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. I samband med lanseringen av riktlinjerna tog Socialstyrelsen fram en checklista om vad man bör tänka på vid införandet av rekommendationerna i landsting, regioner och kommuner. Då tog Socialstyrelsen också fram en folder med intervjuer om förväntningar på vad riktlinjerna ska leda till i hälso- och sjukvården. I foldern intervjuades en hälso- och sjukvårdsdirektör, en kardiolog och en allmänläkare.

En inspirationsskrift med titeln *Så kan sjukvården förebygga sjukdom* har tagits fram. Broschyren syftar till att stimulera arbetet med implementeringen av riktlinjerna och lyfter några av de strukturella frågor som är viktiga för en framgångsrik implementering. En annan skrift beskriver processen med implementeringen av de nationella riktlinjerna i Region Skåne *Så här implementeras de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. – några röster om exemplet Skåne*. Även den skriften syftar till att stimulera implementeringen i landsting och regioner.

En skrift om dokumentationshanteringen i några landsting inom området levnadsvanor och sjukdomsförebyggande metoder publicerades under 2013. Landstingen har kommit olika långt när det gäller att utveckla dokumentationssystemen och skriften och webbmaterialet syftar till att informera och inspirera till hur man i landsting och regioner kan utveckla dokumentationssystem för registrering och uppföljning av arbetet med sjukdomsförebyggande metoder.

Kommunikation via professionerna

Socialstyrelsen har valt att samverka med professionsorganisationerna för att ta vara på deras engagemang och vilja att delta i arbetet med att sprida kännedom om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Genom de ekonomiska bidragen till professionerna som beskrivits tidigare i rapporten har de haft förutsättningar att kommunicera riktlinjerna till sina medlemmar. Professionerna är lämpade att sprida information till sina medlemmar eftersom de har bra kunskap om målgruppen och kan sätta in informationen i ett sammanhang där det blir relevant för mottagaren. De har också bra kanaler för att nå ut till målgruppen hälso- och sjukvårdspersonal.

Professionsorganisationerna har medlemmar i alla landsting och genom att Socialstyrelsen samverkar med dem når kunskap om riktlinjerna ut brett i hela landet. Organisationerna har medlemmar i många olika delar av hälso- och sjukvården och täcker t.ex. både primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård. Medlemmarna är verksamma även i den kommunala hälso- och sjukvården.

Ett syfte med att bygga på organisationernas engagemang har varit att underlätta för landstingen att implementera riktlinjerna. Det är känt från implementeringsforskningen att professionernas stöd är viktigt vid implementeringen av riktlinjer inom hälso- och sjukvården. Genom att Socialstyrelsen samverkar både med landstingsledningarna och professionernas organisationer får medarbetare och chefer i verksamheterna kunskap om rekommendationerna i riktlinjerna från flera håll.

Strukturer för att kommunicera

Professionerna har etablerat strukturer för arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. Dessa strukturer har i flera fall integrerats med organisationernas ordinarie verksamhet och har vissa förutsättningar att finnas kvar även när Socialstyrelsens ekonomiska bidrag genom projektet stöd till införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder upphör. Flera av organisationerna har valt att använda en logotyp med ett hjärta med texten Läkares samtal om levnadsvanor, Sjuksköterskors samtal om levnadsvanor, etc.

Svenska läkaresällskapet (SLS)

Svenska läkaresällskapet valde att sluta avtal med elva sektioner inom Sällskapet som ville delta. I varje sektion har det funnits en kontaktperson för projektet i styrelsen, förutom den sektionsansvarige läkare som har arbetat särskilt med projektet. I de flesta sektioner har den sektionsansvarige läkaren bildat en arbetsgrupp kring levnadsvanearbetet och Sällskapet hoppas att dessa arbetsgrupper kommer leva vidare efter 2014.

Frågor om levnadsvanor i samband med operation har förankrats i Svenskt Kirurgiskt Råd inom SLS. Ett policydokument har antagits om Rökfri operation. Inom SLS ledning förs en diskussion om att inrätta en kommitté med ansvar för organisationens arbete med prevention och levnadsvanearbete.

SLS har strävat efter ett nära samarbete med regioner/landsting, bland annat med syftet att skapa varaktiga strukturer. Ett mål har varit att varje region/landsting ska ha minst en allmänläkare anställd med uppdrag att ansvara för levnadsvanearbete. Samtal har förts med landstingen och projektet har

upprättat listor med kontaktläkare för olika specialiteter inom landstingen. Dessa listor finns tillgängliga på SLS:s webbplats.

Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening har också nyttjat föreningens befintliga strukturer. Arbetet med att sprida kännedom om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har förankrats direkt med ordföranden och styrelser för föreningens 54 sektioner och nätverk och sjuksköterskor inom olika specialiteter genom nationella kongresser och studiedagar. Sjuksköterskorna har varit mycket aktiva i arbetet med Rökfri operation.

Svensk sjuksköterskeförening har tagit fram en omfattande förteckning över kontaktpersoner i landsting och regioner. Dessa personer har ett särskilt intresse för arbete med levnadsvanor och kan vara en resurs i landstingens utvecklingsarbete. Listan finns på SSF:s webbplats.

Svenska barnmorskeförbundet

Svenska barnmorskeförbundet har använt strukturen med samordningsbarnmorskor för att förankra riktlinjerna. Det finns en eller flera samordningsbarnmorskor i varje landsting och region och de träffas två gånger om året. Projektledarna har deltagit vid alla möten med samordningsbarnmorskorna sedan hösten 2012. De har också haft en referensgrupp bestående av barnmorskor ifrån hela landet med olika specifika intressen och arbetsområden som arbetar inom mödrahälsovården. Dessutom har man skapat ett antal fokusgrupper med max 6 deltagare i varje grupp inom olika specifika arbetsområden såsom mödravård, ungdomsmottagning och BB och gynekologisk vård.

Fysioterapeuterna

Fysioterapeuterna har förankrat de nationella riktlinjerna genom nätverk med föreningens sektioner. Man har också valt att vända sig till fysioterapeuter på strategiska positioner i landsting och universitet. Dessa strategiskt placerade fysioterapeuter finns geografiskt spridda över landet.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter har valt att etablera nätverk av arbetsterapeuter för de olika levnadsvanorna. Man har deltagit i nationella konferenser och spridit kännedom om riktlinjerna. En viktig del har också varit att delta i andra professioners konferenser.

Dietisternas riksförbund

Dietisternas riksförbund har bildat en projektgrupp med en projektkoordinator och fyra regionala projektledare som kommer från olika delar av landet. Det övergripande målet för dietisternas arbete med implementeringen är ett ökat teamsamarbete mellan dietister och andra professioner, en ökad förståelse för matvanornas betydelse för hälsan samt att arbetet med ohälsosamma matvanor och övriga levnadsvanor tillmäts högre prioritet bland politiker och övriga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården.

Dietisternas projektledare har haft kontakter med implementeringsansvariga och politiker i landsting och regioner. I oktober 2014 rapporterades att ett 50-tal möten ägt rum. Vid dessa möten har värdefulla nätverk skapats för fortsatt samarbete, erfarenhetsutbyte och stöd.

Samverkan

Implementeringsarbetet har inspirerat till samverkan mellan professionerna. Det är något som Socialstyrelsen har understött. Myndighetens bedömning är att arbetet med levnadsvanor förutsätter fungerande vårdkedjor där alla inblandade professioner stöttar patientens beteendeförändring. Professionerna har samlats i Socialstyrelsens referensgrupp och har även arrangerat möten på egen hand. Genom levnadsvaneprojekten har man nu lagt en struktur för ett bestående närmare samarbete.

Professionerna har valt att samverka kring några gemensamma budskap under rubriken *Det är hög tid att prioritera levnadsvanorna i vården* som lanserades 2012. Organisationerna säger ”för att vi ska lyckas med vårt gemensamma arbete behöver vi:

- Ett tydligt uppdrag från kommuner, landsting och regioner som ger rätta förutsättningar att genomföra samtal om levnadsvanor,
- Utbildning, kompetens och kontinuerlig fortbildning kring levnadsvanor och strukturerade samtalsmetoder.

Dessutom måste:

- De ekonomiska styrsystemen vara utformade på ett sätt som stöder ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete,
- Prioriteringar göras utifrån behov och på ett sätt som stöder arbetet,
- Resurser avsätts för att säkerställa att de mest behövande nås av åtgärderna.

De organisationer som står bakom det gemensamma uttalandet är Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Fysioterapeuterna (tidigare Legitimerade sjukgymnasters riksförbund), Svenska barnmorskeförbundet, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, Dietisternas riksförbund och Sveriges psykologförbund.

Professionerna har haft många möten

Ett vanligt sätt att sprida kännedom om riktlinjerna har varit att ordna möten. Mötesformen har också varit viktig för att diskutera frågor om implementering av riktlinjerna. Svenska läkaresällskapet redovisade i oktober 2014 att man genomfört 163 möten med 980 läkare i olika nätverk och arbetsgrupper kring levnadsvaneprojektet. De sektionsansvariga läkarna har dessutom träffats tillsammans med projektledningen fyra till fem gånger årligen.

Svensk sjuksköterskeförening har också genomfört många möten. Under 2013 genomförde de sex olika delprojekten 28 workshop-dagar med 10-20 deltagare per tillfälle. Uppdraget var att ta fram olika former av information som anpassats till sjuksköterskor och under 2014 har materialet kvalitetssäkrats. Flera organisationer har genomfört möten med lärosäten för att diskutera hur utbildningarna kan lyfta frågor om levnadsvanor. Det gäller t.ex. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Professionernas webbplatser

Professionsorganisationerna informerar om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder på sina webbplatser. De flesta använder logotypen Samtal om levnadsvanor. Fokus ligger på information om risker

med ohälsosamma levnadsvanor och de nationella riktlinjerna. I de flesta fall beskrivs hur man arbetar med implementeringen av riktlinjerna. Man annonserar också om kommande möten och konferenser med mera.

På webbplatserna hittar man länkar till intressant information. Det kan vara informationsskrifter, föreläsningar och filmer med mera. Länkar finns också exempelvis till Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Nätverket för hälsofrämjande sjukvård. Svenska läkaresällskapet är aktiva på sociala medier och har länkar till Facebook, Twitter och YouTube.

Professionernas informationsmaterial

Professionerna har tagit fram eget målgruppsanpassat informationsmaterial. Materialet finns ofta både tryckt och för nedladdning från webbplatserna. Inom läkaresällskapet har sektionerna tagit fram eget informationsmaterial. Det har ansetts viktigt eftersom många läkare känner identiteten starkare som tillhörig en sektion än som läkare.

Sjuksköterskorna har utgått från begreppet hälsofrämjande omvårdnad i sjuksköterskans profession. Skrifter har tagits fram för hälsofrämjande omvårdnad med följande teman; tobak, mat och alkoholvanor, fysisk aktivitet, cancersjukdom, psykisk ohälsa respektive långvarig fysisk sjukdom.

Barnmorskeförbundet har använt sin egen tidning Jordmodern som en viktig informationskanal till medlemmarna. Tidningen utkommer med tio nummer per år och projektledarna har medverkat i varje nummer sedan hösten 2012. Barnmorskorna har också varit med och skrivit flera kapitel i Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa den s.k. Blå boken som är ett kunskapsstöd som har tagits fram av specialistföreningarna och används i mödravården i landet.

Fysioterapeuterna har tagit fram informationsmaterial i form av filmer och utbildningsmaterial. En broschyr innehåller information om Casemetodiken och ett antal patientfall som passar att diskutera med den metodiken.

Arbetsterapeuterna har gjort filmer som beskriver patienter och situationer som man kan möta som arbetsterapeut. De finns också återgivna i broschyrer. Förbundet har också använt sin tidning som informationskanal.

Professionernas utbildningar och konferenser

Svenska läkaresällskapet(SLS) har arrangerat 372 utbildningsmöten (rapport oktober 2014) som nått sammanlagt 25 379 deltagare varav 13 417 var läkare. På nationell nivå har man framförallt använt redan etablerade forum för läkares fortbildning, som ofta arrangeras av SLS och dess sektioner. Projektet har även ordnat en årlig levnadsvanedag i Stockholm. Senaste levnadsvanedagen hade 193 besökare och 538 visningar av webbsändningen.

Svensk sjuksköterskeförening nådde uppskattningsvis 8400 sjuksköterskor 2013 och 2014 enligt rapportering i oktober 2014. Under perioden januari till september 2014 har projektet initierat och medverkat vid 72 föreläsningar, studiedagar och workshoppar. I november genomfördes Sjuksköterskedagarna med workshoppar om levnadsvanor och ett särskilt Hälсотorg för att ge utrymme för samtal om levnadsvanor.

Barnmorskorna har deltagit i konferenser både inom sin egen profession och på andra professioners konferenser. De har också samarbetat med KSAN/Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol - och Narkotika-

frågor. För att underlätta för vidareförmedling av budskapen har man tagit fram en Powerpointmall som det är fritt att ladda ner.

Fysioterapeuterna har planerat och genomfört utbildningar i de flesta av landets landsting och i samtliga regioner. Fysioterapeuternas projekt initierade dessa utbildningar och bjöd in landstingen att samverka. I de flesta fall uppges samverkan ha fungerat utmärkt. Under 2014 har utbildningsinsatser genomförts tillsammans med dietister och i samverkan med landstingen.

Har kommunikationsmålen nåtts?

De kommunikationsinsatser som Socialstyrelsen har genomfört i egen regi eller genom att ge bidrag till professionsorganisationerna syftar till att nå kommunikationsmålen. Andra aktörer såsom exempelvis Nätverket för hälsofrämjande sjukvård har också bidragit till att sprida kännedom om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder så det är inte möjligt att särskilja hur stor effekten har varit av Socialstyrelsens och professionernas insatser. Många landsting har tagit egna initiativ för att sprida kännedom om riktlinjerna och det är svårt att veta vilken betydelse som Socialstyrelsens arbete har haft för landstingens egna kommunikationsinsatser. Det går därför inte att mäta vilka effekter som Socialstyrelsens insatser har haft däremot går det att göra en generell bedömning av om målen har nåtts.

Det första kommunikationsmålet säger att huvudmännen ska ha kännedom om de nationella riktlinjerna och ha tillräcklig kunskap och motivation för att skapa strukturer som gör att hälso- och sjukvården erbjuder patienterna stöd i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen bedömer att kommunikationsmålet i huvudsak är uppfyllt i hälften av landstingen och regionerna och delvis i övriga. Det finns en god kännedom om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder bland alla huvudmännen. De flesta landsting har beslutat om att implementera riktlinjerna.

Alla landsting har utsett en kontaktperson till Socialstyrelsen som arbetar med att implementera riktlinjerna i sitt landsting. Utvärderingen av de nationella riktlinjerna som publiceras i januari 2015 kommer att visa att landstingen har kommit olika långt när det gäller de strukturella frågorna. Skillnaden i utvecklingen mellan landstingen har knappast att göra med hur Socialstyrelsen har kommunicerat fakta om riktlinjerna och behovet av att skapa strukturer för att lyckas med implementeringen. Skillnaden torde snarare ha att göra med olika grad av motivation. Socialstyrelsen har genom olika kommunikationsinsatser sökt att höja motivationen hos landsting och regioner men ytterst är det frågan om deras prioriteringar.

Det andra kommunikationsmålet säger att verksamhetsansvariga ska ha tillräcklig kunskap och motivation för att planera, avsätta resurser och leda verksamheten så att man arbetar i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Det här kommunikationsmålet har uppnåtts. Socialstyrelsens mätning av attityder till arbetet med rådgivning om levnadsvanor visar att alla chefer i hälso- och sjukvården anser att det är mycket viktigt eller ganska viktigt att ge råd om tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor.

När man frågar om hur viktigt det är med rådgivning i den egna verksamheten så finns det också ett starkt stöd från chefsgruppen. När det gäller lev-

nadsvanorna alkohol, fysisk aktivitet och matvanor så är stödet allra störst inom psykiatrin där nästan samtliga säger att det är mycket viktigt eller ganska viktigt med rådgivning i den egna verksamheten. Lägst stöd finns hos chefer inom öppen somatisk specialiserad vård men även i den gruppen anser mellan 80 och 90 procent av cheferna att det är viktigt med rådgivning inom den egna verksamheten.

Det tredje kommunikationsmålet säger att professionerna ska ha kunskap om rekommendationerna i de nationella riktlinjerna och vara motiverade att arbeta i enlighet med riktlinjerna. Målet bedöms i huvudsak vara uppfyllt. Socialstyrelsens attitydmätning visar att det finns ett mycket starkt stöd bland personalen för att arbeta med levnadsvanor. Stödet är allra starkast bland dem som arbetar i primärvården där över 90 procent anser att det är viktigt att ge råd om de olika levnadsvanorna. Attitydmätningen visar att kännedomen om riktlinjerna är relativt god i primärvården men sämre i den specialiserade vården. Av dem som arbetar i primärvården känner 75 procent till riktlinjerna men bara 50 procent som arbetar inom den slutna specialiserade vården känner till riktlinjerna.

Det fjärde kommunikationsmålet säger att patienterna ska ha tillgång till information om vilket stöd man kan förvänta sig att få från hälso- och sjukvården för att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Målet bedöms delvis vara uppfyllt. Det finns information för den som letar men den är inte känd eller intressant bland majoriteten av befolkningen.

Det finns information på 1177 Vårdguiden om hälsosamma levnadsvanor och råd om hur man kan förändra ohälsosamma vanor. Huvudfokus är på egenvård. När det gäller tobak, alkohol och fysisk aktivitet så hänvisas läsaren till vårdcentralen och för fysisk aktivitet även till sjukgymnast/fysioterapeut om man vill ha ytterligare stöd.

I Socialstyrelsens mätning av attityder hos befolkningen så framgår att 20-25 procent skulle kunna tänka sig att vända sig till hälso- och sjukvården om man behöver ändra någon av levnadsvanorna riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. När det gäller tobak var andelen som kunde tänka sig att vända sig till hälso- och sjukvården endast 13 procent.

Det femte kommunikationsmålet säger att myndigheter, organisationer med flera som är verksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet ska känna till de nationella riktlinjerna. Genom projektet stöd till införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har ett stort antal aktörer på nationell nivå och på landstingsnivå fått information om dessa nationella riktlinjer. Målet får anses uppfyllt på nationell och landstingsnivå.

När Socialstyrelsen gjorde en uppföljning av kännedom och attityder till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder på den kommunala nivån så visade det sig att kännedomen om riktlinjerna var låg bland medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvariga för rehabilitering och bland medicinskt ansvariga för elevhälsan. Kännedomen bland övriga aktörer i kommunerna kan förväntas vara ännu lägre. Målet är inte uppfyllt på den kommunala nivån.

Stöd till metodutveckling

Behov av metodutveckling

Behovet av metodutveckling har kartlagts genom analyser av befintlig forskning samt diskussioner med kontaktpersonerna i landsting och regioner. Socialstyrelsens arbete med metodutveckling har genomförts med riktade förfrågningar kring specifika kunskapsbehov samt stöd till kunskapsprojekt som initierats av externa aktörer inom landsting, regioner, hälso- och sjukvården, universitet, högskolor och andra organisationer. Det innebär att det har varit möjligt att ansöka om ekonomiska bidrag till forskningsbaserad metodutveckling för att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Beviljade stöd

Uppdatering av FYSS- handbok för fysisk aktivitet

Socialstyrelsen har beviljat stöd åren 2012 - 2014 till Yrkesföreningarna för Fysisk Aktivitet (YFA) för att genomföra en förstudie, en planeringsstudie samt slutligen att uppdatera handboken Fysisk Aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling (FYSS). Sammantaget har YFA beviljats 4 965 000 kronor i bidrag.

FYSS används inom hälso- och sjukvården för att ge information om vilken fysisk aktivitet som bör rekommenderas till patienter vid olika sjukdomstillstånd och för sjukdomsprevention. Den är ett verktyg vid förskrivning av fysisk aktivitet på recept. Förstudien visade att sjukvårdspersonalen i Sverige anser att FYSS är viktig och unik samt ett bra hjälpmedel, men att den behöver uppdateras och göras mer användarvänlig för att kunna bli ett bättre stöd i deras arbete. Syftet med det beviljade bidraget till YFA har därför varit att uppdatera och kvalitetssäkra 32 kapitel i FYSS samt öka användarvänligheten.

Uppdatering och kvalitetssäkring har skett genom att litteraturgenomgång och evidensgradering av FYSS har utgått från GRADE som är en internationellt vedertagen modell för att värdera och gradera evidens. Studien har arbetat med ökad användarvänlighet av FYSS genom att förbereda den uppdaterade och kvalitetssäkrade informationen för digitalisering för att i framtiden kunna användas i olika digitala plattformar såsom journaler, ordinationsmoduler, Mina vårdkontakter och 1177 Vårdguiden. En digitalisering av FYSS i journaler/ordinationsmoduler skulle möjliggöra för sjukvårdspersonal att enkelt och snabbt söka information om fysisk aktivitet kopplat till olika diagnoser och sjukdomstillstånd för ordination till patienter.

Validering av frågor om fysisk aktivitet

Socialstyrelsen har beviljat stöd åren 2012 - 2014 till en forskningsstudie vid Gymnastik- och idrottshögskolan (GIH) gällande fysisk aktivitet. GIH har beviljats 567 000 kronor i bidrag till studien. Bakgrunden är behovet av att kunna identifiera patienter med otillräcklig fysisk aktivitet och att kunna utvärdera om föreslagna insatser har varit framgångsrika. I de nationella riktlinjerna presenterar Socialstyrelsen olika sätt att ställa frågor om fysisk aktivitet.

Syftet med studien har varit att validera de i riktlinjerna föreslagna indikatorfrågorna om otillräcklig fysisk aktivitet, samt nya frågor om stillasittande beteende, mot objektiva mått. Resultat från studien är att Socialstyrelsens indikatorfrågor med fasta svarsalternativ är mest valid och bör rekommenderas för användning inom hälso- och sjukvården. Frågor om stillasittande validerades också i studien och en fråga föll bättre ut mot objektivt stillasittande jämfört med andra frågor om stillasittande, skillnaderna var dock små.

Frågor om identifiering av riskbruk av alkohol

Socialstyrelsen har beviljat stöd åren 2013 - 2014 till en forskningsstudie vid Akademiska sjukhuset gällande riskbruk av alkohol. Akademiska sjukhuset har beviljats 161 100 kronor i bidrag till studien. Bakgrunden är behovet av att kunna identifiera patienter med riskbruk av alkohol och att kunna utvärdera om föreslagna insatser har varit framgångsrika.

Syftet med stödet har varit att jämföra de två frågor om riskbruk av alkohol som ingår i riktlinjerna med screeninginstrumenten AUDIT (alcohol use disorders identification test) och AUDIT-C som används inom hälso- och sjukvården för att identifiera alkoholproblem. Studien visar att riktlinjernas frågor uppmärksammar en lägre andel personer med riskbruk jämfört med AUDIT-C. Trots det är riktlinjernas frågor användbara i det kliniska arbetet. Det är strukturerade frågor som ofta passar att ställa i det kliniska arbetet och som på ett enkelt och snabbt sätt kan uppmärksamma eventuellt riskbruk av alkohol hos patienter.

Erfarenheter av samtal om levnadsvanor

Socialstyrelsen har ingått avtal med ett antal lärosäten för metodutveckling av identifierade kunskapsbehov. Ett sådant avtal slöts med Lunds universitet 2012 och gäller en forskningsstudie om sjukdomsförebyggande samtalsmetoder för patienter med särskilda förutsättningar. Ersättningen för forskningsstudien uppgår till 1 887 606 kronor.

Syftet med studien har varit att höja kunskapen om hur samtal kring levnadsvanor bör genomföras med patientgrupper som har mer ohälsosamma levnadsvanor än andra och som kan ha särskilda förutsättningar för att tillgodogöra sig samtalen. I studien har bl.a. patientgrupper med låg utbildning, ekonomiska utmaningar, samt patienter med psykiska, kognitiva eller fysiska funktionshinder ingått. Studien har genomförts med kvantitativa och kvalitativa metoder i Region Skåne. Kunskapen från studien kan bidra till utvecklingsarbete med anpassning av samtalsmetoder så att de fungerar väl i kontakter med alla grupper av patienter som behöver ändra sina levnadsvanor.

Genom ökade kunskaper om olika patientgrupper kan sjukvården motverka ojämlik hälsa.

Ett annat avtal har slutits med Karolinska Institutet 2013 och gäller en forskningsstudie om en samtalsmodell om levnadsvanor för patienter inom psykiatrisk öppenvård. Ersättningen för forskningsstudien uppgår till 800 000 kronor. Bakgrunden är att patienter med psykisk ohälsa har högre förekomst av ohälsosamma levnadsvanor än andra patienter och att konsekvenserna på sjukdom och för tidig död antas vara mer allvarliga. För närvarande saknas vetenskapligt stöd för hur samtalsmetoder för hälsosamma levnadsvanor bör utformas för patienter med psykisk ohälsa eller vilka effekter dessa metoder har. Det är dock tänkbart att en kombination av kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande samtal (MI) ger goda resultat på såväl levnadsvanor som psykisk hälsa. Syftet med studien har varit att utveckla en integrerad modell baserad på MI och KBT samt att utvärdera modellen i termer av effekter på levnadsvanor inom psykiatrisk öppenvård. Tyvärr har studien inte kunnat rekrytera tillräckligt många patienter. Det gör att samtalsmodellen som har utvecklats inte har kunnat valideras i studien.

Utvärdering av landstingens utbildningar

Socialstyrelsen slöt avtal med Karolinska Institutet 2013 om en forskningsstudie kring utvärdering och utveckling av utbildningsinsatser i motiverande samtal (MI). Ersättningen för forskningsstudien uppgår till 2 175 109 kronor. Bakgrunden är att MI är en populär samtalsmetod i hälso- och sjukvården och att landstingen har olika upplägg för att utbilda sina medarbetare.

Syftet med studien har varit att öka kunskapen om hur färdigheter i MI bör läras ut och upprätthållas i hälso- och sjukvården. Materialet i studien består av personal från fem landsting som genomgått grundutbildning i MI. För kunskap om utformning av grundutbildning, fortsatt träning och handledning görs en systematisk analys av tillkommande handledning i MI med randomiserad design. För mätning av kompetens i MI används en beprövad metod för kvalitetsgranskning kallad MITI (Motivational Interviewing Treatment Code). Resultatet från studien visar att de landsting som deltagit i studien har bra grundutbildningar i MI men att det behövs utbildning och eller handledning efter grundutbildningen för att upprätthålla och förbättra MI kompetensen. Vidare bidrar studien till ökad kunskap om handledning av personal i samtalsmetodik i anslutning till grundutbildning i MI.

Analys av ersättningssystemens betydelse

Socialstyrelsen slöt avtal med Umeå universitet år 2013 kring en forskningsstudie om ekonomiska styrsystem och sjukdomsförebyggande insatser. Ersättningen för forskningsstudien uppgår till 867 139 kronor för åren 2013 - 2014. Bakgrunden är att landsting/regioner har kommit olika långt i implementeringen av riktlinjerna och att ett skäl kan vara skillnader i utformningen av avtals- och ersättningssystem.

Syftet med studien är att öka kunskapen om hur utformningen av ekonomiska styrsystem kan påverka implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder i primärvården. Studien inleds med en beskrivning av de regelverk i landsting och regioner som utgjorde kontext för implementeringen 2013, huvudsakligen i termer av uppdragsbeskrivning,

ekonomiska styrsystem och uppföljningssystem. Därefter gjordes en fördjupad analys av primärvården i fyra landsting med utgångspunkt i information från dokument, intervjuer och enkäter tillsammans med landstings-/regionspecifika statistikuppgifter för struktur, identifikation, åtgärd och resultat kopplat till riktlinjerna. Studiens genomgång av regelverken för Vårdval/hälsoval 2013 visade att samtliga landsting/regioner hade sjukdomsförebyggande arbete med i uppdragsbeskrivningarna och att det i en majoritet av landstingen fanns uppföljningsindikatorer och/eller ekonomiska incitament till att implementera och arbeta i enlighet med de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Den fördjupade analysen visade att det inte finns något enkelt svar på hur ett ekonomiskt ersättningssystem bör utformas för att bidra till effektiv implementering av riktlinjerna. Framgången ligger sannolikt i förmågan att anpassa ersättningssystemet till mognadsgraden (erfarenheter, attityder, stödjande strukturer, kompetens etc.) som finns för det sjukdomsförebyggande arbetet i respektive landsting/region. Det är också betydelsefullt att det finns en långsiktig planering och en tydlighet mot verksamheterna om avsikten med incitamentet samt ett väl anpassat implementeringsstöd.

Sprida forskningsresultaten

Resultat från forskningsstudierna som fått stöd för metodutveckling inom projektet kommer att finnas tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats. Socialstyrelsen har även genomfört en konferens, 27 november 2014, för att sprida kunskap från metodutvecklingsprojekten. På konferensen deltog landsting och regioner, myndigheter, intresseorganisationer, professionsorganisationer och övriga intressenter, totalt ca 150 personer.

Svårigheter med rekrytering

Många av metodutvecklingsprojekten som beviljats stöd har försenats på grund av svårigheter att rekrytera patienter och vårdpersonal till studierna. Svårigheterna har lett till att de kliniska studierna som initierats av Socialstyrelsen inte har kunnat genomföras som planerats och att studiedesignen har behövt modifieras under projektens gång. Socialstyrelsen anser att svårigheter att rekrytera patienter och vårdpersonal till metodutvecklingsstudier innebär en risk för hälso- och sjukvårdens möjligheter att utveckla sin verksamhet.

Webbaserad utbildning

Kartläggning

Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning av landstingens och regionernas behov av utbildning. Den visade att det finns behov av utbildning om samtals- och rådgivningsmetodik. I möten med företrädare för vårdgivare och personal har det ställts många frågor om de tre rådgivningsnivåerna som används i riktlinjerna.

Utbildning och modeller för rådgivning och samtal fanns redan framtagna för levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet. Men inom området ohälsosamma matvanor saknades både mer formaliserad utbildning och modeller för att förändra ohälsosamma matvanor hos patienter som inte är föremål för nutritionsbehandling. Få verksamheter erbjuder behandling som motsvarar de nationella riktlinjernas rekommendation om ”kvalificerat rådgivande samtal”.

Slutsatsen av kartläggningen var att Socialstyrelsen gör bäst nytta genom att ta fram en webbutbildning om samtal och råd om bra matvanor och separata filmer som illustrerar enkelt råd om tobak och rådgivande samtal om riskbruk av alkohol. Till webbutbildningen har Socialstyrelsen även tagit fram en guide om hur utbildningen kan integreras i en sammanhållen kompetensutvecklingsstrategi.

Utbildning om bra matvanor

Eftersom det inte fanns någon etablerad modell för samtal om bra matvanor i Sverige inledde Socialstyrelsen arbetet med förstudien med omvärldsbevakning och granskning av det vetenskapliga underlaget som användes i framtagandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Som en del i omvärldsanalysen av strategier för hälsosamma matvanor besökte Socialstyrelsen en rad hälso- och sjukvårdsorganisationer i Washington DC i januari 2013. Bland annat besöktes Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) och Office of Surgeon General, under Department of Human and Health Services, White House Taskforce on Childhood Obesity-projektet Let's move!, Center for Nutrition Policy and Promotion inom Department of Agriculture och Kaiser Permanente.

USA står inför en större utmaning än Sverige på grund av en högre förekomst av övervikt och fetma och har därför initierat ett intensivt arbete för bättre matvanor. Utöver myndighetsgemensamma strategier satsar man även på samarbete med övriga samhället, inklusive näringslivet. Betoningen på ett patientcentrerat förhållningssätt är tydligt uttalat bland annat med utgångspunkt i etnicitet och socioekonomi.

Inom förstudiens analys av målgrupper i svensk hälso- och sjukvård och deras behov har fokusgruppsintervjuer och diskussionsgrupper hållits med läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och dietister. Målgrupps- och behovsanalysen visar på ett brett intresse för arbetet med ohälsosamma matvanor och att samtliga yrkeskategorier mö-

ter patienter med behov av att förändra sina matvanor. De intervjuade personerna lyfter fram vikten av ökade kunskaper om matvanor bland vårdpersonalen, att gemensamma budskap till patienterna tas fram och att verktyg att använda i mötet med patienter utvecklas.

Av de intervjuade yrkeskategorierna är sjuksköterskor den största gruppen och därmed central för utbildningen. Men även övriga yrkeskategorier är väsentliga för att möjliggöra tvärprofessionellt samarbete kring patienter som behöver sådana åtgärder. Särskilda insatser behöver riktas till läkare, som är en viktig målgrupp för att nya arbetssätt ska få stöd att etableras i hälso- och sjukvården.

Utbildningen

Webbutbildningen är framtagen tillsammans med Livsmedelsverket. Utbildningen riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal som behöver övergripande kunskap om samtal och rådgivning om hälsosamma matvanor – i första hand sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer, barnmorskor och dietister. Webbutbildningen utgår från de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, Livsmedelsverkets kostråd och de Nordiska näringsrekommendationerna.

Utbildningen handlar både om hur man kan samtala om matvanor med en patient för att ändra ett invant beteende och om samband mellan matvanor och hälsa, med utgångspunkt i Livsmedelsverkets rekommendationer. Den innehåller fakta, filmatiserade patientfall och övningar och kan användas i olika utbildningsupplägg som passar olika typer av verksamheter. Ett patientfall är en illustration av det kvalificerat rådgivande samtalet.

Utbildningen är utvecklad så att den kan genomföras individuellt, men man får ut allra mest om den kombineras med dialog och reflektion. Webbutbildningen kan användas vid utbildningstillfällen på arbetsplatsen som en del av verksamheternas kompetensutveckling för personalen. Den kan även användas av den som vill öka sina kunskaper på egen hand. Utbildningen tar i sin helhet cirka 3 timmar att gå igenom.

Man hittar utbildningen på Socialstyrelsens webbplats och på Kunskapsguiden. Det är fritt att använda utbildningen och det går även bra för vårdgivare och andra som så önskar att integrera den i ett eget IT-system för webbutbildningar, s.k. LMS.

Guide med praktiska förslag

Till webbutbildningen finns en guide som tar upp hur webbutbildningen kan användas som en del i kompetensutvecklingen inom hälso- och sjukvården. I guiden finns även inspirerande exempel och praktiska förslag på utbildningsaktiviteter.

Filmer

För att illustrera samtalsmetoderna har Socialstyrelsen tagit fram filmer. En film visar hur man kan genomföra ett enkelt råd om tobak. Syftet är att man ska kunna använda filmen vid utbildningar och arbetsplatsträffar för att visa att det går att på 3-4 minuter ge ett enkelt råd till en patient att sluta röka. Filmen visar två alternativ. I det första fallet är patienten beredd att sluta röka

och i det andra fallet visas hur samtalet kan utvecklas om patienten inte är motiverad.

Socialstyrelsen har även tagit fram en film om rådgivande samtal om alkohol. Även i detta fall är syftet att filmen ska användas som utgångspunkt för diskussioner på arbetsplatserna och vid utbildningar. Båda filmerna finns på webbplatsen och kan användas fritt. Som nämndes ovan finns samtalstypen kvalificerat rådgivande samtal illustrerat som film och ingår i webbutbildningen Samtal och råd om bra matvanor.

Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsens uppdrag

I Socialstyrelsens uppgift att stödja kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg ingår att ta fram nationella riktlinjer och indikatorer samt genomföra öppna jämförelser och utvärderingar av vården och omsorgen. När det gäller nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har Socialstyrelsen tagit fram s.k. utvecklingsindikatorer eftersom det inte fanns möjlighet att knyta etablerade statistikkällor till relevanta indikatorer och på så sätt göra dem mätbara.

I det här uppdraget har det ingått att utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Med tillgång till data finns möjlighet att omvandla utvecklingsindikatorerna till mätbara indikatorer.

Inom ramen för regeringsuppdraget har Socialstyrelsen genomfört en första utvärdering av hälso- och sjukvårdens arbete med sjukdomsförebyggande metoder och tagit fram en ordning för att löpande redovisa öppna jämförelser.

Stöd till informationshantering

Koder för dokumentation

I samband med att de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder publicerades tog Socialstyrelsen fram ett antal åtgärds-koder som är anpassade till de metoder som beskrivs i riktlinjerna, så kallade KVÅ-koder. Socialstyrelsen har förankrat användningen av koderna i gruppen med kontaktpersoner från alla landsting och regioner. Alla landsting är vana vid att arbeta med KVÅ-koder i den specialiserade vården men däremot inte i primärvården. Många landsting påbörjade arbete med att använda KVÅ-koder i primärvården under 2013.

Det är ett omfattande arbete för att förändra rutiner för dokumentation i journaler, både tekniskt och vad gäller kunskap och attityder hos personalen. Personalen måste ha kunskap om vilka aktiviteter som ska registreras och varför, och man måste kvalitetssäkra dokumentationen.

Projektet har följt arbetet med att tillämpa dessa åtgärds-koder i sex landsting. Fokus har framför allt varit arbetet med journalsystemen inom primärvården. Syftet har varit att alla landsting ska kunna rapportera åtgärder enligt vårdåtgärds-koderna från och med 2013 för att möjliggöra uppföljning av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder under 2014.

Implementeringsarbetet i landstingen har tyvärr tagit längre tid och många landsting har inte möjlighet att rapportera uppgifter för 2013 men det pågår ett utvecklingsarbete. I vissa fall beror förseningen på att man inte har fungerande system för att dokumentera i primärvården och i vissa fall beror det på att man inte har haft möjlighet att ta fram rapporteringsrutiner för dokumen-

tationssystemen för att få fram uppgifter om arbetet med sjukdomsförebyggande metoder.

Det finns också brister när det gäller användningen av KVÅ-koder i den specialiserade vården. Inrapporteringen till patientregistret tyder på att koderna inte används för att dokumentera de åtgärder som genomförs. I den nationella patientenkäten 2014 för den specialiserade vården anger mellan 20 och 35 procent av patienterna i slutenvården att de har diskuterat respektive levnadsvana med vårdpersonalen. I patientregistret 2013 finns det endast åtgärds-koder för under en promille av patienterna. Till exempel finns det endast 340 registreringar för hela riket för åtgärderna mot tobaksbruk.

Informationsspecifikationer

För att underlätta för landstingen att anpassa sina journalsystem så att det blir smidigt att dokumentera och följa upp arbetet med sjukdomsförebyggande metoder har en samlad informationsspecifikation tagits fram. Det första steget togs inom ramen för SKL:s arbete *Ännu bättre cancervård* genom att man tog fram en informationsstruktur för tobakskonsumtion. I Socialstyrelsens arbete med Försöksverksamhet för Nationellt fackspråk och Nationell informationsstruktur år 2013 tog Region Skåne fram en informationsstruktur för levnadsvanorna alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor.

Vid en jämförelse mellan informationsstrukturen för tobakskonsumtion och informationsstrukturen för övriga levnadsvanor konstaterades att den för tobakskonsumtion låg på en mycket mer detaljerad nivå. Socialstyrelsen beslutade då att göra ett arbete tillsammans med verksamhetsföreträdare för att minska omfattningen av informationsstrukturen för tobakskonsumtion och ensa informationsstrukturen för samtliga fyra områden. Detta arbete har genomförts under juni - oktober 2014 och resultaten finns i rapportform på Socialstyrelsens webbplats. Den beskrivna informationsstrukturen ska ses som en grundläggande struktur som till exempel på lokal och regional nivå vid behov kan kompletteras med andra delar om det finns önskemål om mer detaljerad information. Den kan också med fördel användas av de kvalitetsregister som önskar ensa informationsmängden avseende levnadsvanor och sjukdomsförebyggande arbete.

Samordning av definitioner och indikatorer

Socialstyrelsen har deltagit i flera möten med representanter från Kvalitetsregisterkansliet vid SKL och med företrädare från kvalitetsregister för att diskutera möjligheter att i ökad grad dokumentera sjukdomsförebyggande arbete i registren. Dessa diskussioner har också fokuserat på att informera om arbetet med informationsspecifikationer och förutsättningarna att använda samma definitioner för att underlätta insamling och analys av data från olika källor. Inom många diagnosområden har levnadsvanor stor betydelse för hälsan och resultatet av olika behandlingar. Det finns därför goda skäl att i större grad än i dag samla uppgifter om sjukdomsförebyggande metoder i kvalitetsregistren.

Socialstyrelsen har tagit fram en informationsskrift, *Dokumentation av sjukdomsförebyggande metoder*, som innehåller exempel och erfarenheter från flera landsting om hur man kan arbeta med att dokumentera sjukdomsförebyggande metoder. I Socialstyrelsens kontakter med landsting och vid

externa föreläsningar om implementering lyfts kontinuerligt frågor om dokumentation och uppföljning.

Termer och begrepp

I samband med framtagandet av informationsspecifikationer för sjukdomsförebyggande metoder har det framkommit behov av koder i Snomed-CT. Socialstyrelsen har tagit fram nya koder för dessa behov.

Landstingens kontaktpersoner har också uppmärksammat att det behövs tydliga definitioner av ett antal begrepp som används i dokument som beskriver det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Socialstyrelsen har bitt Terminologicentrum att kartlägga ett antal begrepp för att se om de skulle kunna definieras i Socialstyrelsens termbank. Utryck som har kartlagts är hälsofrämjande hälso- och sjukvård, hälsoorienterad hälso- och sjukvård, hälsoinriktad hälso- och sjukvård, hälsofrämjande förhållningssätt, personcentrerad vård, patientcentrerad vård, förebyggande hälso- och sjukvård och förebyggande åtgärd. Terminologicentrum har rekommenderat att dessa termer inte tas in i termbanken eftersom de inte är att betrakta som väl avgränsade facktermer.

Utvärdering

Socialstyrelsen arbetar med en utvärdering angående införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Utvärderingen belyser i vilken utsträckning hälso- och sjukvården tillämpar riktlinjerna, om patienterna får det stöd som de bör ha i enlighet med rekommendationerna och vilka förbättringsområden som är mest angelägna.

Bristen på registerdata gör att utvärderingen huvudsakligen baseras på uppgifter från olika enkätundersökningar. En del av dessa har genomförts enbart i syfte att samla in uppgifter till utvärderingen, men myndigheten har också hämtat information från enkätundersökningar som Socialstyrelsen eller andra aktörer har genomfört oberoende av utvärderingen.

Utvärderingen beskriver vilka insatser landstingen har genomfört för att implementera riktlinjerna i den egna verksamheten och hur landstingens strukturer för det sjukdomsförebyggande arbetet ser ut, till exempel i form av organisation och kompetens. Den innehåller också en beskrivning av de individuella åtgärder som hälso- och sjukvården har vidtagit för att förändra patienternas levnadsvanor.

Utvärderingen kommer att publiceras i januari 2015.

Utvärderingen visar brister i dokumentationen

Resultatet av utvärderingen visar att det finns brister i dokumentationen både av ohälsosamma levnadsvanor och av åtgärder som görs för att stödja patienterna att ändra levnadsvanor. Brister finns inom såväl primärvården som inom specialistvården.

Många landsting anger att det saknas enhetliga rutiner för hur åtgärderna ska dokumenteras. Vissa enheter registrerar flitigt medan andra nästan inte har några registreringar. Detta gäller även landsting; vissa landsting har kommit ganska långt framför allt vad gäller primärvården, några har knappt påbörjat arbetet med dokumentationsrutiner eller kan inte ta ut sina data.

Flera landsting påpekar att detta till viss del kan bero på att uppdragen och ersättningssystemen ser olika ut för olika verksamheter. Att journalsystemen på många håll skiljer sig åt mellan olika verksamheter försvårar också möjligheterna till en enhetlig dokumentation.

Även inom den specialiserade vården saknas det ofta tydliga rutiner för dokumentationen. Det saknas ofta krav från huvudmannen på att verksamheten ska registrera åtgärds-koder och det förekommer att dokumentationen sker i form av löpande text, vilket försvårar uppföljningen. Sannolikt får fler patienter hjälp och stöd än vad som framgår av de uppgifter som landstingen har redovisat.

Den första enkäten till landstingen visade att många av dem inte kunde lämna in alla uppgifter som efterfrågades i utvärderingen. För att få en bild av när landstingen bedömer att de ska kunna lämna de önskade uppgifterna skickade Socialstyrelsen ut några kompletterande frågor. Svaren visar att det pågår ett utvecklingsarbete och från och med statistikåret 2014 bedömer flera landsting att de kommer att kunna redovisa bättre underlag.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bygga upp ett system för att samla in uppgifter som gör det möjligt att kontinuerligt följa införandet av de nationella riktlinjerna. Bristen på registerdata medför att uppgifter under de närmaste åren kommer att samlas in via enkäter. Detta kommer att ske årligen och innebär att landstingen uppmanas att rapportera uppgifter om antalet patienter med en ohälsosam levnadsvana, de åtgärder patienterna har fått, antalet patienter som inte längre har en ohälsosam levnadsvana efter åtgärd. Uppgifterna kommer inte att efterfrågas på individnivå, utan på aggregerad nivå. Till de ohälsosamma levnadsvanorna hör tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Grunden i den årliga datainsamling som Socialstyrelsen kommer att genomföra utgörs av den informationsspecifikation som Socialstyrelsen har tagit fram tillsammans med landsting, professionsföreträdare och SKL. Sammanställningen kommer att redovisas på landstingsnivå med början hösten 2015 på Socialstyrelsens hemsida.

Vårdpersonalens och chefernas syn på arbetet

En basmätning av attityder till sjukdomsförebyggande arbete genomfördes hösten 2012. Mätningen omfattade attityder hos hälso- och sjukvårdspersonal, chefer och befolkningen. Resultatet av mätningen redovisas på Socialstyrelsens hemsida. I korthet visade undersökningen att det finns ett starkt stöd för det sjukdomsförebyggande arbetet bland chefer och anställda i vården. Alla tillfrågade professionsgrupper vill arbeta mer sjukdomsförebyggande men man saknar rutiner för arbetet. Personalen vill också ha bättre förutsättningar för kompetensutveckling om alla fyra levnadsvanor och om samtalsmetoder.

En uppföljning av mätningen skedde under hösten 2014 för att se om det har skett några förändringar av attityder och erfarenheter av att arbeta sjukdomsförebyggande under projektperioden. I stort sett var bilden densamma som tidigare, men det hade skett förändringar inom olika professionsgrupper och verksamhetsområden. Till exempel anser betydligt fler inom psykiatri att det både är viktigt att arbeta med tobaksbruk och att de också vill arbeta

mer med det än vid mätningen hösten 2012. Personalen uppger även i högre grad nu att de har tillräckliga ämneskunskaper.

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser för sjukdomsförebyggande metoder behöver utvecklas vidare. Målet är att göra återkommande jämförelser av genomförda åtgärder på landstingsnivå. Förslag på utvecklingsindikatorer finns redovisade i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Ett syfte är att skapa öppenhet och insyn i hur landstingen arbetar med sjukdomsförebyggande metoder. Ett annat syfte är att ge underlag för uppföljning, förbättring och lärande i verksamheterna.

Socialstyrelsen har tagit fram en plan för en kontinuerlig insamling av data från landstingen. Planen har utarbetats i dialog med företrädare för hälso- och sjukvården. Det handlar om mängddata som Socialstyrelsen önskar få in från landstingen årligen och bygger på den informationsmodell som Socialstyrelsen tillsammans med landstingen arbetade fram hösten 2014.

Hur har uppdraget lyckats?

Stöd till implementering

Socialstyrelsens uppdrag har varit att ge stöd till implementering. Vetenskapliga studier som beskriver och analyserar implementering av riktlinjer handlar i regel om hur man implementerar en klinisk riktlinje i en given verksamhet. I detta fall är uppgiften att stödja dem som i sin tur ska avdela resurser för att implementera riktlinjerna i sina verksamheter. Det gör att Socialstyrelsen måste tänka i flera steg.

Forskningsrapporter om implementering av kliniska riktlinjer lyfter ofta fram ett antal framgångsfaktorer och det handlar t.ex. om att den som ska använda en ny metod ska känna ett behov av metoden, att metoden i något väsentligt avseende ska vara bättre än det man gör i dag, att det är tydligt vad metoden innebär och att det finns förtroende för att rekommendationen är välgrundad. Försvårande faktorer kan handla om att implementeringen berör många verksamheter och många personalgrupper.

Landsting som ska implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder kan dra nytta av kunskaper från forskningen. Det är viktigt att rekommendationerna beskrivs så att det blir tydligt i den egna verksamheten vad som ska göras och varför. Dessa riktlinjer vänder sig till stora delar av hälso- och sjukvården där många olika verksamheter och personalgrupper behöver förändra sitt dagliga arbete. Som visats av forskning innebär det en särskild utmaning. Det kan därför vara bra att arbeta strategiskt och prioritera vissa verksamheter och patientgrupper för att det ska bli tydligt vad nyttan är för dessa verksamheter och patienter. Om man håller sig på en för allmän nivå finns risk att nyttan av åtgärderna blir mer abstrakt.

Socialstyrelsen gjorde 2011 en checklista att användas vid införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder på landstings-, region- och kommunnivå. I checklistan lyfter Socialstyrelsen fram att ledningarna behöver besluta om ambitionsnivå, analysera behov av organisatoriska förändringar, utse någon ansvarig för samordning av införandet, ta ställning till hur styrsystem behöver anpassas, ta ställning till hur riktlinjerna ska omsättas i praktisk hälso- och sjukvård genom tydliga beslutsstöd, förankra det nya arbetssättet hos chefer och medarbetare, kompetensutveckla personalen och ta ställning till hur det sjukdomsförebyggande arbetet ska följas upp.

Arbetet med stöd till implementering har handlat om att stödja landstingen i arbetet med de olika stegen i checklistan. De aktiviteter som beskrivits tidigare i rapporten har syftat till att stödja landstingen och hälso- och sjukvården i arbetet med riktlinjerna. Samverkan med landstingens kontaktpersoner har varit mycket viktig. Arbetet har tagit sikte på att motivera till förändring, visa på hur rekommendationerna kan omsättas i praktisk hälso- och sjukvård, ta fram stöd för kompetensutveckling, stödja dokumentationshantering och uppföljning av arbetet med sjukdomsförebyggande metoder samt stödja forskning och utveckling inom området.

När är riktlinjerna implementerade?

I arbetet med stöd till implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har Socialstyrelsen utvecklat en enkel processmodell. Den har följande steg:

- Identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor
- Erbjuder åtgärd
- Genomföra samtalsmetod
- Följa upp.

Identifiera

Första steget handlar om att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienter bör ha kompetens att identifiera om patienten har ohälsosamma levnadsvanor och bedöma om det finns anledning att erbjuda någon åtgärd. Till hjälp för att följa upp arbetet med levnadsvanor men också som stöd för att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor har Socialstyrelsen tagit fram några frågor. Dessa frågor kan man antingen be patienten att fundera på före mötet eller också går man igenom dem tillsammans med patienten vid besöket.

Socialstyrelsens attitydmätning visar att en stor andel av personalen anser att de har kompetens att föra samtal om levnadsvanor. I läkargruppen anser 80 procent att de har kompetens att tala om tobak och 57 procent att de har kompetens att tala om matvanor. Sjuksköterskorna gör en försiktigare bedömning av sin kompetens och i den gruppen är det flest som anser sig ha kompetens att samtala om matvanor men bara 43 procent som anser att de har kompetens att tala om alkohol.

De som har angett att de har kompetens att samtala om levnadsvanorna bör också ha kompetens att kunna identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Sannolikt har många av dem som svarat att de i ganska liten utsträckning har ämneskompetens för att arbeta med rådgivning ändå tillräcklig kompetens för att kunna identifiera patienter med risk för ohälsosamma levnadsvanor. En ganska lite kompetensutvecklingsinsats bör vara tillräcklig för att personalen ska kunna identifiera ohälsosamma levnadsvanor.

Tabell 1: Andel i personalgrupperna som anser att de har stor kompetens att samtala om levnadsvanor

	Läkare	Sjuksköterskor
Tobak	77	47
Alkohol	69	43
Fysisk aktivitet	70	59
Matvanor	57	57

Källa: Socialstyrelsens attitydmätning 2014

Erbjuda åtgärd

Den som har identifierat att en patient har en ohälsosam levnadsvana behöver också ha kompetens att erbjuda en åtgärd. I uppgiften att erbjuda en åtgärd ingår flera moment. Det handlar om att veta vilka åtgärder som är tillgängliga, vem som kan genomföra åtgärden, var patienten ska vända sig och hur det går till. Det handlar om att motivera patienten och det innebär ofta att koppla samtalet om levnadsvanan till det som patienten söker för och förklara hur patientens hälsa kan bli bättre av att ändra en ohälsosam levnadsvana. Det handlar slutligen också om att kunna arbeta hälsofrämjande, dvs att samtalet stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den. Ett hälsofrämjande förhållningssätt stärker patientens egenmakt och gör att patienten får en central roll i sin egen hälsoutveckling. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i ett sådant samtal är framförallt att ge patienten kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling.

För att personalen ska kunna erbjuda åtgärder behöver de således förutom kompetens om levnadsvanan också ha kunskaper om hur arbetet är organiserat i den egna organisationen eller i landstinget. Det kan man t.ex. informera om i ett beslutsstöd. Man behöver ha kunskap om sambandet mellan patientens problem och levnadsvanan för att kunna motivera och man behöver kompetens i ett personcentrerat och eller hälsofrämjande förhållningssätt för att stärka individens förmåga att genomföra en förändring.

I de flesta landsting finns beslutsstöd t.ex. i form av vårdprogram eller rutiner men det är ofta så att personalen inte känner till det. På många håll behöver man således satsa ytterligare för att göra det känt bland personalen att dessa stöd finns och var man hittar dem. Som framgår av tabellen är det fler läkare än sjuksköterskor som anser att det finns rutiner, men inom gruppen sjuksköterskor har gruppen distriktssköterskor relativt god kännedom om de rutiner som finns.

Tabell 2: Andel av personal och chefer som anser att det i stor utsträckning finns rutiner för att arbeta med levnadsvanor

	Läkare	Sjuksköterskor	Chefer
Tobak	40	28	63
Alkohol	30	24	52
Fysisk aktivitet	34	31	55
Matvanor	30	32	58

Källa: Socialstyrelsens attitydmätning 2014

Genomföra samtal

För att patienten ska få en åtgärd måste flera förutsättningar vara uppfyllda. Det måste finnas ett uppdrag att arbeta med levnadsvanor, verksamheten behöver vara organiserad så att det ges bra förutsättningar att diskutera levnadsvanor med patienterna, personalen måste själv ha kompetens att genomföra samtal eller veta var man kan hänvisa vidare.

Socialstyrelsen har frågat personalen vad som utgör viktigaste hindren för att arbeta mer med sjukdomsförebyggande metoder. När det gäller både läkare och sjuksköterskor är de största hindren brist på tid och att frågorna inte

är prioriterade på arbetsplatsen. Brist på tid anges som ett viktigt hinder för 90 procent av läkarna och 79 procent av sjuksköterskorna.

Det finns uppdrag på central nivå i landstingen att arbeta med levnadsvanor. Däremot finns det inte alltid resurser för personalen som möter patienterna att faktiskt genomföra samtalsmetoderna. Det här leder ibland till frustration bland chefer och medarbetare.

Många landsting har försökt styra resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet genom prestationsbaserade ersättningssystem. Systemen ser olika ut och ger ersättningar för identifikation, genomförda åtgärder och i något fall även för resultat. Nivån på ersättning varierar mellan landstingen. En styrka med ersättningssystemen är att det har tvingat ledningarna att bli tydliga mot personalen vad som förväntas och att arbetet har behövt organiseras för att man ska kunna genomföra och dokumentera de åtgärder som vidtas.

Försöken att styra resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet har ibland kritiserats av personalen. Kritiken har gått ut på att ersättningssystemen har inneburit detaljstyrning av patientmötet, att systemen går att manipulera och att det inte alltid är de patienter som har störst behov som prioriteras.

En utmaning för personalen har varit att få tid för det sjukdomsförebyggande arbetet när man har korta tider för patientmöten. I primärvården har man ibland en stor andel s.k. akuttider som innebär att patienterna får en kort stund med läkaren för att diskutera en avgränsad fråga. Då kan det bli svårt att hinna utvidga samtalet till att också inkludera betydelsen av hälsosamma levnadsvanor. Samtidigt har man på många håll mindre tid för uppföljningar av patienter med kroniska sjukdomar. Dessa patientgrupper hör till dem som Socialstyrelsen har lyft fram som prioriterade grupper för arbetet med sjukdomsförebyggande metoder.

Följa upp

För att lyckas med förändringsarbete är det viktigt att göra uppföljningar för att se att man är på rätt väg. Många landsting som har infört prestationsbaserade ersättningar har varit fokuserade på att utveckla dokumentationshanteringen för att kunna följa upp ersättningssystemen. I vissa fall har man tagit fram dokumentationsmallar med fasta svarsalternativ och handledningar för att underlätta dokumentationen. Särskilt när besökstiderna är korta är det viktigt att dokumentationshanteringen underlättas för att administrationen inte ska ta en alltför stor del av arbetstiden. Införandet av prestationsbaserade ersättningar kan också försvåras om dokumentationssystemen uppfattas som tungarbetade.

Införandet av nya journalmallar m.m. kräver en särskild implementeringsprocess. Det behöver bli tydligt vad som menas med olika åtgärder och hur de ska dokumenteras. Olika stöd till personalen kan behöva tas fram om hur mallarna ska användas och man behöver avsätta tid för personalen att lära sig att använda de nya mallarna.

Många landsting har arbetat med att utveckla dokumentationshanteringen i primärvården. Men för statistikåret 2013 ser Socialstyrelsen stora brister i inrapporteringen. De landsting som har kommit längst har börjat rapportera in data men sannolikt finns det stora kvalitetsbrister även i dessa data.

När det gäller den specialiserade vården så finns sedan länge en skyldighet för landstingen att rapportera in åtgärds-koder till Socialstyrelsens patientregister. Inom detta område är det ännu större brister när det gäller inrapporteringen. Det kan bero på att man inte dokumenterar åtgärder i den specialiserade vården men det kan också bero på att man väljer att inte rapportera in dessa koder till Socialstyrelsen.

En väsentlig del i dokumentationshanteringen är att skapa rapporteringsrutiner som gör att det går enkelt att ta fram data från journalerna för att återkoppla till verksamheterna som ett led i ett förbättringsarbete. Vissa landsting har etablerat rutiner för detta i primärvården. Inom många landsting har man bristande kapacitet att ta fram rapporteringsrutiner och det gör att man tvingas till hårda prioriteringar av vilka data som ska kunna sammaställas.

Socialstyrelsen har fortsatt att arbeta med att stödja landstingens dokumentationshantering under 2013 och 2014. Effekterna av dessa satsningar kommer inte få genomslag förrän statistikåret 2015 och publiceras 2016. Landstingens svar på enkäter visar att det pågår ett utvecklingsarbete som Socialstyrelsen behöver fortsätta att följa.

Slutsatser och förslag

Resultatbedömning mot effektmålen

Socialstyrelsen har satt upp fem effektmål för arbetet med att stödja införandet av myndighetens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

- a) Vårdgivarna ska ha strukturer som stödjer ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i enlighet med de nationella riktlinjerna.
- b) Patienterna ska erbjudas stöd för att förändra riskfyllda levnadsvanor i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.
- c) Alla i hälso- och sjukvården som har patientkontakter ska ha kunskap och förmåga att arbeta i enlighet med riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder. Professionerna ska förmedla en positiv attityd till hälsofrämjande arbete och hälso- och sjukvårdspersonalen ska tillämpa sjukdomsförebyggande metoder vid möte med patienter.
- d) Projektet ska ha bidragit till metodutveckling som främjar tillämpningen av sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården. Metodutvecklingen kan gälla både metoder för implementering på organisationsnivå och metoder som tillämpas i mötet med patienten.
- e) Det ska gå att följa upp det hälsofrämjande arbetet och tillämpningen av riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder i alla landsting och regioner. Öppna jämförelser ska finnas tillgängliga för det hälsofrämjande arbetet. De indikatorer som beslutas inom riktlinjeprojektet ska gå att följa upp med data.

Socialstyrelsens sammantagna bedömning är att effektmålen har nåtts i rimlig utsträckning. Vårdgivarna har mål för det sjukdomsförebyggande arbetet, man har tagit fram vårdprogram och rutiner och man håller på att utveckla dokumentationshanteringen.

Många patienter erbjuds stöd för att förändra riskfyllda levnadsvanor men det finns skäl att fortsätta utbyggnaden av arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. Det gäller t.ex. för patienter med kroniska sjukdomar.

Myndigheten har iakttagit att det är stora brister när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården där man inte har kommit igång med att implementera riktlinjerna. Det finns en uppfattning i den kommunala hälso- och sjukvården att det är landstingens ansvar men det brister i kommunikationen om detta mellan kommuner och landsting.

Det finns en bred kunskap om arbetet med sjukdomsförebyggande metoder i den landstingsstyrda hälso- och sjukvården. Många har tillräcklig kompetens för att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor och att erbjuda åtgärder. Denna kompetens behöver underhållas. Det kan dessutom behövas fortsatta kompetensutvecklingsinsatser inom specifika verksamheter. Dessa insatser bör tydligare kopplas till mål för utvecklingen inom den specifika verksamheten. Det kan t.ex. handla om att man sätter mål för att förbereda patienter inför operation genom samtal om tobak och alkohol och då kompetensutveckla den personal som möter dessa patienter så att de kan arbeta med de aktuella samtalsmetoderna.

Attityderna till det sjukdomsförebyggande arbetet är positiva bland chefer och personal. Projektet har stimulerat samverkan mellan professionerna vilket främjat en gemensam helhetssyn på omhändertagandet av patienten. Arbetet med levnadsvanor förutsätter ofta fungerande teamarbete. Den kritik som ibland hörs från läkare handlar i regel om att man inte har tid att samtala om levnadsvanor på grund av korta patientmöten och att det är tidskrävande och krångligt att dokumentera i journalerna.

Projektet har bidragit till metodutveckling genom att finansiera sex stycken forskningsstudier och genom att ge stöd till en uppdatering av FYSS-Handbok för fysisk aktivitet på recept. Bidragen ger ny information till hälso- och sjukvården om hur man kan ställa frågor om levnadsvanor, hur man kan stödja en beteendeförändring för olika patientgrupper, hur man bäst utbildar personalen i samtalsmetoden Motiverande samtal, samt erfarenheter av hur ersättningssystemens utformning påverkar implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Arbetet med att stödja metodutveckling har inneburit utmaningar. Ursprungligen hade vi väntat oss att landstingen skulle ha ett antal färdiga idéer till metoder som de ville ha stöd för att utvärdera genom forskning. I praktiken var det så att många frågor om stöd gällde verksamhetsutveckling, vilket inte beviljades eftersom det ligger inom landstingets eget ansvar att finansiera. En annan erfarenhet är att det har varit svårt att genomföra kliniska studier. Det har varit svårt att få till medverkan både från verksamheter och av patienter. Tidsplanerna för alla studier har varit för snäva mot bakgrund av att det har tagit tid att rekrytera medverkande patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.

Nu bedömer huvuddelen av landstingen att de kommer att kunna följa upp arbetet med sjukdomsförebyggande metoder från och med statistikåret 2015. Det kommer att behövas ett fortlöpande arbete med att kvalitetssäkra dokumentation och inrapportering. Socialstyrelsen kommer i avvaktan på patientregister för primärvården och en utvidgning av patientregistret med åtgärder av fler personalkategorier, fortsätta att samla data till öppna jämförelser genom enkäter till landstingen.

Behov av fortsatta insatser

Socialstyrelsen bedömer att det kommer att behövas fortsatta insatser på nationell nivå för att stödja arbetet med sjukdomsförebyggande metoder utöver det som ryms inom Socialstyrelsens ramanslag.

- Rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella utvärdering av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, som kommer att presenteras i januari 2015, behöver spridas till landstingen och till verksamhetsansvariga. Utvärderingen kommer peka på fortsatta behov av utveckling inom hälso- och sjukvården. Det är angeläget att rekommendationerna i utvärderingen diskuteras i landstingen och att man tar fram planer för hur arbetet med sjukdomsförebyggande metoder kan förstärkas ytterligare. För att inspirera till fortsatt arbete vore det värdefullt om Socialstyrelsen står värd för regionala konferenser om rekommendationerna i utvärderingen. Konferenserna genomförs lämpligen tillsammans med professionsorganisationerna och berörda landsting.
- Kunskapen om riktlinjerna behöver bli bättre i den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkan mellan kommuner och landsting behöver utvecklas. De största bristerna inom den kommunala hälso- och sjukvården finns när det gäller samtal om tobak och riskbruk av alkohol. Ett stödmaterial som främst vänder sig till den kommunala sektorn behöver utvecklas och lanseras av Socialstyrelsen. Materialet bör omfatta stöd till ledningsnivån men också utbildningsmaterial som vänder sig till personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården.
- Det främsta hindret för att arbeta mer med sjukdomsförebyggande metoder är enligt personalen brist på tid och prioriteringar på arbetsplatserna. Det finns ett glapp mellan landstingens övergripande höga prioritering av det sjukdomsförebyggande arbetet till resurssättningen i arbetet mot patient. Ersättningssystemen har inte i sig löst resursfrågan. Sättet att organisera patientmöten tycks också ha stor betydelse. Ett fortsatt kartläggnings- och analysarbete behövs för att öka kunskapen om hur man kan styra resurser till det sjukdomsförebyggande arbetet. Socialstyrelsen anser det angeläget att ett sådant analysarbete kommer igång och att myndigheten deltar i arbetet tillsammans med andra aktörer, till exempel Myndigheten för vårdanalys.
- En guide och en webbutbildning om samtal och råd om bra matvanor har tagits fram. Materialet har nyligen börjat användas i några landsting. Någon bredare lansering och uppföljning har inte hunnits med. Livsmedelsverket genomför nu en uppdatering av sina kostråd och de kommer att publiceras i början av år 2015. Webbutbildningen kommer att behöva uppdateras med anledning av de nya kostråden. Socialstyrelsen bedömer det angeläget att få i uppdrag att under 2015 lansera webbutbildningen och uppdatera den med anledning av de nya kostråden och synpunkter som framkommer när utbildningen börjar användas.
- Fyss - Handbok för fysisk aktivitet på recept har uppdaterats i 33 kapitel men det återstår fler diagnosområden som skulle vara intressanta att uppdatera och anpassa för ökad tillgänglighet. För att det ska vara möjligt behövs ytterligare finansiering till YFA som är den del inom Svenska läkarsällskapet som ansvarar för den uppdatering som nu genomförs. Eventuellt

kan den fortsatta finansieringen lösas genom bidrag från Helsedirektoratet i Norge.

- Det kommer att behövas ett fortsatt stöd från Socialstyrelsen i arbetet med dokumentationshanteringen. Samverkan behövs med journalsystemsleverantörer och landstingsföreträdare för att stimulera fortsatt utveckling. Behovet inkluderar också fortsatt utveckling av termer och fackspråk.