



Förebyggande arbete med matvanor i primärvården

En kvalitativ undersökning om hur primärvården arbetar med att höja personalens kompetens kring bra matvanor och om utbildningarnas innehåll

Livsmedelsverket

Dnr 2017/01795, Saknr 2.3.3

November 2017

BESTÄLLARE

Livsmedelsverket

Box 622

751 25 Uppsala

Telefon: 018-17 55 00

Kontaktperson: Inger Stevén

E-post: inger.steven@slv.se

Telefon: 018-17 43 92

KONSULT

Ipsos

Box 122 36

102 26 Stockholm

Telefon: 08-598 998 00

Uppdragsansvariga: Maria Hedengren och Magdalena Wassenius

Kontakt Ipsos:

Maria Hedengren

maria.hedengren@ipsos.com

+46 707 66 80 19

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
SLUTSATSER OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN	6
BAKGRUND	9
OM ARBETET MED BRA MATVANOR	12
IMPLEMENTERING.....	16
KOMPETENSUTVECKLING	33
UPPFÖLJNING AV ARBETET MED MATVANOR	40
UTVECKLING OCH STÖD	44
APPENDIX	48
Intervjuguide	48

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Ipsos har på uppdrag av Livsmedelsverket hösten 2017 genomfört en kvalitativ undersökning om förebyggande arbete med matvanor i primärvården. Det övergripande syftet har varit att undersöka hur primärvården arbetar med implementering och kompetensutveckling för att kunna erbjuda patienter stöd och samtal om bra matvanor utifrån Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder. Vidare har syftet varit att få underlag till inspiration och utvecklingsområden för kompetensstöd.

Metod

Studien har genomförts i form av djupintervjuer med personer på landstings-/regionnivå som är insatta i området och som har kunnat svara på frågor om hur arbetet med samtal kring matvanor och kompetensutveckling fungerar inom det egna verksamhetsområdet. Totalt genomfördes 20 intervjuer fördelade på 18 landsting/regioner.

Arbetet med bra matvanor

Överlag ser respondenterna stora möjligheter att påverka folkhälsan genom förebyggande arbete kring ohälsosamma matvanor och generellt ser respondenterna också primärvården som en viktig arena för detta arbete. Det kan dock vara svårt att inom primärvården ge råd om förändrade matvanor och det finns utmaningar i att inte få tillräckligt starkt stöd i styrning och ledning.

Arbetet med införandet av sjukdomsförebyggande metoder gällande matvanor kräver tid och fortfarande återstår arbete såväl inom förankring som implementering och uppföljning.

Identifiering av patienter

När det gäller identifiering av patienter finns det tydliga prioriteringar av patienter där riskerna för ohälsa kopplat till matvanor är påtagliga. I och med att arbetet kring matvanor även bygger på patientens egen drivkraft och motivation kan det finnas risk att man missar vissa av de mer utsatta grupperna som inte kommer i åtnjutande av stöd och att vården på så sätt leder till ojämlikheter.

Kompetens och kompetensutveckling

Flertalet av de intervjuade landstingen/regionerna uppger att de erbjuder utbildningar till personalen kring samtal om matvanor/levnadsvanor i någon form. Målgrupper för utbildning liksom utbildningslängd kan variera. Allt från kortare webbutbildningar till mer omfattande två-tredagars utbildningar eller längre förekommer. Medan vissa i första hand genomfört bredare utbildningar, har många erbjudit mer specifierad och omfattande utbildning till personer och personalkategorier som arbetar mer specialiserat med fokus på kvalificerat rådgivande samtal om matvanor. I de fall det förekommer utbildning genomförs den i huvudsak internt och bygger i hög grad på Socialstyrelsens webbutbildning "Samtal och råd om bra matvanor".

I slutändan kan konstateras att olika utbildningsupplägg innebär att det kan skilja sig mellan olika landsting/regioner vilken kompetens personalen som arbetar med samtal om matvanor har möjlighet att tillgodogöra sig.

Hittills har flera av de intervjuade landstingen/regionerna genomfört en första omgång utbildning och det finns i vissa fall planer på att genomföra uppföljande insatser. Generellt har man i dagsläget inte tillräcklig erfarenhet för att kunna uttala sig om vad utbildningen har gett för resultat när det gäller arbetssätt och rådgivning, samt vad som fungerar bättre eller sämre när det gäller val av upplägg.

Implementering och uppföljning

Samtliga har kommit igång med implementeringsarbetet, men överlag anser man sig inte ha kommit lika långt med arbetet kring matvanor som med övriga levnadsvanor. Eftersom det i de nationella riktlinjerna inte framgår hur genomförandet i praktiken ska gå till, har olika landsting/regioner gjort prioriteringar utifrån vad som bedömts rimligt och genomförbart. Klart är att det inte finns någon entydig bild av hur arbetet ska bedrivas och att det i nuläget sker olika initiativ när det gäller att hitta sina egna arbetssätt, remissvägar, utbildningar, strukturer och stöd. Hur långt man upplever sig ha kommit påverkas i hög grad av att förutsättningarna har varierat. Framförallt vad gäller politiskt och ledningsmässigt stöd, samt tillgång till personal i form av viktiga nyckelprofessioner som dietister kan förutsättningarna se olika ut.

Som regel har man i de olika landstingen/regionerna ännu inte utvärderat sitt arbete kring samtal om matvanor i någon större utsträckning. Flera är dock i en process att göra detta nu och det är även något som anses viktigt. Vikten av att mäta och visa resultat framhålls såväl för att få politikens fokus som för att motivera och inspirera personal. Gällande samtal om mat finns det dock problem genom att det tar lång tid att se effekter, samt att veta vad som lett till dessa effekter. Det finns olika sätt att arbeta med måluppfyllnad idag, men man ser nackdelar med samtliga sätt och det finns även regioner som ser att det finns problem med efterlevnad till de nationella riktlinjerna.

Utveckling och stöd

Överlag är man i huvudsak nöjd med utbudet av det stöd och de verktyg och material som finns att tillgå. Samtidigt finns det förslag till förbättringar när det gäller exempelvis stöd i förhållande till olika diagnoser och olika språk, samt när det gäller stöd för uppföljning och dokumentation.

Överlag önskas samordning på nationell nivå mellan olika aktörer för att sprida information och förstärka budskapet om vikten av hälsosamma matvanor. Livsmedelsverket har en mycket viktig funktion att fylla gällande att verka för en bred acceptans kring betydelsen av hälsosamma matvanor – och det välkomnas att Livsmedelsverket arbetar synligt och aktivt.

SLUTSATSER OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN

Nedan redovisas Ipsos slutsatser av den kvalitativa studien. Slutsatserna bygger på de synpunkter och resonemang som framkommit i intervjuerna och är ämnade att ge en sammanfattande bild av undersökningsresultatet som grund för vidare slutledning och analys.

Påverkansarbete och samsyn behövs för ett framgångsrikt arbete

För att skapa rimliga förutsättningar för arbetet med förebyggande och hälsofrämjande arbete kring matvanor behöver såväl beslutsfattare som befolkningen i allmänhet få tillräcklig information om sambandet mellan matvanor och hälsa och om vinsterna med hälsosamma matvanor. För att vården ska kunna arbeta framgångsrikt krävs även rimliga förutsättningar i form av tydliga direktiv och riktlinjer. Här saknas till viss del tydlig vägledning när det gäller prioriteringar av resurser och kompetens i förhållande till olika patientgrupper, samt för hur samverkan och remittering mellan olika personalkategorier och samtalsnivåer ska hanteras. I viss utsträckning ses detta hänga ihop med ett bristande fokus på området hos politiker och verksamhetsledning.

Här har Livsmedelsverket tillsammans med andra myndigheter en mycket viktig funktion att fylla när det gäller att påverka attityder och att möta de felaktigheter och det ifrågasättande som kan förekomma kring den evidensbaserade kunskapen.

- Förebyggande arbete kring matvanor kräver samsyn och aktivt påverkansarbete när det gäller kunskap och attityder.

Primärvården är i ett inledningskede gällande arbete med matvanor

Det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet kring matvanor har kommit en bit på väg, men ännu återstår en hel del att göra. Många landsting/regioner är fortfarande i en uppbyggnadsfas när det gäller att hitta fungerande arbetssätt och rutiner för hantering av ohälsosamma matvanor.

Möjligheterna för vad primärvården kan åstadkomma när det gäller sjukdomsförebyggande arbete kring matvanor är dessutom begränsad. Bristen på tid är påtaglig och likaså är bristen på dietister och andra specialistfunktioner en utmaning i många landsting/regioner. Behovet av att utbilda fler professioner och personer som kan arbeta med rådgivning kring matvanor är därför märkbart.

- Förändring av vanor och beteenden är något som tar tid och arbetet med dessa frågor måste ske långsiktigt och på olika nivåer såväl inom primärvården och inom landsting och regioner som övergripande på nationell nivå.

En framkomlig väg kan vara att arbeta med korta sammanfattande råd som komplement till kvalificerat rådgivande samtal

En fråga som återkommande tas upp i intervjuerna är vad som kan förväntas av vården när det gäller möjligheten att genomföra kvalificerat rådgivande samtal.

Åtagandet som krävs innebär att en del landsting/regioner har svårt att se vad som kan göras idag och risken finns att personalen ger upp eller att arbetet prioriteras ned om målsättningen uppfattas som i det närmaste ouppnåelig.

För att komma igång med arbetet har några landsting/regioner försökt underlätta för personalen genom att arbeta såväl systematiskt som integrerat med korta sammanfattande råd. Fördelarna som anses kunna uppnås genom att komplettera kvalificerat rådgivande samtal med denna typ av råd är dels att förhoppningsvis kunna nå fler och successivt kunna hjälpa fler att påbörja en förändring mot mer hälsosamma matvanor, dels att det kan hjälpa personalen att ta upp frågan.

Utöver detta kan man även arbeta mer systematiskt med kvalificerat rådgivande samtal, exempelvis genom att med hjälp av tydliga remissvägar hänvisa patienter som är i behov av kvalificerat rådgivande samtal till hälsocenter, livsstilsmottagningar, dietist eller liknande. Som ett led i detta kan man också arbeta mer integrerat med fokus på att identifiera patienter med ohälsosamma matvanor genom den enklare formen av rådgivning som en naturlig del av den ordinarie dagliga verksamheten.

- En enklare form av rådgivning bestående av korta sammanfattande råd som kan genomföras av i stort sett all personal kan vara ett steg på vägen mot fler kvalificerat rådgivande samtal. Genom att lyfta frågan om matvanor kan potentiellt de patienter som är i behov av kvalificerad rådgivning identifieras och samtidigt kan även specialistkompetensen användas där den bäst behövs. Dessutom riskerar inte landstingen/regionerna och dess personal att tro att de inte kan göra något alls om de inte lyckas väl i ökandet av antalet kvalificerat rådgivande samtal.

Rätt person på rätt plats och med rätt arbetsuppgift förtydligar att både bred och djup kompetenshöjning krävs

Några landsting har valt att inte belasta dietisttjänsterna med de kvalificerat rådgivande samtalen. Ambitionen är att flera professioner ska kunna genomföra dessa samtal och för att kunna göra det behövs kompetenshöjning genom fördjupade utbildningar.

För att kunna ta till sig nya metoder och kontinuerligt arbeta med matvanor på ett integrerat sätt behövs både breda och kortare utbildningar, samt uppföljningstillfällen som sätter fokus på frågan och efterhand bygger på kunskapen kring mat och förändring av matvanor hos en bred målgrupp bland personalen.

För att arbeta mer målmedvetet och strukturerat kring samtal om matvanor ses behov av såväl fördjupade som bredare utbildningsinsatser utifrån profession och typ av rådgivning.

- Behov av att målmedvetet satsa på såväl bred som djup kompetenshöjning framkommer.
- Genom att förtydliga olika professioner/nivåer och tillhörande kompetens, kan även remissvägar förtydligas – något som i sin tur gör det enklare för övrig personal att lyfta frågan och därmed kunna identifiera fler patienter, samt lotsa patienter som behöver stöd att förändra sina matvanor rätt.

Varierande förutsättningar i olika delar av landet riskerar att leda till ojämlig vård

Sammantaget kan konstateras att förhållandena när det gäller faktorer såsom arbetsätt, personella resurser, kompetens och kompetenshöjande insatser skiljer sig åt mellan olika landsting/regioner och olika verksamheter. Geografiska och verksamhetsmässiga skillnader gör att det finns risk för ojämlikhet i den vård som erbjuds och att en större enhetlighet bör eftersträvas. Inte minst gäller det de utbildningsinsatser som genomförs och där det även finns en efterfrågan på mer likriktade utbildningsupplägg anpassade för olika samtalsnivåer och personalmålgrupper.

BAKGRUND

Bakgrund och syfte

Socialstyrelsen antog 2011 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, vilka innefattar rekommendationer för vårdens arbete med att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, samt ohälsosamma matvanor.

Livsmedelsverket har mot denna bakgrund fått i uppdrag av Socialdepartementet att främja arbetet med att implementera riktlinjerna kring arbetet med hälsosamma matvanor inom primärvården. Uppdraget har pågått under åren 2012–2017 och har inneburit allt från olika utåtriktade aktiviteter, faktatexter, motiverande budskap till broschyrer och webb.

För att arbetet med samtal om bra matvanor ska fungera på bästa sätt behövs förutom kunskap i samtalsmetodik även gedigen kunskap om evidensbaserade kostråd, näringslära samt förståelse för matvanors komplexitet och sambandet mellan matvanor och sjukdom. Primärvården behöver därför verka för att personalen är motiverad och har den kompetens som krävs för att arbeta med frågan. Många landsting har också startat olika former av utbildningar för att personalen ska kunna föra samtal om ohälsosamma matvanor och även kunna fungera som rådgivande när det gäller bra matvanor.

Landstingen beslutar själva hur de prioriterar arbetet med ohälsosamma levnadsvanor i primärvården. De beslutar hur de vill arbeta med att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor och vilka åtgärder som ska genomföras, samt ansvarar för att personalen som ger råd kring levnadsvanor har relevant kompetens. Utifrån den personalkategori som ska utföra åtgärderna beslutas även vilken eventuell kompetenshöjning som är lämplig.

Mot denna bakgrund har Livsmedelsverket som ett led i uppdraget att främja arbetet med ohälsosamma matvanor gett Ipsos i uppdrag att genomföra en kvalitativ undersökning för att få beskrivet hur landsting/regioner arbetar med kompetensfrågan kring samtal och rådgivning om bra matvanor i primärvården och hur detta har fungerat i praktiken.

Det övergripande syftet har varit att öka kännedomen om hur primärvården arbetar med att höja kompetensen hos sin personal för att kunna erbjuda patienterna olika åtgärder i samtal om bra matvanor utifrån Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder.

Det övergripande syftet med undersökningen innefattar:

- att kartlägga hur olika landsting har löst frågan med kompetens kring matvanor, samt hur de arbetar med att identifiera personer med ohälsosamma matvanor
- att få underlag till inspiration och stöd för de landsting som vill utveckla sitt arbete
- att få förståelse för eventuella utvecklingsområden för kompetensstöd till hälso- och sjukvårdens personal i primärvården

Urval och genomförande

Den kvalitativa undersökningen genomfördes i form av djupintervjuer med representanter för arbetet med matvanor i primärvården på lokal/regional nivå. Totalt genomfördes 20 intervjuer fördelade på 18 landsting/regioner.

Ambitionen var att intervjua personer i ledande ställning, gärna chefer inom hälso- och sjukvård, som kunnat svara på frågor om hur arbetet med samtal kring matvanor och kompetensutveckling är upplagt och fungerar inom det egna verksamhetsområdet.

För att identifiera personer att intervjua kontaktade Livsmedelsverket HFS nätverkets processledare kring matvanor och bad dem om hjälp med kontakt till lämplig person i sina respektive landsting/regioner. Det visade sig i flera fall vara svårt att hitta en chef med kännedom om arbetet med samtal om matvanor. Frågan om medverkan i intervjun kom därför till slut i många fall att hamna hos folkhälsoenhetens strateger.

Med detta som utgångspunkt tillhandahöll Livsmedelsverket en bruttolista med namn på lämpliga personer att intervjua. Utifrån denna lista ansvarade Ipsos för att kontakta och boka in intervjuer.

Varje intervju tog cirka 1 timme och genomfördes per telefon under september 2017. Samtliga intervjuer genomfördes av Maria Hedengren och Magdalena Wassenius, båda erfarna seniora konsulter med lång erfarenhet från djupintervjuer med denna typ av målgrupper.

Med utgångspunkt från de frågeställningar som definierades i samråd med Livsmedelsverket tog Ipsos fram en intervjuguide som låg till grund för intervjuerna (se appendix). Guiden är tänkt att fungera som vägledning i samtalet, men intervjupersonerna har även haft möjlighet att ta upp sådant som ligger utanför guiden och som kan anses vara viktigt för studiens syfte.

Utgångspunkten för hantering av intervjuguiden var att samtliga frågor i möjligaste mån ställdes till alla. Utifrån det har intervjupersonerna fått avgöra i vilken utsträckning de har haft möjlighet att svara.

Beskrivning av respondenter

Samtliga respondenter har haft en positiv inställning till att delta i undersökningen och har starka personliga engagemang och djup kunskap inom folkhälsoarbete och hälsofrämjande sjukvård, samt är väl insatta i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Många av deltagarna har en lång eller mycket lång erfarenhet av folkhälsoarbete. Majoriteten har också en lång erfarenhet av kliniskt arbete inom sjukvården utifrån olika professioner som dietist, sjuksköterska, fysioterapeut och läkare. Flertalet är specialiserade på matvanor även om de till viss del också arbetar med samtliga fyra levnadsvanor.

Respondenterna arbetar på liknande positioner, men med olika titlar, omfattande planering, utveckling och strategi, samt utbildning och implementering gällande folkhälsa inom ett landsting eller region. Uppdraget innefattar som regel arbete gentemot såväl offentliga som privata vårdutförare. Flertalet respondenter är placerade på en folkhälsoenhet.

Nio personer är folkhälsoplanerare/strateger, en person är primärvårdschef och två är verksamhetschefer i primärvården. Därutöver finns utredare och strateger i hälso- och sjukvårdsförvaltningen, projektledare, verksamhetsutvecklare, utvecklingsstrateger och någon är även kliniskt verksam dietist. För övrigt har respondenterna huvudsakligen ett strategiskt perspektiv och ägnar idag inte någon större del av sin arbetstid åt kliniskt arbete.

Generellt kan noteras att samtliga har haft god inblick i frågeställningarna på övergripande nivå, men att man inte alltid har kunnat uttala sig på detaljerad nivå när det gäller konkreta arbetssätt och rutiner i det dagliga arbetet ute i de olika verksamheterna.

Redovisning av resultat

Värt att notera är att resultaten från de kvalitativa intervjuerna bygger på respondenternas egna erfarenheter och upplevelser. I det avseendet är det inte något som kan betraktas som rätt eller fel, och det går heller inte att uttala sig om olika uppfattningars representativitet annat än i termer av majoritet och minoritet.

Det kvalitativa angreppssättet är ämnat att skapa en så heltäckande bild som möjligt kring frågeställningarna som grund för analys och tolkning. Vid behov av att säkerställa mer exakta samband och frekvenser kan därefter en kvantifiering av vissa avgörande frågor göras med utgångspunkt från det kvalitativa resultatet.

I följande kapitel redovisas resultatet av intervjuerna med utgångspunkt för de huvudsakliga frågeområdena. Varje avsnitt består av en sammanställning av de attityder, erfarenheter och synpunkter som framkommit, inklusive illustrerande citat. Dessutom redovisas den tolkning och analys, samt de slutsatser som Ipsos har kommit fram till på basis av intervjuerna.

Samtliga respondenter behandlas anonymt i resultatredovisningen, vilket innebär att ingen specifik information eller specifika citat ska kunna härledas till person eller landsting/region.

OM ARBETET MED BRA MATVANOR

I detta avsnitt behandlas respondenternas spontana reflektioner kring det förebyggande arbetet med matvanor, samt hur de grundläggande förutsättningarna för arbetet som helhet uppfattas.

Samtliga är eniga om att förebyggande arbete med matvanor innebär stora möjligheter

Det råder ingen tvekan om att arbetet med att främja goda matvanor ses som en viktig del i att motverka ohälsa och förebygga sjukdom. Genom förbättrade matvanor anses det finnas stora möjligheter att påverka folkhälsan i positiv riktning. Redan små förbättringar uppges kunna ge stora vinster såväl ur ett individ- som ur ett folkhälsoperspektiv. Förändringar som anses fullt möjliga att genomföra.

”Om vården skulle genomföra alla de samtal om ohälsosamma matvanor som skulle behövas och de skulle få genomslag och om alla skulle göra de förändringar av matvanorna som krävs så skulle vi få en bättre hälsa i befolkningen, det vet vi idag.”

Överlag uppfattas det även finnas potential att bedriva ett framgångsrikt arbete eftersom man upplever att det bland många människor finns en önskan om sundare levnadsvanor. Även om detta inte återspeglas inom hela den svenska befolkningen ses det som positivt att en hälsosam trend med ökat fokus på såväl fysisk aktivitet som mer hälsosamma matvanor tycks ha fått fäste. Det visar sig både genom att det bland vårdpersonalen finns ett intresse att arbeta med frågorna och genom att patienterna i högre utsträckning frågar efter stöd.

”Vi vet genom patientenkäter att det är många som vill att man pratar om levnadsvanor och det är åtminstone 3000 personer i länet som har sagt att de vill ha stöd och hjälp att förändra sina matvanor. Så det är ingen tvekan om att det finns jättemycket att göra när patienterna där ute vill ha stöd och hjälp och personalen vill jobba med det, men de känner inte alltid att de har kunskapen och framförallt inte att de har tid avsatt för att jobba med det.”

Intervjupersonerna noterar också att intresset för mat i allmänhet och mat kopplat till hälsa inte minst märks genom att media tillhandahåller ett stort antal reportage, artiklar och TV-program där mat och hälsosam mat får mycket utrymme och fokus. Dessutom noteras att det i livsmedelsbutikerna syns ett allt större utbud av produkter som gör anspråk på att vara hälsosamma. Något som också påtalas från flera är att det i bloggar, sociala medier och på olika hemsidor förekommer ett stort antal såväl erkända som självutnämnda experter och tyckare som ger råd och inspiration kring hur vi ska äta för att vara hälsosamma.

”Om du köper två dagstidningar vilken dag som helst, så kommer du i minst en av dem hitta något intressant kring mat. Ett intresse att skriva om och läsa om området finns definitivt!”

Det kan vara svårt att ge råd om förändrade matvanor

När matvanor kommer på tal är ofta de första spontana tankar bland respondenterna att det finns en stor okunskap och osäkerhet hos personalen. Människor i allmänhet och även personal inom vården kan ha olika kunskapsnivåer och tar till sig kunskaper och erfarenheter från olika håll. Dels kan man ha hört talas om och provat olika typer av dieter, dels kan man läsa och höra talas om olika rön och utifrån det bilda sig skiftande, ibland motsägelsefulla, uppfattningar om vad som är bra matvanor och inte. Detta leder inte sällan till förvirring och osäkerhet kring vad som är rätt och fel och vad man egentligen kan lita på när det gäller råd om mat.

Sammantaget tar det sig inte bara uttryck i en osäkerhet hos patienter, utan även i hur trygg och säker vårdpersonalen känner sig i att bemöta patienter.

”Samtidigt som frågan om matvanor har fått allt större betydelse och vi vet mer idag, har det på sätt och vis blivit svårare. Det dyker upp fler och fler aktörer som tycker om hur vi ska äta och mycket av det som avviker från evidensen får stå oemotsagt. Det är inte konstigt om det skapar förvirring och att det kan vara svårt att ta till sig allt och veta vad man ska tro.”

Flera pekar också på att kunskapen och rekommendationerna kring kost och kostråd inte är helt oomtvistad. Inte bara bland allmänheten, utan även inom vården kan det finnas visst ifrågasättande som gör att man som vårdpersonal inte är helt övertygad om vad som gäller.

”Inom sjukvården finns det enstaka personer som går ut och förordar något annat än det som det finns evidens för och de kan vara väldigt övertygande i sin retorik. Det dyker till exempel upp den typen av åsikter i en tidskrift som Läkartidningen och för de som inte har en tillräcklig grundutbildning eller den vetenskapliga skolningen kan det vara svårt att genomskåda.”

Osäkerhet och okunskap hos personalen gör att det kan upplevas svårt att hantera frågor kring matvanor i mötet med patienter. Även om man är insatt och har kunskap om det grundläggande kan det vara svårt att föra ett resonemang och argumentera kring varför man ska äta på ett visst sätt och vilken faktisk påverkan det har på hälsan och den enskilda individen. I synnerhet i mötet med patienter som har annan uppfattning än vad som rekommenderas och som kan ha egna avvikande erfarenheter eller komma från en annan kulturell bakgrund.

Jämfört med övriga levnadsvanor är matvanor det område som upplevs mest komplext. När det gäller sluta röka, begränsa alkoholkonsumtionen och att ägna sig åt fysisk aktivitet är det enligt respondenterna mer entydigt vedertaget såväl inom sjukvården som inom samhället i övrigt, vilket gör det enklare att argumentera kring och att förstå nyttan av ett förändrat levnadssätt.

”Det kräver mycket att kunna omsätta råd om mat i praktisk handling och att förstå och tolka information om mat och matvanor. Det behövs mycket stöd kring det praktiska som ska anpassas till individens förutsättningar. De enkla råden blir egentligen inte så enkla och uppgiften är kanske inte alls särskilt lätt för vårdpersonalen, inte ens när det gäller enkla råd.”

Primärvården ses som en viktig arena för att arbeta med ohälsosamma matvanor

Primärvården uppfattas utgöra en viktig del i arbetet med förbättrade levnadsvanor utifrån att man där når en stor andel av befolkningen varje år. Överlag anser man att om det i ökad utsträckning genomförs samtal om sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande matvanor med de som besöker primärvården finns det potentiellt stora möjligheter att motverka ohälsa hos enskilda patienter och åstadkomma en långsiktigt positiv effekt på folkhälsan.

Inom primärvården återkommer patienter vid ett flertal tillfällen, ofta under en längre tid och med viss regelbundenhet. Det gäller i synnerhet personer som lever med kroniska sjukdomar, men även de som behandlas för olika tillfälliga sjukdomar och tillstånd eller som kommer i kontakt med primärvården av olika anledningar under livets olika skeden. På så sätt ges det många tillfällen att lyfta upp frågan om förbättrade matvanor på patienternas agenda och att stötta de som har behov att få till stånd en förändring.

Intervjupersonerna lyfter också fram att människor kan antas vara mer motiverade och påverkbara i samband med händelser som exempelvis akuta sjukdomstillstånd eller när man fått en ny diagnos. Om man då tar upp och diskuterar frågan finns det goda möjligheter att det leder till resultat.

”Möjligheten att jobba med de här frågorna är stor inom primärvården. Jag tror att det är där krutet ska läggas. Man träffar ju oerhört många och dessutom under längre perioder. Nya levnadsvanor är inget man får över en natt och det är en stor fördel om man kan lyfta frågorna i samband med omhändertagande, särskilt i samband med kroniska sjukdomar.”

Det finns en utmaning i att inte få tillräckligt starkt politiskt stöd

Från flera håll framkommer att man upplever att fokus på frågan om sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande matvanor är relativt svagt från politikens sida. Bland de som är drivande inom folkhälsofrämjande arbete skulle man önska ett betydligt större fokus och engagemang kring frågan, framförallt på det regionala/lokala planet, för att kunna arbeta framgångsrikt.

Det bristande politiska intresset uppfattas i stora delar kunna förhindra eller sätta stopp för en effektiv implementering i verksamheten. Om det saknas tydliga visioner och intentioner från de styrandes håll finns det stor risk att de lokala verksamheterna kan välja att prioritera bort en satsning på området.

Bristande politiskt intresse och tydlighet gör det inte bara svårare att få gehör för att det är ett arbete som behöver prioriteras, utan också att få flera olika aktörer att nå ut med ett gemensamt budskap. En enighet och ett enhetligt budskap är synnerligen viktigt när det gäller matvanor som är så komplext och mångfacetterat och där det förekommer vad som kan betraktas som desinformation till allmänheten. För att vården och vårdens personal ska nå framgång i arbetet krävs att man har stöd i tydliga riktlinjer och rekommendationer såväl nationellt som på regional och lokal verksamhetsledningsnivå. Framförallt är det tydliga och realistiska målsättningar som efterfrågas, samt tydlig vägledning kring hur arbetet ska gå till i praktiken när det gäller hantering och remittering av patienter, på vilken nivå samtalen ska genomföras och gentemot vilka patienter, samt vilken typ av personal/kompetens som ska genomföra olika typer av samtal.

”Hos oss saknas en central organisatorisk struktur och en självstyrande verksamhet. När struktur saknas blir det otydligt. Anledningen till att det är så är att detta är en fråga som högsta ledningen inte prioriterat. Den har blivit styvmoderligt behandlad ända sedan införandet av riktlinjerna. Vi får inga pengar, ingen vårdutveckling. Jag skulle nog säga att alltihop har skötts med lillfingret och då blir det ju det resultat som man kan förvänta sig.”

Införandet av sjukdomsförebyggande metoder är ett arbete som tar tid

Det framkommer att hälso- och sjukvården genomgår något av vad som kan betraktas som ett paradigmskifte. Tidigare har vårdens huvudsyfte varit att vårda, ta hand om, ge omsorg, och nu går man mot en vård där patienten själv har allt större inflytande och där man i allt större utsträckning har som uppgift att motivera och stödja patienten i att själv ta ansvar för sin hälsa. Det talas om ”empowerment” och om att patienten ska vara delaktig, vilket även syns i vårdvalsmodellen och som inte enbart gäller inom vården, utan även återfinns inom samtliga svenska välfärdssystem.

Arbetet med sjukdomsförebyggande metoder är en del i detta paradigmskifte. I dagsläget kan man se att det sjukdomsförebyggande arbetet fortfarande ligger en aning vid sidan om det medicinska arbetet, vilket man inte anser vara särskilt förvånande med tanke på hur lång tid ett förändringsarbete kan ta innan det är genomfört och leder fram till resultat.

”Det finns folk som jobbat på samma sätt i 40 år. Det är inte så konstigt att de inte ändrar synsätt över natt. Jag tror att man inte riktigt insett att detta är en stor förändring när man skrivit de nationella riktlinjerna. Förändringsarbete tar tid.”

Det krävs att det sjukdomsförebyggande arbetet får samma status som annan medicinsk behandling för att man ska kunna få in det i primärvården på ett naturligt sätt. Den förebyggande vården ska inte vara något som erbjuds utöver den traditionella medicinska vården, utan detta ska ingå i och vara en självklar del av sjukvården. Här kan man se att det finns de inom vården som inte jämför den sjukdomsförebyggande vården med medicinsk behandling och som betraktar det som något som ska utföras utöver det som görs idag. När det gäller tobak och även alkohol och fysisk aktivitet uppfattas det dock vara mer accepterat och etablerat än arbetet med ohälsosamma matvanor. Så länge arbetet med matvanor inte fullt ut ses som en självklar och naturlig del av primärvårdens uppdrag ser man att det kan bli svårt att få till ett effektivt arbete i alla led.

”Det finns nog fortfarande de inom vården som inte har förstått vilken betydelse maten faktiskt har och som underskattar problematiken med ohälsa kopplad till matvanor. Sen finns det också en grupp som tycker att det är väl inte hälso- och sjukvårdens sak att lära folk hur de ska äta så där har vi fortfarande en bit kvar när det gäller förståelsen och acceptansen.”

”För att kunna arbeta bättre med matvanor behöver det bli mer en integrerad del av vården. Idag ser man arbetet som sekundärpreventivt och det likställs inte med övrig behandling.”

Paradigmskiftet väcker också frågor om vad som är en jämlik vård och hur den ska bedrivas. Ojämlighet kan uppstå eftersom vissa patienter är resursstarka och kan ta för sig, läsa på och efterfråga och därmed få tillgång till vad de behöver. Andra patienter däremot kan vara mer hjälpsökande och inte ha förmåga eller förutsättningar att själva ta tag i sin situation och kan därmed bli mer utlämnade till vad vården erbjuder.

Sammantaget uppges införandet av sjukdomsförebyggande metoder kring ohälsosamma matvanor i huvudsak ha skett i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Överlag tycker man också att arbetet kring matvanor har kommit en bit på väg, men att det fortfarande återstår en hel del att göra när det gäller såväl förankring på olika nivåer som implementering och fortsatt uppföljning.



Sammanfattande kommentar kring arbetet i stort

Samtidigt som man ser stora möjligheter att påverka folkhälsan genom ett förebyggande arbete kring matvanor finns det utmaningar som gör att det inte uppfattas ha kommit lika långt som när det gäller övriga levnadsvanor. Utmaningarna handlar dels om att matvanor är ett komplext område där det trots den omfattande evidensbaserade kunskapen kan finnas individuella uppfattningar och omständigheter som påverkar och som gör att personalen kan känna sig osäker när det gäller rådgivning. Dels finns en utmaning i att inte få tillräckligt starkt politiskt stöd i form av tydliga prioriteringar och riktlinjer när det gäller målsättningar, genomförande och fördelning av resurser. Trots att primärvården ses som en viktig arena för arbetet uppfattas det också finnas visst ifrågasättande kring i vilken utsträckning det ryms inom primärvårdens uppdrag så länge det inte handlar om direkt sjukdomsrelaterade tillstånd.

IMPLEMENTERING

I detta avsnitt redovisas erfarenheter från införandet av arbetet med matvanor, exempel på olika upplägg för arbetet, samt vilka utmaningar och framgångsfaktorer landsting/regioner stött på under implementeringen.

Förutsättningarna vid starten har varierat

Medan man inom vissa landsting/regioner har haft fokus på frågan direkt vid införandet av riktlinjerna, har man inom andra först fått arbeta med att få upp frågan på politikernas och verksamhetsledningars dagordning innan arbetet kunnat påbörjas.

Även de strukturella förutsättningarna har sett olika ut. I vissa landsting/regioner har det redan funnits en tanke och en början till ett arbetssätt för det sjukdomsförebyggande arbetet i samband med matvanor medan andra nästintill fått börja från början vad gäller hanteringen av samtal om matvanor.

”För de andra levnadsvanorna fanns det etablerade strukturer, men för matvanor har vi behövt jobba med strukturen först. Nu har vi dessutom precis öppnat en hälsoenhet i primärvården där man kan jobba med levnadsvanor oberoende av diagnos. Det är helt nytt och vi har ännu inte helt satt strukturen, gränsdragningar och specifika uppdrag för denna.

”Hos oss har landstingsfullmäktige tydligt ställt sig bakom de nordiska kostråden. Här är det klart att vi ska jobba med detta inom hälso- och sjukvården och att vi vid rådgivning ska följa Socialstyrelsens riktlinjer. Det är alltså jättetydligt på högsta nivå och vi har möjlighet att lägga in vilka krav vi ställer i avtalstexter och har även haft möjligheter att tillsätta tjänster. På det sättet har vi kunnat starta bra.”

I vissa landsting/regioner har man tidigt infört en ansvarig projektledare vid översynen av införandet av riktlinjerna som i princip har varit ensam ansvarig för att driva frågan. I andra landsting/regioner har man tillsatt en projekt-/expertgrupp bestående av representanter för olika professioner och/eller för respektive levnadsvana. I något landsting har man byggt upp kunskapscentrum med samlad sakkunnig kompetens som arbetar regionövergripande med frågor som rör utbildning, vägledning och stöd för arbetet kring levnadsvanor. Upprättandet av kunskapscentrum betraktas i sammanhanget som en tydlig intention och vilja från den regionpolitiska ledningen att prioritera det sjukdomsförebyggande hälsofrämjandet arbetet kring levnadsvanor.

Oavsett utgångsläge har man i stor utsträckning arbetat i dialog med verksamheterna och olika professioner när det gäller analys och anpassning av rekommendationer för arbetet. Planering och upplägg av kompetensutvecklingsinsatser har i hög grad skett i samverkan med dietist. De landsting/regioner som har varit tidigt ute och redan kommit en bit på väg har också tjänat som förebild för övriga när det gäller utformning av stöd och metoder för arbetet, samt för utbildningsinsatser. I detta sammanhang nämns också HFS-nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård som ett stöd i utvecklingsarbetet.

Något som i hög grad också lyfts fram som en viktig förutsättning för arbetet är tillgången till viktiga nyckelprofessioner såsom specialistsjuksköterskor och dietister. Hur tillgången ser ut varierar mellan olika landsting/regioner. I vissa regioner kan det vara mycket stor brist på dessa professioner och ett lågt politiskt/ledningsmässigt intresse för att tillsätta fler tjänster.

Andra områden har redan sedan tidigare haft tillgång till denna kompetens och satsar även fortsättningsvis på att ha ett tillräckligt stort antal av denna typ av viktiga nyckelpositioner.

Generellt kan noteras att framförallt dietister anses vara få eller mycket få i förhållande till antalet vårdcentraler de samarbetar med och i förhållande till antalet patienter som är i behov av hjälp från dietister. Dietisterna har ofta ett ansträngt uppdrag och är en alltmer efterfrågad profession. Många påtalar också att de upplever en ökande brist på dietister i primärvården, framförallt i glesbygd. En brist som förutom den ansträngda arbetssituationen antas bero på att antalet utbildningsplatser inte är anpassat till behovet.

”Matvanor var otroligt prematurt i början när vi startade upp, men har verkligen svällt och man har sett och förstått behovet. Efterfrågan på dietisternas kompetens har ökat och man ser vilken nytta det gör för patienterna.”

”Behovet av dietister ökar och samtidigt är bristen på dietister påtaglig. Halva befolkningen skulle behöva hjälp med levnadsvanor och dietisterna har en eftertraktad kompetens med ett helhetsperspektiv och fokus på både kost och motion.”

Även när det gäller sjuksköterskornas arbetssituation noteras att den ofta är överansträngd. Sköterskorna ska förutom ett stort antal patientkontakter ofta även ansvara för tillgänglighet på telefon, samt för uppföljning och omfattande administration.

Många har kommit igång, men flera skulle ha velat komma längre

De olika landstingen/regionerna är i stor utsträckning i en uppbyggnadsfas där man kommit igång, men där man huvudsakligen ännu inte fått alla delar på plats. Många vittnar om att man har åstadkommit en hel del, men flera önskar samtidigt att man redan kommit längre på väg.

”82 % av vårdcentralerna har i en enkätundersökning uppgett att de inte jobbar i den utsträckning som de skulle vilja med matvanor och vi vet också att alla de som hittills har gått utbildning inte alltid har haft utrymme att jobba vidare med detta.”

Vid jämförelse av de fyra levnadsvanorna finns en allmän uppfattning att man har kommit längre när det gäller arbetet med de övriga tre levnadsvanor i den dagliga verksamheten. När det gäller arbetet kring tobak och fysisk aktivitet och även kring alkohol uppges det vara relativt etablerat. Samtidigt kan också alkohol fortfarande vara ett svårt och känsligt ämne för vårdpersonalen att hantera.

För arbete med tobaksavvänjning och även fysisk aktivitet finns det i hög grad utarbetade arbetssätt och tydliga tillvägagångssätt för remittering och behandling, vilket underlättar för vårdpersonalen. Detta skiljer sig från arbetet med matvanor där det inte finns några tydliga rutiner och som dessutom kräver en mer omfattande kunskapsbas för att kunna hantera.

”Viktigt att det finns en struktur för hur man tar patienten vidare när man väckt frågan. När det gäller matvanor finns det en osäkerhet kring detta. För tobak finns stödfunktion i form av tobaksavvänjare på alla vårdcentraler och även i tandvården och på ungdomsmottagningar. Väntetiden är inte så lång och det finns ett flödesschema för hur man transporterar patienten vidare, samt att man följer upp efter ett år. Likaså när det gäller fysisk aktivitet finns det stöd och tydliga strukturer för hur man går tillväga.”

”Arbetet kring matvanor är det som går trögast. Tobak är mer svartvitt och inte så mycket en bedömningsfråga, vilket innebär att personalen känner sig tryggare och det finns en bred acceptans i alla led, och dessutom strukturerad utbildning och nationellt stöd. Även för fysisk aktivitet finns en stor samverkan med exempelvis föreningslivet och rutiner för FAR som gör att man känner sig trygg i evidens och rekommendationer.”

Införandet enligt riktlinjerna kräver prioriteringar inom vården

Enligt riktlinjerna är det tydligt att det är kvalificerat rådgivande samtal som ska prioriteras. Med utgångspunkt från detta är det upp till verksamheten att avgöra HUR genomförandet i praktiken ska gå till, VEM som ska genomföra dessa samtal, med VILKA patienter och VILKEN kompetens som krävs.

”Enligt riktlinjerna ska man kunna erbjuda kvalificerat rådgivande samtal, men det finns inte specificerat vem som ska hålla i dessa eller vilken kompetens som krävs. När man tittar på hur de ser ut i de olika verksamheterna, vem som har kvalificerat rådgivande samtal osv kan man konstatera att det ser olika ut. Man kan också se att det skiljer sig när man följer remissflödet till dietist. Det är ofrånkomligt att det blir skillnader beroende på vilken kompetens och vilka resurser man har. Dessutom bygger det nog också på tradition och i vilken utsträckning man är van att samverka med dietist.”

Med hänsyn till att vården har ekonomiska och resursmässiga begränsningar framförs synpunkter på att det krävs en rimlighetsbedömning av vad man på verksamhetsnivå kan förväntas åstadkomma, samt vad som kan förväntas av olika professioner.

”Viljan att arbeta mer förebyggande inom primärvården finns nog, men det är oftast det förebyggande arbetet som får stryka på foten först eftersom det är tufft inom vården idag. Det är lätt att primärvården får ta allt och det gäller att arbeta strukturerat med det som är primärvårdens uppdrag.”

Utmaningarna kring de prioriteringar som behöver göras kan uppfattas som mer eller mindre stora. För en del landsting/regioner ses det som relativt självklara prioriteringar när det gäller vilken personal som kan och bör hantera samtalen, samt vilka patientgrupper man kan och bör rikta sig mot. Andra landsting/regioner har problem med hur detta ska fungera i praktiken och ser svårigheter med att fastställa vilka personalkategorier som kan genomföra kvalificerat rådgivande samtal med ett mycket stort antal patientkontakter.

Tydlig bild av hur arbetet ska bedrivas saknas

Klart är att det inte finns en entydig bild av hur arbetet ska bedrivas och att det i nuläget sker olika initiativ när det gäller att hitta fungerande arbetssätt, utbildningar, strukturer och stöd. I dagsläget har man inte heller en samlad bild av vad som fungerar bättre eller sämre när det gäller olika sätt att arbeta och olika former av kompetenshöjande insatser. För att uttala sig om detta anser man sig inte ha hunnit samla på sig tillräckligt mycket erfarenhet. Det krävs dels mer tid, dels mer av uppföljande insatser för att se vilka effekter det arbete som bedrivs och de insatser som görs får.

”I årets revisioner kommer vi ha ett särskilt fokus på matvanedelen där vi i dialog med verksamheterna kommer titta på hur det ser ut kring åtgärder kopplat till nationella riktlinjer och fråga alla vårdcentraler hur man jobbar med patienter med ohälsosamma matvanor. Vi kommer också ställa frågor kring vem som har kvalificerat rådgivande samtal och vad de har för kompetens osv, så efter det kommer vi ha en lite tydligare bild.”

Exempel på arbete hittills:

- Översyn och framtagande av styrdokument, avtalstexter och underlag till vårdprogram
- Spridning av information och förankring av riktlinjer och vikten av samtal om matvanor
- Kartläggning av kompetens och kompetensbehov inklusive rekrytering av exempelvis ytterligare dietister, specialistsjuksköterskor, samt hälsokoordinatorer och kostcoach
- Uppförande av hälso-/kunskapscentrum med samlade resurser för de fyra levnadsvanorna under samma tak, samt (åter)införande av riktade hälsosamtal
- Framtagande av olika former av stöd- och utbildningsmaterial
- Upplägg och genomförande av utbildningar
 - Bredare utbildningar tillgängliga för all personal/breda personalkategorier
 - Mer fördjupade utbildningar till vissa personalgrupper/ansvarig personal
- Översyn av journalsystem/tillhörande IT-system och införandet av stöd och rutiner för kodning och uppföljning kopplat till indikatorer och i vissa fall ev ersättningsmodeller
- Analys och införande av olika initiativ och metoder för uppföljning av såväl åtgärder som effekter och resultat

Inför den kommande revideringen av de nationella riktlinjerna finns förhoppningar om att komma ännu en bit på väg genom att sätta förnyat ljus på frågorna och även kunna ta ett nytt omtag inom de områden där det är nödvändigt. De reviderade riktlinjerna förväntas också sätta ytterligare fokus på området politiskt, vilket bland annat kan komma att påverka framtida budgetförhandlingar till fördel för ett framtida förbättrat arbete.

**Sammanfattande kommentar kring implementeringen**

Även om det står klart att förutsättningarna för införandet av arbetet med matvanor delvis skiljer sig åt mellan olika landsting/regioner är det svårt att få en klar uppfattning om vad som har haft avgörande betydelse för hur väl man upplever att man hittills har lyckats. Faktorer som tycks ha haft betydelse är tydliga målsättningar, samt mått och rutiner för utvärdering, ofta satta på pränt i de styrdokument som tagits fram för arbetet, samt tillgången på utbildad personal i form av dietister och specialistsköterskor. Det ligger nära till hands att anta att de landsting/regioner som har haft detta på plats alternativt tidigt kommit igång och prioriterat detta också är de som upplever att de har kommit en bra bit på väg.

Översiktsbild över arbetet med samtal om matvanor i nuläget

Identifiering	Syfte med samtal	Samtalsnivå	Hur	Krav	Vem
Nya och återkommande besök inom primärvården: Samtal med läkare, sköterskor, andra professioner Ifyllnadsenkät inför ett vårdbesök Kostindex Indikatorer Nya diagnoser Kroniska sjukdomar Riktade hälsosamtal Sökt själv direkt för matvanor	Allmänna hälsofrämjande sjukdomsförebyggande samtal	Enkla råd, men även ibland rådgivande samtal	Information och allmängiltig rådgivning Standardiserade och förenklade råd Remiss/hänvisa vidare	Mod att diskutera Kunskap om basala råd kring kost, hälsosamma matvanor och verktyg, fördjupad information	All vårdpersonal
	Riskreducerande och motiverande samtal	Enkla råd Rådgivande samtal Eventuellt även kvalificerat rådgivande samtal	Individanpassad dialog och rådgivning baserat på risker, motivation intresse, kunskap och erfarenhet, situation	Intresserad och erfaren personal med relevant utbildning gällande tekniker, verktyg, metod och sakkunskap	Distrikts/specialistsköt. Leg specialister Hälsokoordinatorer Livsstilsuttagningar och hälsocenter
	Sjukdomsrelaterade och behandlande samtal	Kvalificerat rådgivande samtal	Löpande, strukturerad rådgivning utifrån kost och näringsrelaterade sjukdomar/tillstånd	Leg. specialistutbildad med specifik, ingående kunskap om kost och nutrition utifrån diagnos/situation	Främst dietister I viss mån även andra specialister (sköterska, arbets-/fysioterapeut)

Översikten är en sammanställning av det som framkommit när det gäller metoder för identifiering av patienter, olika former av samtal som förekommer, samt krav som ställs på personalen. En närmare beskrivning av de olika delarna följer i kommande avsnitt.

Identifiering av patienter sker med hjälp av samtal, frågeformulär och kostindex

När det gäller vilka patienter som kommer ifråga för rådgivande samtal om matvanor så är det en central och viktig del av arbetet som väcker en hel del frågor kring prioriteringar och rimlig ambitionsnivå. Flertalet är inne på att även om man skulle önska att det gick att fånga upp alla så måste man i första hand fokusera på de patienter där det finns påtagliga risker, alternativt att det redan har manifesterat sig i ohälsa/sjukdom eller symtom i någon form.

"I första hand måste det vara så att vi jobbar med tillstånd som hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, övervikt och depression osv där det finns en ökad risk för att patienten försämras."

"Tveksamt om det finns utrymme att prata ohälsosamma matvanor med patienter som inte även uppvisar andra riskfaktorer."

I hög grad identifieras patienterna genom nya och återkommande besök på vårdenheterna i samband med bokade tider hos läkare, sjuksköterskor eller annan vårdpersonal.

För att identifiera ohälsosamma levnadsvanor använder sig flertalet verksamheter vanligen av ett frågeformulär om levnadsvanor där patienten inför besöket själv fyller i och svarar på frågor om bland annat matvanor. Formuläret kan antingen fyllas i digitalt eller skickas hem till patienten i förväg, alternativt lämnas ut i direkt anslutning till besöket. Svaren används sedan som utgångspunkt i samtalet med patienten, samt som underlag för bedömning av vidare åtgärd och för dokumentation av patientens levnadsvanor. Baserat på de frågor som ställs görs i huvudsak en bedömning av patientens matvanor utifrån ett kostindex där 0–4 poäng indikerar ohälsosamma matvanor som föranleder åtgärd. Andra mått som vägs in i bedömningen kan vara BMI och vikt, samt riskvärden när det gäller exempelvis blodsocker, blodfetter, blodtryck osv. Även faktorer som exempelvis alkoholkonsumtion och psykisk ohälsa kan finnas skäl att ta hänsyn till.

Enligt nedanstående exempel på utdrag ur levnadsvaneformulär som förekommer är det i huvudsak samma fem frågor som ställs rörande matvanor.

<p>Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotsaker (färska, frysta eller tillagade)?</p> <p>Två gånger per dag eller oftare 3 p En gång per dag 2 p Några gånger i veckan 1 p En gång i veckan eller mer sällan 0 p</p> <p>Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juicer etc.)?</p> <p>Två gånger per dag eller oftare 3 p En gång per dag 2 p Några gånger i veckan 1 p En gång i veckan eller mer sällan 0 p</p> <p>Hur ofta äter du fisk eller skaldjur (som huvudrätt, i sallad eller som pålägg)?</p> <p>Tre gånger i veckan eller oftare 3 p Två gånger i veckan 2 p En gång i veckan 1 p Några gånger i månaden eller mer sällan 0 p</p>	<p>Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?</p> <p>Två gånger per dag eller oftare 0 p Dagligen 1 p Några gånger i veckan 2 p En gång i veckan eller mer sällan 3 p</p> <p>Hur ofta äter du frukost?</p> <p>Dagligen Nästan varje dag Några gånger i veckan En gång i veckan eller mer sällan</p> <p>Kostindex 9-12 p = följer i stort rekommendationerna (ca 10% av befolkningen) 0-4 p = betydande ohälsosamma matvanor (ca 20% ca av befolkningen) <i>Frukostrågan ingår inte i kostindexet – men ger ett mått på måltidsordning och planeringsförmåga, samt indikerar behov av extra uppmärksamhet ihop med låga poäng och samtidig övervikt/fetma. Kostindexet måste oftast kompletteras för att få en tydlig bild av patientens matvanor.</i></p>
--	--

Mat

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

3 Tre gånger i veckan eller oftare
 2 Två gånger i veckan
 1 En gång i veckan
 0 Några gånger i månaden eller mer sällan

Hur ofta äter du färska, frysta eller tillagade grönsaker eller rotfrukter?

3 Två gånger per dag eller oftare
 2 En gång per dag
 1 Några gånger i veckan
 0 En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du färska, frysta, pressade eller konserverade frukter eller bär?

3 Två gånger per dag eller oftare
 2 En gång per dag
 1 Några gånger i veckan
 0 En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta dricker du läsk eller juice eller äter godis, chips, tårta, kakor, kex eller annat kaffebröd?

0 Två gånger per dag eller oftare
 1 En gång per dag
 2 Några gånger i veckan
 3 En gång i veckan eller mer sällan

Använder du för det mesta?

	Ja	Nej
Lätmjölk/vatten och lättmargarin	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
Magra nyckelhålsmärkta pålägg	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
Flytande matfett eller olja i matlagning	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0

Hur ofta äter du frukost?

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

Fylls i av vårdpersonal:	
Total poäng	

KOST

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

Två gånger per dag eller oftare
 En gång per dag
 Några gånger i veckan
 En gång i veckan eller mer sällan

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

Två gånger per dag eller oftare
 En gång per dag
 Några gånger i veckan
 En gång i veckan eller mer sällan

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

Tre gånger i veckan eller oftare
 Två gånger i veckan
 En gång i veckan
 Några gånger i månaden eller mer sällan

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

Två gånger per dag eller oftare
 En gång per dag
 Några gånger i veckan
 En gång i veckan eller mer sällan

5. Hur ofta äter du frukost?

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

0-4 poäng = ohälsosamma matvanor 5-8 poäng = förbättringspotential för bättre matvanor 9-12 poäng = patienten följer i stort sett kostråden

Utöver frågorna om matvanor ställs även frågor om upplevd hälsa och motivation enligt nedan exempel.

SAMBAND

1. Ser du något samband mellan dina levnadsvanor (tobak, alkohol, fysisk aktivitet/motion, kost, sömn, stress) och hur du mår?

Nej, inte alls
 Ja, eventuellt
 Ja, mycket troligt
 Vet inte

MOTIVATION

1. Hur viktigt är det för dig att förändra någon levnadsvana? Ange på skalan nedan.

inte alls viktigt mycket viktigt

2. Vilken förmåga upplever du att du har att förändra dina levnadsvanor? Ange på skalan nedan.

ingen förmåga stor förmåga

Upplevd hälsa

Hur upplever du att du får ditt liv att gå ihop just nu?
 Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket bra

Vilken grad av stress upplever du just nu?
 Ingen alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maximal stress

Tycker du att du får tillräckligt med sömn?
 Ja Nej

Hur upplever du ditt allmänna hälsotillstånd just nu?
 Mycket bra Bra Någorlunda Dåligt Mycket dåligt

Vad vill du helst förändra när det gäller dina levnadsvanor?

Hur viktigt är det för dig att göra denna förändring?
 Inte alls viktigt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket viktigt

Hur säker är du på att lyckas med förändringen om du bestämt dig?
 Inte alls säker 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket säker

Hur beredd är du att göra förändringen nu?
 Inte alls beredd 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket beredd

Jag vill ha hjälp att förändra (välj ett av alternativen):
 Alkoholvanor Matvanor Motionsvanor
 Stress Sömn Tobaksvanor

Resultatet från frågorna i levnadsformuläret kan sedan tillsammans med kompletterande kostanamnes och övriga indikatorer ligga till grund för bedömning av behov av stöd, samt remittering eller hänvisning till kvalificerat rådgivande samtal om mat och matvanor.

I flera av de intervjuade landstingen/regionerna används även riktade hälsosamtal och hälsoundersökningar som vänder sig till olika ålderskategorier som ett sätt att identifiera patienter. Hälsosamtalen/hälsoundersökningarna kan på så sätt dels användas för att identifiera och slussa vidare patienter som har behov av mer rådgivning, dels för att nå ut brett med frågor och allmänna råd om mat och matvanor.

Utöver de olika sätt som vården använder för identifiering, finns det även möjlighet för patienter att själva söka hjälp genom primärvården för att få stöd och råd kring matvanor och andra levnadsvanor. Detta gäller såväl att söka sig till sin vårdcentral som direkt till de hälsocenter/livsstilsmottagningar som kan finnas.

Risk för ojämlik vård

Eftersom förändring av levnadsvanor i hög grad bygger på intresse och motivation hos patienten kan det enligt respondenterna innebära att det är patienter som har en viss medvetenhet och vilja att förändra sina vanor som i första hand kommer ifråga för samtal. Detta kan i sin tur leda till att ojämlikhet inom vården uppstår och att personer som är i stort behov av hjälp kan få svårare att få tillgång till samtalsstöd. Här ser man att det kan finnas flera olika grupper som är mindre motiverade att aktivt söka upp och/eller acceptera att ta del av samtal som handlar om att förändra sina matvanor.

Grupper som flera av de intervjuade nämner är exempelvis:

- Personer i lägre socioekonomiska grupper
- Personer med psykisk ohälsa (och som även kan använda mat i självmedicinerande syfte)
- Personer med funktionsnedsättningar
- Personer med språkliga och kulturella skillnader
- Män som generellt äter sämre och är sämre motiverade till förbättrad hälsa än kvinnor

De riktade hälsosamtalen och hälsoundersökningarna kan i sammanhanget ses som en motvikt till alltför ojämlik vård. Genom dessa större breda satsningar och mer allmänt hållna samtal finns det enligt respondenterna möjligheter att fånga upp patienter som i annat fall inte varit beredda att på eget initiativ komma till vården och att diskutera sin egen nutida och framtida hälsa.

Initiativ för en mer jämlik hälsa genomförs även genom samarbete mellan olika aktörer på det lokala/regionala planet, exempelvis genom uppsökande verksamhet i samarbete med sociala myndigheter och kommuner för att nå de grupper man annars inte kommer i kontakt med.

Som exempel kan nämnas att man i några landsting/regioner arbetat utåtriktat gentemot lokalsamhället, där exempelvis distriktssköterskor varit del av/lett promenadgrupper, mätt blodtryck på torg, erbjudit spirometri och diskuterat de fyra levnadsvanorna. På detta sätt har man aktivt försökt nå personer som är svåra att nå via undersökningar eller besök inom primärvården.

Ett annat exempel på initiativ är att något landsting/region arbetar för att upprätta ett samarbete med socialtjänsten. När exempelvis en boendeassistent hjälper en person att handla måste assistenten handla det som den boende önskar, oavsett vilken effekt detta har på personens hälsa. Om en läkare däremot har ordinerat eller i journalsystemet skrivit om behovet av en förbättrad kost (ex halvering av läsk, chips, choklad) skulle boendeassistenten kunna inhandla sundare livsmedel och därmed stötta i arbetet att förbättra matvanorna.

Det förebyggande arbetet innefattar allt från enkla råd till kvalificerat rådgivande samtal

Respondenterna refererar i huvudsak till två olika typer av samtal när det handlar om matvanor (se sammanfattande översikt sid 20). Dels kan det handla om mer allmänna hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samtal, närmast motsvarande det som enligt Socialstyrelsens riktlinjer betecknas som enkla råd eller gränsande till rådgivande samtal, dels om mer kvalificerat sjukdomsrelaterade och behandlande samtal.

När det gäller det som kan betecknas som kvalificerat rådgivande samtal finns det vanligtvis klara prioriteringar på patienter med allvarliga tillstånd som diabetes, KOL eller undernäring, samt kraftig övervikt och mag- och tarmrelaterade besvär. I vissa verksamheter är det främst inom dessa grupper som kvalificerat rådgivande samtalen förekommer medan det i andra verksamheter finns tydliga ambitioner att även kunna erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till patienter med mindre påtagliga eller allvarliga risker.

Mellan de enkla råden och kvalificerat rådgivande samtal finns en gråzon som inte entydigt kan beskrivas, men som i huvudsak karaktäriseras av att samtal om matvanor förs utifrån vad som bedöms lämpligt och relevant med hänsyn till patientens situation, motivation och medicinska tillstånd.

Sammantaget kan konstateras att spännvidden på de samtal som genomförs tycks kunna variera mellan och inom såväl landsting/regioner som mellan och inom olika vårdenheter. Alla de tre samtalsnivåerna, enkla råd, rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal sägs förekomma och skillnaderna mellan dessa är inte alltid helt tydliga.

Noterbart är också att det enligt de intervjuade kan finnas en viss subjektivitet i vad som karaktäriserar ett samtal på den ena eller andra nivån. För erfaren personal och professioner som är vana vid denna typ av samtal kan skillnaderna vara uppenbara medan övrig personal i realiteten har för lite erfarenhet för att klart se hur de skiljer sig åt. Denna otydlighet anses i förlängningen kunna innebära en påverkan på de ersättnings- och uppföljningssystem som i vissa fall finns kopplat till olika typer av samtal. Med hänsyn till subjektiviteten i tolkningen kan det potentiellt hända att missbedömningar eller felaktigheter görs vid registrering och dokumentation av åtgärder.

Även om man idealt skulle vilja ta upp och diskutera matvanor med alla patienter i behov av samtal och i stor utsträckning kunna ge stöd med hjälp av kvalificerat rådgivande samtal, måste gränsdragningar göras för när och hur det är rimligt att ta upp frågan och på vilken samtalsnivå. På längre sikt är ambitionen att genomföra kvalificerat rådgivande samtal i större utsträckning, inte minst för att det finns evidens kring effekter, samt att det kan vara befogat ur ett folkhälsoekonomiskt perspektiv.

Med hänsyn till vad kvalificerad rådgivning kräver i termer av tid, resurser och kompetens framförs synpunkter på att det på kortare sikt är mest realistiskt att fokusera på att få till stånd ett väl integrerat flöde med utgångspunkt från såväl enkla råd som rådgivande samtal och att därifrån kunna slussa vidare utifrån individuella behov.

”Det behövs satsning och kompetens även när det gäller de enkla råden. Idag satsar man mycket på dietister och kvalificerat rådgivande samtal, men man behöver även inrikta sig på det grundläggande – att kunna föra en dialog och identifiera vilka som ska skickas vidare till dietist eller andra specialister.”

”Det krävs grundläggande kunskap om kostråd och näringsrekommendationer och tydliga rutiner för att slussa vidare. Ambitionen är inte att ersätta dietister, utan snarare att effektivisera processer och samarbete mellan personalgrupper.”

Nedan illustreras exempel på utdrag ur terapirekommendationer avseende matvanor.

Utforska och ge generella råd

- Utforska vad patienten vet – vad känner han/hon till om kost kopplat till hälsan/ det medicinska tillståndet.
- Erbjud information – kort, anpassad efter patientens förkunskaper. Utgå från Livsmedelsverkets kostråd.
- Utforska hur patienten ser på informationen som han/hon fått.
- Utforska patientens motivation till förändring utifrån hur viktigt han/hon tycker det är samt hur beredd han/hon är att göra en förändring.
- Fråga om patienten vill ha stöd för att förändra sina matvanor.

Kan kombineras med skriftlig information som exempel Nätverket Hälsofrämjande sjukvårds (HFS) broschyr "Goda levnadsvanor gör skillnad" och/eller webbaserad information på www.1177.se.
Det är också viktigt att bekräfta patienten för goda val när det gäller maten och uppmuntra till fortsättning.

Rekommendation

Hälsosamma matvanor är när energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningssform och måltidsmönster svarar till individens behov. Den allmänna rekommendationen för att motverka kostrelaterade sjukdomar är livsmedelsverkets kostråd

Livsmedelsverkets kostråd!

- Ät mycket frukt och grönt, gärna 500 gram om dagen. Det motsvarar till exempel tre frukter och två rejäla nävar grönsaker.
- Välj i första hand fullkorn när du äter bröd, flingor, gryn, pasta och ris.
- Välj gärna nyckelhälsmärkta livsmedel.
- Ät fisk ofta, gärna tre gånger i veckan.
- Använd gärna flytande margarin eller olja i matlagningen.

Rekommendationer om kost

Nedanstående kostrekommendationer, utgår från officiella nordiska och svenska närings-rekommendationer (NNR-2012).

Se länk: www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/naringsrekommendationer

Fördelning av kolhydrat, fett och protein (energiprocentfördelning) förefaller vara av en mer underordnad betydelse än man tidigare gjort gällande och istället är det kostmönstren som spelar roll. I NNR 2012 har ett generellt kostmönster rikt på mikronäringsämnen samt en rad förändringar av livsmedelsvalet som kan bidra till att främja hälsa och välbefinnande i de nordiska befolkningarna identifierats (se tabell 1.1).

TABELL 1.1
Förändringar i matvanorna som kan främja energibalans och långsiktig hälsa i de nordiska befolkningarna.

OKA	BYT UT	BEGRÄNSA
Grönsaker Baljväxter	Spannmålsprodukter av vitt/ siktat mjöl	Charkprodukter Rött kött
Frukt och bär	Smör	Drycker och livsmedel med tillsatt socker
Fisk och skaldjur	Smörbaserade matfetter	Salt
Nötter och frön	Feta mejeriprodukter	Alkohol
	Spannmålsprodukter av fullkornsmjöl	
	Vegetabiliska oljor Oljebaserade matfetter	
	Magra mejeriprodukter	

Källa: Livsmedelsverket, NNR-2012

Hälsa- och sjukvården bör:

- Erbjud kvalificerat rådgivande samtal till personer med ohälsosamma matvanor (prioritet 3).

Det kvalificerade rådgivande samtalet om ohälsosamma matvanor innebär strukturerad kostrådgivning med flera uppföljningar. Rådgivningen ska vara individanpassad vilket kräver en bred kunskapsbas om kost och nutrition. Om nutritionsrelaterad sjukdom och/eller nutritionsrelaterat tillstånd finns hos patient ska kvalificerat rådgivande samtal ske hos dietist.

Dokumenteras i VAS under sökord Kostvanor. Åtgärd dokumenteras under Kostrådgivning.

Patientinformation

Mer information om aktuella kostråd finns att hämta på Livsmedelsverkets hemsida www.slv.se samt www.1177.se

Allmänna råd

Gäller samtliga >2 år.

- Undvik tobak - rökstopp.
- Ingen alkohol eller med måtta, d.v.s. max 1 resp. 2 glas vin/dag (♀ resp. ♂).
- Rör på dig minst 150 minuter per vecka, men gärna mer och varje dag! För barn och ungdomar gäller minst 60 minuter dagligen.
- Minska stillasittandet.
- Ät regelbundet: 3 huvudmål samt 1-3 mellanmål per dag.
- Ät mycket frukt och grönt: 500 g per dag.
- Nötter och frön innehåller bra fetter.
- Välj i första hand fullkorn när du äter bröd, flingor, gryn, pasta och ris.
- Välj gärna nyckelhälsmärkt.
- Ät fisk och skaldjur, gärna 3 gånger per vecka, varav fet fisk minst 1 gång per vecka. Välj gärna fiskpålugg.
- Välj flytande margarin eller olja när du lagar mat.
- Välj magra mejeriprodukter.
- För en god allmän hälsa är det viktigt med god munhälsa.
- Tandborstning 2 gånger per dag med fluortandkräm och regelbundna besök hos Tandvården. se kapitel 14, *Munhåla och Tandvård*.

Synen på genomförande och kompetens är inte entydig

När det gäller vad som krävs och vilken personal som kan utföra olika typer av samtal råder det delvis delade meningar.

Vissa menar att det i huvudsak enbart är dietister som har den kunskap och kompetens som är nödvändig för att genomföra kvalificerat rådgivande samtal. Enligt dessa är det inte rimligt att tänka sig att annan personal ska kunna tillskansa sig motsvarande kompetens genom en kortare påbyggnadsutbildning.

Andra menar att det även inom övriga professioner och specialistfunktioner kan finnas den erfarenhet och kompetens som är tillräcklig för att arbeta med kvalificerad rådgivning kring matvanor. Detta ska dock inte förväxlas med den typ av sjukdomsrelaterade samtal som kräver ingående kunskap om kost och nutrition och som i första hand ska hållas av dietist.

Inom flera landsting/regioner har man tillsatt särskilda hälsokoordinatorer (i något fall s k kostcoach) på vårdcentraler och/eller livsstilmottagningar och hälsocenter knutna till ett antal vårdcentraler (se närmare beskrivning sid 28). Dessa har ofta en fördjupad kunskap, samt erfarenhet och intresse av att arbeta hälsofrämjande och har till uppgift att, förutom att föra samtal, även samordna olika insatser och aktiviteter på såväl individ- som gruppnivå.

Inom samtliga landsting/regioner tänker man sig att i princip all vårdpersonal som kommer i kontakt med patienter genom besök och samtal i olika utsträckning ska kunna arbeta med allmänt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser kring matvanor. Personalen ska i ökad utsträckning kunna ta upp frågor kring matvanor och kunna arbeta motiverande med att förbättra matvanorna genom information och allmängiltig rådgivning, samt även kunna slussa vidare vid behov av ytterligare stöd.

”Det är viktigt att det inte blir för svårt eller högtravande för att det ska kännas rimligt för personalen att arbeta med detta. Vi ska inte utbilda några nya dietister eller rusta för att behandla sjukdom, utan man ska ha tillräcklig kunskap för att kunna ta upp frågan och föra ett samtal om hälsosamma matvanor.”

I detta sammanhang har man inom en del landsting/regioner arbetat fram korta sammanfattande råd (se beskrivning av exempel sid 29) som ska kunna användas som utgångspunkt för att patienten ska komma igång med en förändring. Detta underlättar inte bara för patienten att genom relativt enkla medel kunna åstadkomma en förändring, utan gör det även enklare för personalen att våga ta upp frågan utan att riskera att behöva ge sig in i mer komplicerade resonemang. Exempel på denna typ av råd kan vara att uppmuntra patienter att reducera sockermängden i maten, att äta mer grönsaker, att äta en mer hälsosam frukost eller att äta mer regelbundet.

Utgångspunkten för detta arbetssätt är att dietisternas huvudsakliga arbetsområde är att hantera komplexa situationer och sjukdomstillstånd. Ju fler inom vården som kan hantera samtal om matvanor med patienter som inte är i behov av specialistkompetens, desto mer går det att hushålla med de vanligen mycket få dietisttimmarna. Dietisterna kan istället användas inom de områden där deras kompetens är som viktigast.

”Brist på både sjuksköterskor och dietister gör att det blir nödvändigt att prioritera rätt kompetens för rätt patient. RAK-principen, Rätt Använd Kompetens, innebär att varje profession ska använda sin kompetens på bästa sätt och lägga tid på rätt saker i mötet med patienter. Olika patienter har behov av olika kompetens och för en person med övervikt kan det t ex vara lämpligare med en psykolog som ingång och att psykologen i det fallet har en viss baskunskap kring matvanor.”

Arbetsätten är inte alltid strukturerade och remissvägar kan vara otydliga

Överlag förefaller det kunna variera stort hur rutiner och hantering av ohälsosamma matvanor ser ut. För att få till stånd ett arbete kring matvanor krävs också att frågan om matvanor överhuvudtaget väcks vilket långt ifrån alltid är fallet. Det förutsätter också att det finns personal på vårdenheterna som har tillräcklig kunskap för att kunna föra samtal, i synnerhet kvalificerat rådgivande samtal. Överlag finns ingen tydlig bild av hur arbetet kring matvanor bedrivs eller om det finns något sätt som fungerar bättre eller sämre. Fokus ligger i hög grad på det sjukdomsrelaterade arbetet medan det är mera oklart i vilken utsträckning och på vilket sätt det allmänt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bedrivs. Det står heller inte klart hur ansvarsfördelning, samt flödet av patienter och remissvägar fungerar, vilket också är något som efterfrågas tydligare rutiner kring och som är beroende av vilka resurser och möjligheter som finns.

Exempel på mer formaliserade arbetsätt

Nedan följer några exempel på arbetsätt som beskrivits mer tydligt. Noterbart är att exemplen, med undantag för korta sammanfattande råd, beskriver arbetsätt som tillämpas när det gäller alla de fyra levnadsvanorna. Intervjupersonerna har dock lyft fram exemplen i relation till frågan om hur man arbetar med matvanor.

Hälsoundersökning/hälsosamtal

Flera landsting/regioner erbjuder invånarna i vissa åldersgrupper hälsosamtal och/eller hälsoundersökningar, en del sedan länge, andra har (åter)infört detta. Vid kombination av samtal och undersökning kan deltagaren först komma för en undersökning av ex blodtryck, socker, midjemått, vissa blodvärden och ifyllnad av enkät kring levnadsvanor. Vid ett andra besök genomförs ett hälsosamtal med distriktssköterska. Syftet är att stödja patienten i att hitta förbättrade levnadsvanor för ett ökat välmående. De som är i behov av medicinsk behandling remitteras vidare.

Fördelar kan vara att en djup kompetens kring levnadsvanor samlas inom ett område och genom att rikta sig till samtliga invånare i en åldersgrupp ökar man möjligheten att nå personer som annars inte gärna diskuterar levnadsvanor vid besök i primärvården. Undersökningarna kan identifiera personer med mindre eller större risk för ohälsa. En nackdel kan vara att övrig personal inom vården kan förutsätta att de i och med detta inte behöver diskutera levnadsvanor eftersom frågorna troligen redan diskuterats vid en/ett tidigare hälsoundersökning/hälsosamtal.

Hälsokoordinatorer

I flera landsting/regioner har man utbildat hälsokoordinatorer på vårdcentralerna och ofta är dessa sjuksköterskor. Hälsokoordinatorerna har ansvar för att samordna och utveckla det hälsofrämjande arbetet gällande levnadsvanor i sina respektive verksamheter. Det kan bland annat innebära att de håller i patientsamtal kring levnadsvanor, samt stödjer övrig personal på vårdcentralen i deras arbete när det gäller sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Som hälsokoordinator är det också vanligt att man ingår i ett nätverk inom landstinget/regionen där erfarenheter och kunskaper utbyts. När det gäller matvanor samverkar hälsokoordinatorerna även med dietister i den mån de finns att tillgå.

Kontakt med hälsokoordinator sker antingen genom att patienten själv tar kontakt eller blir hänvisad via annan vårdpersonal efter samtal, hälsoundersökning eller efter att ha fyllt i ett frågeformulär som gett indikation om ohälsosamma matvanor. Hälsokoordinatorerna kan i sin tur hänvisa vidare till specialist utifrån patientens individuella förutsättningar och behov.

Fördelar med hälsokoordinatorer är att det sätter fokus på frågorna och att det finns tillgång till fördjupad kompetens ute i verksamheten, samt att patienter lättare kan fångas upp och få adekvat hjälp.

Livsstilsmottagning

Inom något landsting/region arbetar man med livsstils-mottagningar på vårdcentralerna där varje vårdcentral får ansöka om certifiering. För att bli certifierad ska verksamheten uppfylla ett antal krav. Bland annat ingår att det ska finnas en hälsokoordinator som har en formell utbildning i motiverande samtal, samt utbildning när det gäller levnadsvanor, varav kost är en del. Hälsokoordinatorerna fungerar som samordnande på sin enhet och ska se till att det finns ett team med läkare, sjuksköterska och psykolog som arbetar med frågorna kring levnadsvanor gemensamt. I kraven ingår även att aktivt delta på nätverksmöten och att gå vissa utbildningar. Nätverket är kopplat till den centrala utvecklingsenheten och leds av distriktsköterska tillsammans med allmänspecialist. I uppdraget ingår även samverkan med olika aktörer inom landstinget, ex folktandvård, barnhälsovård osv, samt externt gentemot kommuner. Certifieringen omfattar såväl privata som offentliga vårdenheter och innebär även att en ersättning utgår till vårdcentralen.

Fördelar med certifierade livsstils-mottagningar är att det finns resurser och kompetens kopplat till det hälsofrämjande arbetet på varje enhet, samt att det finns en struktur för arbetet där det dels finns expertis nära till hands, dels är lätt att hänvisa patienter som har identifierats vara i behov av stöd. Nackdelen kan vara att kraven på det utökade uppdrag som det innebär för enheten blir alltför omfattande och att man därför väljer att avstå från certifiering. Brist på tillgång till dietist kan också vara ett problem då livsstilsteamet inte ersätter den specialistkompetens dietisten kan bidra med.

Hälsocenter

I något landsting/region samarbetar sjukvården med kommuner och privata aktörer för att erbjuda invånare samlad kompetens kring framförallt kost och rörelse, men även i viss utsträckning övriga levnadsvanor. Verksamhetschefen ansvarar för verksamheten och tillsammans med en expertgrupp (dietist, sjukgymnast, psykolog) planeras och utvecklas verksamhetsområdena. På hälsocentret finns olika träningsmöjligheter att välja bland liksom personal som stödjer och motiverar patienter/individer att förändra sina vanor. På hälsocentret arbetar många timanställda motionsledare, och dessutom finns MI-utbildade personer som ansvarar för vägledning/coachning inom levnadsvanorna. All personal utbildas av expertgruppen. Sjukvården kan remittera patienter som de ser är i behov av förbättrad kost och ökad rörelse. Patienter kan även anmäla sitt eget intresse. Deltagarna återkommer vid ett flertal tillfällen och kan löpande diskutera sin egen förbättring. Hälsocentret utför även hälsosamtal. På och utanför hälsocentret erbjuds föreläsningar och utställningar inom framförallt kost och motion. Dessa hålls i samarbete med dietister, fysioterapeuter, läkare, kuratorer och distriktssköterskor.

Hälsocenter erbjuder fördelar i form av tydliga remissvägar och att specialistkompetens finns samlad under samma tak. Nackdelen kan vara att det riskerar bli en verksamhet som ligger utanför den ordinarie verksamheten och på så sätt inte främjar ett integrerat arbetssätt med samverkan mellan olika personalgrupper inom och kopplat till verksamheten.

Korta sammanfattande råd

Några landsting/regioner har i samarbete mellan dietist och folkhälsoenhet arbetat fram några fokusområden som i princip all vårdpersonal ska kunna arbeta med oavsett bakgrund och yrkesutbildning. Dessa korta sammanfattande råd är ämnade att täcka in så breda områden som möjligt utan att kännas svåra för vårdpersonalen att ta upp och prata kring, samt att de ska vara så grundläggande att det inte är nödvändigt att dietist behandlar dem. Exempel på korta sammanfattande råd kan vara att man ber patienten fundera kring hur han/hon på ett bra sätt kan sträva efter att äta regelbundna måltider, äta mer grönt och frukt och/eller att inte konsumera onödigt socker. Till skillnad från en del andra områden (ex fett) känns dessa områden relativt okontroversiella och kan tas upp utan att personalen riskerar att hamna i argumentation. Tanken bakom denna typ av korta sammanfattande råd är att många patienter egentligen vet vad de borde förändra och att vad de främst behöver är stöd att komma igång med en förändring, samt att även relativt små förändringar kan göra skillnad för patientens hälsa. Råden kan kompletteras med skriftlig information och i vissa fall kan även uppföljning göras efter 6 – 12 månader. Patienter som behöver mer stöd kan remitteras vidare. Åtgärder och resultat kan även vara kopplat till ekonomisk ersättning.

Fördelar med detta arbetssätt är att man har möjlighet att nå ut brett till patienter genom att fokusera på råd som berör många och som kan ge stora hälsovinster. Det blir också lättare för personalen att våga komma igång och prata matvanor, samt att dietister och annan personal med djupare kunskap kring mat och matvanor kan behövas i andra sammanhang.

Utmaningar kring implementeringen kretsar kring tid, resurser och ledningsstöd

En stor utmaning i arbetet med matvanor är bristen på tid att genomföra samtal och att följa upp så som det är tänkt. En del frågar sig om det ens är möjligt för vården att ha denna typ av kvalificerat rådgivande samtal och i vilken utsträckning det är värt att utbilda personalen om man vet att det inte är realistiskt att genomföra.

Även för specialistsjuksköterskor som kan förväntas ha denna typ av samtal är det tveksamt om det finns utrymme att avsätta den tid som krävs för att behandla frågan om matvanor eftersom det även är mycket annat som ska rymmas i mötet med patienten.

”Det är tveksamt om de samtal som exempelvis diabetessköterskan har verkligen kan betraktas som ett kvalificerat rådgivande samtal om matvanor. På en halvtimme ska man också hinna prata om sånt som till exempel sprutteknik, fotvård, fysisk aktivitet osv.”

”Som sjuksköterska har du inte möjlighet att följa upp. Vem tar 6 tillfällen för att prata om mat och vad kan man förväntas åstadkomma på den korta tid man har? Jämför med de som till exempel går och får hjälp på iTrim, där går man under 2 år.”

Ett hinder uppfattas också vara att verksamhetsledningen inte alltid har full förståelse för vad som behövs för att uppfylla uppdraget kring det sjukdomsförebyggande arbetet med matvanor. Ledningen är ofta positiv till att arbeta med detta, men samtidigt är man inte beredd att avsätta de resurser och göra de prioriteringar som krävs för att det ska fungera.

”Det finns en utmaning i att få tid. Inom primärvården påläggs hela tiden nya uppgifter och man tänker från verksamhetsledningen att detta ska ske ”by the side”. De verkar tänka att detta är naturliga saker och då tar det inte tid. Det är en myt! Det är en utmaning med en utfasning av ett gammalt tankesätt. Det krävs insatser för att börja om, få in i rutiner och mallar, men först och främst att få fokus på frågan och förståelse för betydelsen av den.”

Avsaknaden av tydliga remissvägar och tydliga rutiner för hur man slussar patienten vidare till rätt åtgärd och rätt kompetens när ohälsosamma matvanor har identifierats är ytterligare något som ses som en försvårande omständighet. Det gör att det kan upplevas extra svårt att väcka frågan.

”Det stora problemet hos oss ligger redan vid själva identifieringen. Det går ju bra att identifiera så länge man vet att svaren som följer innebär att man på egen hand kan hjälpa patienten man har framför sig. Men vad händer om man måste remittera vidare? Här finns ingen att remittera till!”

Trots att det hos det stora flertalet som arbetar inom primärvården finns en medvetenhet och förståelse för vikten av att arbeta förebyggande med matvanor, finns det fortfarande de som inte ser värdet eller nyttan av arbetet. Respondenterna upplever att det exempelvis bland en del läkare finns en viss skepsis. I och med att dessa ofta är tongivande kan det ha ett negativt inflytande på arbetet, både bland personal och bland patienter.

”Inom läkarkåren kan man tycka att man inte är utbildad för att lägga sig i levnadsvanor. Detta gäller även nyutbildade läkare. En del läkare ordinerar helst med kniv och block, men jag tycker att det borde vara lika självklart att arbeta med levnadsvanor och motivation.”

Viktiga faktorer för framgång handlar om stöd, resurser och rutiner

De landsting/regioner som upplever att de har nått framgång identifierar någon eller några av följande framgångsfaktorer:

- Det finns ett stöd från lokala politiker och verksamhetsledning som skapar rimliga förutsättningar genom realistiska prioriteringar och målsättningar.
- Samtal om matvanor har funnits med vid beställning och avtalskrivning.
- Det finns en tradition av att arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete liksom att samverka med olika specialistfunktioner.
- Det finns ett helhetsperspektiv där det förebyggande arbetet betraktas som en naturligt integrerad del av vården och vårdkedjan.
- Det finns möjlighet till uppföljning via journalsystem och personal som är utbildad i att använda och dokumentera i systemet.
- Stöd i journalsystemet gör det möjligt att följa upp på ett effektivt sätt och att man kan ge politiker och myndigheter korrekt information, samt motivera personalen.
- Det finns goda ambassadörer i form av hälsostrateger och hälsokoordinatorer som sätter ljus på frågan, tar fram material, utbildar, hjälper personal vid frågor och sprider intresse bland politiker, verksamhetsledning och vårdanställda.
- Det finns tillgång till dietister som stöttar och sprider kunskap och kan svara på frågor, samt som kan arbeta med de patientfall som kräver specialistkompetens.
- Det har upprättats hälsocenter och livsstilsmottagningar där samlad kompetens kring levnadsvanor finns tillgänglig för såväl patienter som personal.
- Det har funnits en ambition att skapa tydliga rutiner för hantering och remissvägar.
- Insatser i form av utbildning och information kring vikten av att ta upp frågan vid alla typer av patientmöten, samt att visa på förenklingar och möjligheter att komma igång.

Sammantaget kan konstateras att man inom flera landsting/regioner anser sig ha nått en bit på väg, men ingen upplever att de är i mål och att de nu arbetar på ett optimalt sätt med sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, i synnerhet inte när det gäller matvanor.

Framförallt när det gäller att öka medvetenheten och att ställa frågor om matvanor i samtal med patienter ser man att det finns potential att på ett bättre sätt fånga upp fler och kunna åstadkomma förändring. Det anses också viktigt att i högre utsträckning även fokusera på enkla råd, dels som möjlighet att åstadkomma förändring, dels som ett första steg som kan leda till ett kvalificerat rådgivande samtal. Tröskeln för enkla råd kan antas vara lägre både i termer av följsamhet hos patienter och i termer av trygghet och kompetens för personalen.

”Vi är glada för att ha fått en centralt utarbetad rekommendation från landstinget som är framtaget utifrån det nationella förslaget, men sedan är det ju inte självklart att det räcker bara för att rekommendationer finns. Det finns fortfarande utrymme för vårdpersonal och verksamhetschefer att prioritera ner vissa arbetsområden. Därför är det viktigt att vi alla ständigt får komma ut och prata, att vi får berätta om att verksamheter kan spara pengar om vi följer detta. Att man sparar tid i förlängningen, om vi frågar och får till stånd förändringar. I förlängningen kanske livsstilsförändringar är bästa behandlingen. Vi kan inte nöja oss med att rekommendationer finns. Vi måste också arbeta med att lyfta fram frågan. Det är ett jobb vi ständigt måste ägna oss åt.”

”Vi gör mycket, men ändå behöver vi göra mer. Vi kom igång bra och hos oss har många satsningar gjorts, men jag kan inte säga att vi är framgångsrika i vårt arbete. När en patient kommer till vårdcentralen och det är relevant att prata om matvanor så ska patienten få det stöd den behöver, med respekt för patientens önskemål. Det ska vara en självklar del, inte något utöver det vanliga. Idag pratar vi framförallt med personer med fetma, men det finns många andra grupper som behöver stöttning för att hitta förbättrade levnadsvanor. Vi måste jobba bredare, med mycket mer än enbart med en diagnos.”

Sammanfattande kommentar kring arbetssätt



Den allmänna uppfattningen är att man inom primärvården behöver arbeta både på bredden och på djupet med ohälsosamma matvanor, vilket innebär att man bör arbeta parallellt med såväl enkla råd som kvalificerat rådgivande samtal. Framförallt bör man fokusera på att arbeta mer systematiskt och integrerat med enklare rådgivning, exempelvis i form av korta sammanfattande råd, samt att väcka frågan om ohälsosamma matvanor. På så sätt kan man nå ut till fler och även identifiera de som är i behov av mer kvalificerad rådgivning.

KOMPETENSUTVECKLING

I avsnittet berättas om vem som ansvarar för planering och genomförande av kompetensutveckling och vilka deltagare som anmäler sitt intresse, vilka krav som finns på vårdpersonal som genomför samtal om matvanor, samt vilken kompetensutveckling som erbjuds i olika landsting/regioner.

Kompetenskartläggning ligger till grund för kompetensarbetet

De projektledare och projektgrupper som tillsattes vid införandet av Socialstyrelsens riktlinjer har inledningsvis varit ansvariga för att se över och ge förslag till framtida arbete. I detta tidiga arbete har kartläggningar gjorts av det initiala kompetensbehovet och som ett resultat har sedan tjänster tillsatts och utbildningar startats. Inventering av kompetensbehov har i hög grad skett i dialog med verksamheterna och olika professioner, och utbildningar har utformats och anordnats baserat på efterfrågan. De ansvariga utvecklings-/hälsoplanerarna har därefter även haft löpande kontakt med vårdcentralerna kring deras behov av ytterligare utbildningsinsatser. Hittills har vissa smärre justeringar gjorts kring utbildningarna, även om man i flertalet landsting/regioner ännu inte kommit till stadiet där en större utvärdering av utbildningsinsatser kring matvanor har kunnat göras.

Alla genomför utbildning kring förebyggande arbete med matvanor i någon form

På landstings-/regionnivå är man överlag angelägen om att erbjuda den utbildning som anses nödvändig för vårdpersonals kompetensutveckling. Samtliga uppger också att de har genomfört utbildningar kring matvanor i någon form.

Ansvaret för utveckling och genomförande av utbildning kring matvanor ligger hos de olika folkhälsoenheterna eller motsvarande. Ansvariga utvecklings-/hälsoansvariga på dessa enheter planerar och genomför utbildningarna, ofta i samarbete eller samråd med dietister. Inspiration till utbildningarna hämtas från Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och dietisternas egna utbildnings- och yrkeserfarenhet.

Vem som deltar/inte deltar i utbildningar är det i huvudsak upp till varje verksamhetschef att besluta om eftersom det i slutändan är verksamhetschefen som ansvarar för att personalen har den rätta kompetensen.

När det gäller inbjudningar till utbildningar kan det röra sig om såväl generella inbjudningar som riktade inbjudningar till specifika grupper eller professioner. För de generella inbjudningarna kan konstateras att det inte finns en fullständig överblick över vilka som har deltagit och inte. Deltagandet i utbildningar antas vara avhängigt av verksamhetschefens och den enskilda personalens prioriteringar och utmaningar, vilket intresse som finns för området eller om det har funnits behov av annan "konkurrerande" utbildning som har gått före. Ytterligare faktorer som kan spela in är budgetrestriktioner och personalbrist. Överlag tänker man sig att de personer/vårdenheter som har störst intresse och behov av utbildning är de som anmäler sitt intresse.

"Vi på landstingsnivå kan se till att erbjuda de utbildningar som det finns behov av, men sen är det upp till varje enhet att frigöra tid för att personal ska kunna ta del av utbildningarna. Om rätt erfarenhet saknas, måste man anställa nya. Det är enhetschefernas ansvar."

”Till förra utbildningen gick inbjudan ut till alla sjuksköterskor som har patientkontakt. Jag vet inte vilka som till slut faktiskt anmälde sig, men gissar att det var de personer som i huvudsak genomför samtalen och därmed kände sig kallade.”

För att säkerställa deltagandet i utbildning och att den personal som har behov får tillgång till utbildning finns en del funderingar kring hur man kan arbeta med inbjudningar. Frågor som har diskuterats är om deltagandet ska vara obligatoriskt eller bygga på frivillighet, samt om man ska rikta sig direkt till specifika personalgrupper eller professioner, alternativt gå ut brett till de olika vårdenheterna.

Krav på kompetens innefattar kunskap, erfarenhet och personliga egenskaper

När det gäller de krav som ställs på personalen som ska arbeta med samtal om matvanor, och i synnerhet kvalificerat rådgivande samtal, handlar det i huvudsak om en kombination av medvetenhet och förståelse, kunskap om motiverande samtalsteknik, faktakunskap om mat och matvanor, samt praktisk erfarenhet. Minimikravet är som regel också att man har en grundläggande, helst legitimationsgrundande, vårdutbildning i botten. Utöver den utbildning som krävs anses även personliga kvaliteter och egenskaper ha viss betydelse.

”Detta är klurigt! Det är ett hantverk att föra ett samtal. Det får inte bli hotfullt och för det krävs fingertoppskänsla. Det finns en möjlighet i att kunna läsa in och känna av. Det ska inte vara stötande på något vis att fråga om matvanor. Om man har samtalskompetens kan man klara det. Det man gör är att jobba med personlig utveckling. Man behöver skapa en allians mellan sig som vårdgivare och patienten och kunna lyfta personen. Du behöver ta ett steg tillbaka och vara såväl ödmjuk som öppen och nyfiken.”

Vad gäller sakkunskap är det viktigt att personalen har kunskap om och arbetar med evidensbaserade råd, samt vet var man kan hitta mer information kring dessa. Vikten av att alla ger samma information betonas för att skapa trovärdighet och för att det ska gå att få till stånd en förändring. För den som har bristfällig sakkunskap och bristfällig kunskap om de evidensbaserade råden finns det annars risk att man gör sina egna tolkningar och utgår från vad som fungerat positivt respektive negativt i den egna kosthållningen, vilket kan leda till att patienterna inte får adekvat information.

Förutom att kunna hålla sig till det som forskningen visar, behöver man också ha en viss kunskap att kritiskt kunna granska och värdera såväl forskningsresultat som det som sägs i media och bland allmänheten. Detta kan också innefatta att känna till vanligt förekommande dieter som florerar, liksom vilka argument för och emot dessa som kan finnas.

”Om patienten kommer och strider för en speciell diet är det svårt för personalen att bemöta detta om de inte har den rätta kunskapen och de kan inte heller rekommendera vad som är rätt och fel för just den patienten.”

Behovet av utbildning kan delvis variera beroende på vilken nivå och i vilken omfattning man arbetar med samtal om matvanor. För personal som ska hålla i kvalificerat rådgivande samtal och för hälsokoordinatorer som även är ansvariga för att sprida kunskap till övrig personal krävs en mer omfattande utbildning och djupare sakkunskap. För personal som i huvudsak arbetar med enkla råd kan det handla om kortare utbildningsinsatser med fokus på de mest väsentliga delarna av det teoretiska och praktiska arbetet.

"Alla ska kunna ge enkla råd så därför erbjuder vi med viss regelbundenhet, ca 1 gång per år, utbildningar där alla får anmäla sig. Det finns också en grundläggande e-learning-kurs som överlag har fått bra respons."

Flertalet säger sig ha sett behov av att erbjuda både kortare basala utbildningar för de som ska arbeta med enkla råd och mer omfattande fördjupande utbildning för de som ska kunna arbeta med kvalificerat rådgivande samtal. Det ena utesluter således inte det andra och man ser även fortsatt ett behov av att kunna erbjuda båda delar.

"Inledningsvis hade vi en basal utbildning som en dietist tog fram och även höll i, inte för att kunna hålla kvalificerat rådgivande samtal i första hand, utan som grund för att veta hur man identifierar ohälsosamma matvanor, vilka råd som finns och hur man kan arbeta med olika pedagogiska material."

"Alla ska kunna ge enkla råd och det gäller att med viss regelbundenhet erbjuda utbildningar där alla får anmäla sig, ca 1 gång per år då vi har 2,5 timmar till förfogande. Fokus har varit på grundläggande näringslära, bra mat, mat i prevention (ej att förväxla med behandling) och vad som ingår i ett samtal baserat på riktlinjerna."

"Vi försöker utbilda sk kvalificerade matrådgivare som ska kunna ha kvalificerat rådgivande samtal. Med andra ord är det inte fråga om dietister som jobbar med specialkost, utan det är andra yrkeskategorier som sjuksköterskor, arbets- och fysioterapeuter som går en fördjupad utbildning och som är inriktad på att ge både teoretisk och praktisk kunskap om matvanor, näringslära och motivation till förändring."

Fördjupade utbildningar riktas främst till de som arbetar med kvalificerad rådgivning

När det gäller de mer fördjupade utbildningarna som erbjuds uppgår närmare tre fjärdedelar att två eller tre dagar är en vanlig utbildningslängd. Dessa utbildningar vänder sig i första hand till personal som är legitimerad och som ska arbeta med den mer kvalificerade formen av rådgivning, såsom hälsokoordinatorer, sjuksköterskor eller andra personalkategorier som i patientnära arbete möter patienter med ohälsosamma matvanor.

En del utbildningar är helt fokuserade på samtal om matvanor. Andra inkluderar även övriga levnadsvanor, vilket då ger ungefär en halv dags fokus på samtal om matvanor. Utbildningen kan även vara uppdelad i halvdagar och utbildningstillfällena kan vara utspridda över en längre period för att ge möjlighet till förberedelser och praktiskt arbete mellan olika tillfällen. Utöver det finns utbildningar som knyter samman samtalsmetoder med levnadsvanor.

Utbildningarnas upplägg är i möjligaste mån anpassat utifrån att så många som möjligt ska kunna delta eftersom man vet att det kan vara svårt för vårdpersonal att få tid och utrymme att delta i utbildning. Personal som inte är på plats i verksamheten behöver ersättas, något som kan vara svårt både av personella och ekonomiska skäl. I någon region hade man från början en längre utbildning, men kortade ner den för att bättre motsvara primärvårdens förutsättningar.

Utbildningarna genomförs i huvudsak i mindre klasser/grupper där teoretiska genomgångar varvas med praktiska övningar och erfarenhetsutbyte som bygger på eget aktivt deltagande. I anslutning till utbildningarna kan även erbjudas viss handledning efter slutförd utbildning.

Innehållet i utbildningarna består vanligtvis av några eller flera av följande delar:

- Kunskap om evidensbaserade kostråd, vetenskapligt underlag och kritisk granskning
- Kunskap om sjukdomsförebyggande metoder
- Patientfall (gärna verkliga) och prevention för olika sjukdomstillstånd/patientgrupper
- Kostråden i praktiken, översätta råden till "mat på tallriken"
- Verktyg för förändringsarbete, ex kost/matdagbok, handlingsplan och kostindex
- Kunskap om fördjupad information och referensmaterial (ex Socialstyrelsen, 1177 och Livsmedelsverket)
- Journalföring och dokumentation

Nedan är ett exempel på utbildning som illustrerar hur innehåll och omfattning kan se ut.

Vi inbjuder till en utbildning om att arbeta med rådgivande samtal om hälsosamma matvanor. Utbildningen är baserad på och en vidareutveckling av Socialstyrelsens webbutbildning.

Målgrupp: Legitimerad personal inom regionen som tidigare har gått utbildning inom Motiverande samtal (MI) eller liknande. I ditt arbete möter du patienter som vill ha stöd i att få mer hälsosamma matvanor.

Syfte/mål med utbildningen: Att efter genomgången utbildning kunna stödja patienter till mer hälsosamma matvanor som bygger på evidens och vetenskap.

Ur innehållet: Evidensbaserade kostråd, verktyg för förändringsarbetet t.ex. kostdagbok, handlingsplan och kostindex. Teoretiska genomgångar, erfarenhetsutbyte, gruppövningar och patientfall kommer att varvas där eget aktivt deltagande är ett viktigt inslag. Det kommer också ingå journaldokumentation av levnadsvanor och verktyg för att jobba med fysisk aktivitet som komplement.

Omfattning: Tre utbildningsdagar, tid behövs även för förberedelser samt att påbörja två patientsamtal om hälsosamma matvanor. Två handledningstillfällen kommer att erbjudas efter slutförd utbildning. Du kommer även att få ingå i ett nätverk för fortsatt kompetenshöjning och erfarenhetsutbyte inom området.

Utöver detta förekommer inom ett fåtal landsting/regioner att personal som har ett större ansvar för samtal om matvanor och andra levnadsvanor går en universitetsutbildning inom ramen för Karolinska Institutet.

Kortare utbildningsinsatser är ofta webbaserade

När det gäller kortare utbildningsinsatser är dessa ofta webbaserade och vänder sig till en bred målgrupp. Tanken är att all personal ska ha möjlighet att förkovra sig utifrån intresse och behov. Ett exempel som förekommer i några regioner är utbildning i lärplattformen PING PONG som bygger på moduler, dels övergripande kring sjukdomsförebyggande arbete, dels kring respektive levnadsvana och där varje utbildningsavsnitt är mellan 10–20 min långt.

Webbutbildningar har såväl fördelar som nackdelar

När det gäller webbutbildning så uppger flertalet att det tillämpas i någon form, antingen som enda utbildning eller som del i utbildning där man även träffas fysiskt.

I flera fall är de utbildningar som anordnas baserade på Socialstyrelsens webbutbildning.

Webbutbildning är fördelaktigt eftersom det erbjuder ett enkelt och flexibelt sätt att delta i utbildningen. Utbildning på webben kan med fördel även kombineras med utbildning i fysisk form och där man kan använda webbformatet för att levandegöra och illustrera saker med hjälp av filmer och annat interaktivt material.

Nackdelen med webbutbildningar är att det inte blir lika självklart eller legitimt att avsätta tid för att på ett fokuserat sätt ta del av utbildningen. Det är inte heller lika lätt att följa upp och säkerställa att man verkligen har deltagit i utbildning eftersom det blir individens ansvar att se till att man dyker upp och fullföljer.

I något fall gavs exempel på att man anordnade en utbildning inför vilken deltagarna skulle förbereda sig via webbutbildning. När det visat sig att många deltagare inte genomfört den förberedande övningen på grund av tidsbrist eller andra skäl, ändrade man upplägget så att webbutbildningen gjordes gemensamt under utbildningen istället.

Fremst föredrar man webbutbildningar som en del av annan utbildningsform. Fördelarna med fysiska träffar är stora, dels eftersom de legitimerar utbildningen och visar hur viktig utbildningsinsatsen är, dels eftersom en fysisk träff möjliggör interaktion i form av dialog, återkoppling och träningstillfällen.

”Utbildning handlar inte bara om att föreläsa och informera, utan även om att reflektera och ta till sig hur man ska använda kunskapen i sitt arbete. Det kräver praktisk träning och dialog och ställer också krav på aktivt deltagande och engagemang.”

Nätverk är ett sätt att upprätthålla och fördjupa kompetensen

För fortsatt kompetenshöjning har det på flera håll upprättats nätverk där de som har deltagit i utbildning har getts tillfälle att hålla kontakt och träffas efter avslutad utbildning. På liknande sätt kan hälsokoordinatorer, personal på hälsocenter och livsstilsmottagningar, diabetessjuksköterskor och andra specialister ingå i nätverk.

Genom nätverket kan man utbyta erfarenheter och information och hålla sig uppdaterad om vad som händer inom området. Nätverket kan ha kontakt via mail och även träffas cirka två gånger per år. Den som håller i nätverket är ofta dietist eller samordnare på folkhälsoenhet.

Inspirations-, motivations- och temadagar anordnas med viss regelbundenhet

Utöver mer specifika utbildningsinsatser anordnas även i viss utsträckning olika seminarier och föreläsningar för en större publik som syftar till att ge vårdpersonal inspiration och motivation till fortsatt arbete med samtal om levnadsvanor/matvanor. Dessa föreläsningar kan exempelvis handla om teman som uppmärksammas i media eller som på annat sätt är aktuella och angelägna att ta upp. Flera landsting/regioner har just under den senaste tiden anordnat eller planerar anordna temadagar kring cancer och mat.

Vid denna typ av seminarium och föreläsningar kan externa parter bjudas in från exempelvis Livsmedelsverket eller någon forskningsgrupp.

Alla landsting/regioner erbjuder även utbildning i motiverande samtal

Som komplement till de grundläggande utbildningar som anordnas avseende levnadsvanor och matvanor erbjuder man även utbildning i motiverande samtal (MI) till den vårdpersonal det berör. Denna utbildning och metodik ses som en mycket viktig förutsättning för arbetet med samtal om levnadsvanor där det handlar om att stärka patienten i sin motivation att själv ta tag i sin situation och åstadkomma en förändring.

Uppföljning av utbildningsinsatser sker i viss utsträckning

Det är inte självklart att man följer upp utbildningsinsatser systematiskt, även om flertalet landsting/regioner har genomfört någon typ av uppföljning. Formerna för uppföljning kan skilja sig åt. En del följer upp utbildningsinsatser i årliga medarbetarenkäter. Andra låter deltagare besvara en enkät i samband med att en utbildning avslutats. I vissa fall diskuteras nyttan och nöjdheten med en utbildning i samband med en uppföljande utbildning efter viss tid. På en del håll följs insatserna upp via kontakter med ansvariga för samtalen ute på vårdenheter.

Några pekar också på svårigheten att mäta effekter och nytta av utbildningsinsatser. Eftersom det inte finns en entydig bild eller tydliga nationella krav gällande vilken kunskap man måste ha för att kunna genomföra samtal om matvanor är det svårt att veta, dels vilken utbildning som bör tillhandahållas, dels vad utbildningsdeltagarna behöver tillgodogöra sig och sedan kunna omsätta efter avslutad utbildning.

I någon mån anses det också vara för tidigt att utvärdera utbildningsinsatsernas påverkan på det faktiska arbetet. Även om man gjort en ganska stor satsning på arbetet med matvanor, har man ännu inte genomfört så många utbildningar att det kan förväntas ge resultat. Det kan därför vara svårt för intervjupersonerna att i dagsläget uttala sig om fördelar respektive nackdelar med olika utbildningsinsatser.

Önskemål avseende framtida utbildningar framförs

I de flesta landsting/regioner har man huvudsakligen hittills genomfört grundläggande utbildningar vid åtminstone något eller ett flertal tillfällen. Flera konstaterar också att det snart är dags för uppföljande utbildning, men en majoritet har hittills inte kommit igång med att planera för detta.

Det betonas dock att det är viktigt med uppföljande utbildningar eftersom det behövs repetition, övning och kontinuerlig handledning för att bli ännu bättre i det dagliga arbetet.

I vissa landsting/regioner innebär budgetbegränsningar att ett ökat antal utbildningar inte kan genomföras. I många landsting/regioner hade man önskat fler uppföljande utbildningar för att kunna erbjuda fler övningstillfällen kring bland annat samtalsmetodik i samband med de fyra levnadsvanorna.

Då många saknar tillräckligt antal dietister skulle man också i högre utsträckning vilja kunna erbjuda även annan vårdpersonal djupare kunskap om mat och matvanor. På så sätt skulle man kunna använda de dietister som finns till att ta hand om kostbehandling och att utbilda annan vårdpersonal.

Risk för ojämlikheter med alltför diversifierade utbildningar

När det gäller de utbildningar som anordnas framkommer det synpunkter på att det kan finnas risk för ojämlikheter när utbildning planeras och genomförs regionalt. I och med att utbildningskvaliteten kan variera kan det innebära att personalen i olika landsting/regioner får olika förutsättningar och även att patienter kan bemötas på olika sätt beroende på var i landet de bor. Dessutom försvårar detta jämförelse mellan olika landsting/regioner.

”Det blir lite märkligt när det inte finns en nationell samsyn kring utbildning och när vi bygger olika paket i olika delar av landet. Det blir svårt att jämföra vad som fungerar och inte.”

För att undvika att man inom flera landsting/regioner utvecklar samma typer av utbildningar parallellt, finns önskemål om att ett utbildningspaket eller sammanhållna kurser skulle tas fram på nationell nivå.

Ett nationellt rekommenderat utbildningsprogram skulle enligt respondenterna potentiellt ha större möjligheter att vinna gehör hos beslutsfattare. Genom ett väl genomtänkt innehåll och pedagogiskt upplägg skulle en sådan utbildning även på ett optimalt sätt kunna motsvara de kompetenskrav som ställs på personal som arbetar med samtal om matvanor på olika nivåer.

Sammanfattande kommentar kring kompetensutveckling



Det kan konstateras att de utbildningsinsatser som hittills har genomförts varierar, dels i termer av omfattning och längd, dels i termer av vilken personal som går eller har gått utbildning. Överlag framkommer också tydligt att det inte räcker med engångsinsatser, utan att det krävs såväl uppföljande utbildning som kontinuerlig handledning och praktisk träning för att arbeta med rådgivning kring matvanor. Det är också tydligt att det behövs utbildning på både bredden och djupet anpassat till olika målgrupper och samtalsnivåer.

UPPFÖLJNING AV ARBETET MED MATVANOR

I detta avsnitt behandlas tankar kring uppföljning av arbetet med matvanor, samt vilka olika sätt att följa upp arbetet som tillämpas och vilka eventuella brister olika mätsystem medför.

Många planerar ett utvärderingsarbete just nu

Flera regioner/landsting närmar sig eller är nu i en fas då de vill lära sig mer om sin implementering och börjar bli redo att utvärdera sitt arbetsätt som det hittills sett ut.

Någon genomför intervjuundersökning, någon annan webbenkät och ytterligare någon har interna kvalitetsrevisioner (eventuellt utförda av personer på nytillsatta tjänster). Efter en utvärdering är förhoppningen att man vet mer om hur man arbetar med kompetens och vilka krav på framtida kompetens som finns, vem som håller i kvalificerat rådgivande samtal, hur remissvägar ser ut, samt vad som har fungerat bra respektive mindre bra och liknande.

Till viss del har redan vissa uppföljningar och justeringar ägt rum, någon har exempelvis förändrat uppföljningssystem (från att följa upp samtal till att följa upp åtgärd) och några har gjort (mindre) förändringar i sina utbildningar.

Det är viktigt att mäta och visa resultat

Intervjupersonerna betonar att det är av stort värde att kunna mäta resultat inom offentlig verksamhet eftersom man genom det man mäter kan visa vad som har gjorts och inte gjorts, samt vilka framsteg som nåtts och utifrån detta kunna fatta beslut om hur man går vidare.

Mätresultat är viktiga för att få budgetmedel och används för att få politiker och ledande beslutsfattare att fokusera på viktiga områden.

En annan mycket viktig fördel är att man genom att mäta och kunna visa resultat också kan motivera och inspirera personal. Man betonar i stor utsträckning att det är viktigt att personalen behöver känna att det arbete de lägger ner på förändrade vanor och arbetsätt gör skillnad.

Resultatmätning är kopplat till vissa svårigheter

Ett grundläggande problem vid uppföljning av samtal kring matvanor är att det är svårt att säga vad som gör nytta eftersom det kan ta tiotals år innan man kan se en förändring i termer av hälsa och andelen folksjukdomar. Det är dessutom svårt att påvisa att ett visst samtal, en viss behandling eller viss kompetenshöjande insats är vad som lett till effekten i fråga. Ur detta perspektiv kan man fråga sig vad som ska mätas och vilka målsättningar som ska sättas upp för verksamheten.

”Det är svårt att säga vad som är framgång. Jag vet att vi har gjort mycket, även om vi inte alls är i mål. Men framgång kanske är att man i alla möjliga och tänkbara sammanhang lyfter fram betydelsen av bra matvanor. Resultatet får visa sig på sikt.”

”Det enda vi vet nu är att vi har samtal om matvanor som i andra studier visat sig ge resultat. Först efter 10–15 år kan man överhuvudtaget börja mäta effekter. Samtidigt finns det många andra saker i samhället som också kan ge effekt och som kanske påverkar mer.”

”Man kan fråga sig vad det innebär att mäta effekten av våra kostsamtal i utfallsmått. Vårt levnadsvanearbete tror vi är en del av att förbättra resultat på exempelvis hjärtsvikt och diabetes, men det krävs minst en tjugoårig period för att visa något resultat överhuvudtaget.”

”Vi har inga mål i landstinget vad gäller matvanor. Skulle man då få pengar för att man frågar? Eller varför? Vi har inget uttalat mål från politiskt håll. Kanske har någon hälsocentral målsättningar om att öka det ena eller det andra, men det känner jag inte till.”

Vanliga sätt att mäta måluppfyllnad

Det arbetas idag med olika typer av måluppfyllnad.

- Uppföljning av andelen samtal kring matvanor uppdelat på olika yrkeskategorier eller specifika mål kring genomförda samtal på olika nivåer baserade på Socialstyrelsens riktlinjer.

”Vi har samma mål för hypertoni och diabetes. Av alla med diagnosen i åldersgruppen 18–74 som besökt primärvården ska minst 75 % ha tillfrågats. Vi har också exakta mål för fetma och andra patientgrupper.”

- Ekonomisk ersättning kopplad till uppnådda mått gällande andel samtal på viss nivå utförda av viss personalkategori.
- Uppföljning av andelen åtgärder som genomförs.
- Mål och ekonomisk ersättning baseras på åtgärd/resultat, d v s att man följt ett rekommenderat tillvägagångssätt och de steg som krävs i samband med detta. T ex kan det gälla att först ha ett antal samtal, att få acceptans på åtgärd, att följa upp åtgärden och notera ett resultat.

Mätsystemen har nackdelar

Även om mätsystemen kan vara positiva genom att de låter personalen förstå att samtal om matvanor är viktiga och att det uppskattas att de genomförs, kommenteras att svårigheter kan uppstå för samtliga mätsystem. Flera kommenterar att uppföljningen inte ger något kvitto på vad arbetet ger eftersom det finns problem med de mätetal som ställs upp.

- Det finns en subjektivitet i hur man bedömer vad som är ett kvalificerat rådgivande samtal. Dessutom är det svårt för andra än de som utför samtalen att kontrollera på vilken nivå olika samtal genomförs. Genom denna typ av uppföljning ses varken vilka uppföljande aktiviteter och åtgärder som genomförs eller vilka resultat som nås i och med en åtgärd. Man skulle hellre än att mäta att frågan diskuteras vilja mäta ett faktiskt resultat.

”Vi kan se att antalet samtal ökar från år till år, men tillförlitligheten är inte hög. Vi har definierat vad de tre nivåerna av samtal innebär, men vi har inga bevis på att det följs till punkt och pricka. Man kan tänka sig att det sker på olika sätt och lämnar mycket att önska.”

- Medan en del önskar att bonussystem skulle införas som kan driva på fokus på samtal om matvanor, finns inom sjukvården också kritik mot bonussystem. Inom sjukvården uppträder undanträngningseffekter genom att fokusera på att nå bonusmål.

Risken finns att andra viktiga händelser glöms bort under bonusperioden. De trängs undan, fast de egentligen hade varit viktigare att ta itu med än det man fokuserat på och som lett till en bonus. Helhetsperspektiv och viktiga prioriteringar skjuts undan. Efter bonusperioden försvinner fokus på de uppgifter som lett till att man får bonus, vilket tyder på att själva belöningen varit i fokus under bonusperioden, inte åtgärden som lett till bonus.

”Det finns en studie som berättar om att de som skrev ut FAR fick en summa per recept. Det var mycket fokus och alla följde siffrorna som steg, men sedan tog man bort bonusen och siffrorna sjönk som en sten och hamnar under nivåerna som fanns innan bonusens införande. Genom bonusen byts motivationsfokus för vårdpersonalen. Från att ha ansvar för en helhet, vilket ger bäst hälsoeffekt på kort och lång sikt, så ändrar man tänk till gör detta, få pengar. Det blir fel sak som styr beteendet.”

- Utan bakgrundskunskap finns det risk att den data som kommer ut blir missvisande.

”Om vi tittar på hur många personer som fått en åtgärd, så ligger matvanor jättehögt. Över 40 % av samtalen har lett till en åtgärd. Om vi samtidigt tittar på hur många som tillfrågats och identifierats så ser resultatet sämre ut. Det syns inte tydligt att det totalt kanske handlar om 20–30 personer, men om man, som idag, bara tittar på dem som tillfrågats, så är andelen av samtalen som lett till en åtgärd väldigt hög.”

Svårigheter med efterlevnad

Det finns landsting/regioner som har stora problem med efterlevnaden. Dessa identifierar något eller flera av nedanstående som orsak till svårigheterna.

- Politiker på nationell och regional nivå, samt även verksamhetsledningar behöver ställa krav och även ha förståelse för att frågan behöver prioriteras och tar tid, samt avsätta resurser till rätt kompetens.

”Hos oss prioriteras just nu telefontillgänglighet av vår egen förvaltning. Det är också ett nationellt mått. Vi har en exakt siffra på hur många som ska ha fått svar inom en viss tid. Om man inte lever upp till målet hängs man ut och statistiken hamnar på hemsidan. Detta är heta grejer och alla – förvaltningen, politiker och journalister – följer detta. Men hur många har koll på att antal levnadsvanesamtal blir av? De är inte intresserade! Istället är det vi som kämpar för att upprätthålla budgeten.”

- Styrande dokument saknas och man efterfrågar tvingande avtalstext. Det anses finnas goda möjligheter att jobba ännu mer systematiskt vid beställning av vård. Om man nationellt gör en mer systematisk satsning kring vilka krav som kan och bör ställas, underlättar man för de enskilda landstingen/regionerna att arbeta mer effektivt.

”Vi har inget styrande dokument. Vi borde ha fått in text i uppdraget, som val för hälsovalet. Om texten ligger där inne som klausul, innebär det att det är saker man ska göra, det står i uppdragsbeskrivningen. Men frågan är inte prioriterad, kanske eftersom man inte ser nyttan.”

- Det saknas rätt stöd för mätning, eftersom ett välfungerande journalsystem saknas och/eller att utbildning i hur journalsystemet fungerar är bristfällig.

Sammanfattande kommentar kring uppföljning

Uppföljning fyller en viktig funktion för fortsatta prioriteringar, samt styrning och ledning av arbetet kring hälsosamma matvanor. Uppföljning och återkoppling är även viktigt för personalens förståelse och motivation att arbeta med samtal om matvanor i ökad utsträckning.

I dagsläget är man dock inte helt tillfreds med de mätsystem och uppföljningsmetoder som finns. Det konstateras vara ett svårt område att följa upp, i synnerhet när det gäller effekter, vilket gör att man i nuläget i huvudsak följer upp på åtgärdsnivå snarare än resultat. För att kvalitetssäkra arbetet med matvanor behövs fortsatta insatser för att ta fram ändamålsenliga metoder och mått för uppföljning.

UTVECKLING OCH STÖD

I avsnittet behandlas synen på aktuellt stöd, önskemål om ytterligare stöd, tankar kring nationell samordning, samt förväntningar på Livsmedelsverket.

Tillgången till bra utbildnings- och samtalsstöd är god

På det stora hela är man nöjd med det utbud av olika typer av stödverktyg och material som finns och man kan nämna flera bra exempel som man använder. Det kan till och med vara så att vissa tycker det finns så mycket material att tillgå att det kan vara svårt att få en överblick över vad som är mest användbart.

Exempel som nämns och som man frekvent använder är sådant som bland tillhandahålls av Livsmedelsverket.

- Material från Livsmedelsverket, ex broschyrer/vykort, Tallriksmodellen, "Hitta ditt sätt", "Öka/Byta ut/Minska"
- Livsmedelsverkets hemsida beskrivs som trevlig, uppmuntrande och informativ

"Jag gillar att Livsmedelsverket har en positiv och fin hemsida och inte någon grå och trist myndighetssida. Det är också bra att man på Livsmedelsverket jobbar uppmuntrande med stöd till egen förändring. Det är ju precis så som vi jobbar och ska jobba inom vården via våra samtalsmetoder."

- Socialstyrelsens webbutbildning "Samtal och råd om bra matvanor"
- Material från Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, inklusive filmer för respektive levnadsvana
- Information via 1177

De olika landstingen/regionerna använder sig även av egenproducerat material i form av broschyrer och liknande, samt egna webbutbildningar och i vissa fall filmer. I huvudsak är det som tagits fram baserat på och en vidareutveckling av befintligt material. I hög grad är det Socialstyrelsens webbutbildning, samt Livsmedelsverkets material som man refererar till som utgångspunkt.

Vissa önskemål finns kring ytterligare utbildnings- och samtalsstöd

När det gäller önskemål om ytterligare stöd kan det handla om ytterligare enkla interaktiva och visuella stöd att både kunna dela ut och använda i kontakten med patienter. Material på flera språk är också något som efterfrågas när det gäller patientkontakter. Överlag är det den typ av stöd som är tidskrävande, kostsamt och avancerat att producera själv som är speciellt eftertraktat.

I samband med patientarbete önskar man sig också specifikt material som berör kost för olika diagnoser. Idag uppfattar man att mycket material fokuserar på fetma, men man önskar även specifikt material kring exempelvis mag- och tarmrelaterade sjukdomar, samt allergier/intolerans. Om fler personer ur olika personalkategorier genomför samtal om matvanor är det troligt att fler kommer i kontakt med kost i samband med olika diagnoser. Ett mer specifikt material kan även användas av olika patientföreningar, så att de kan stödja sina medlemmar med kunskap.

När det gäller webbaserat material finns det önskemål om kortare, enkelt tillgängliga, webbutbildningar för vårdpersonal via Livsmedelsverkets hemsida. Detta ska ses som ett komplement till de mer omfattande webbutbildningarna som redan finns idag. Här tänker man sig kortare moduler på bara några minuter som behandlar olika teman, diagnoser eller liknande som kan vara av intresse. Lättillgängliga utbildningar kan möjliggöra för fler att ta tillvara eller fräscha upp kunskapen inom olika områden. Detta gäller speciellt personal som annars inte får tillgång till någon utbildning och där man tänker sig att det är bättre med en mycket kort utbildning än ingen alls.

Vidare önskar man sig att Livsmedelsverket håller sig uppdaterat om när nya journalsystem införs för att kunna verka för att länkar till väsentligt material integreras i systemet och på så sätt enkelt kan nås. Välintegrerade och välfungerande IT-system för smidig hantering av informationsöverföring ger vården såväl användbara arbetsverktyg som snabb och enhetlig tillgång till information.

"Jag tycker att Livsmedelsverket borde komma in i vårt journalsystem. Missa inte tåget, det finns redan i en betaversion, men hänger man på nu, så kan vi inom vården sedan hitta Livsmedelsverkets material direkt via journalsystemet."

Nationell samordning efterlyses

På nationell nivå önskas ökad tydlighet genom samordning mellan landsting/regioner och myndigheter, samt andra aktörer som kan ha inverkan på folkhälsoarbetet, som exempelvis kommuner och 1177. Förändrade levnadsvanor är viktigt och kunskap om inte minst mat och matvanor behöver spridas. Samtidigt vill man undvika att olika budskap och material sprids från olika håll. Gemensamma budskap förstärker tydligheten och underlättar arbetet för primärvården.

I detta sammanhang tar man även upp betydelsen av att utveckla e-hälsa både som verktyg för patienter och som stöd för vårdpersonalen, verksamhetsledning och beslutsfattare på myndighets- och politikernivå.

Den nationella samordningen kan bland annat förväntas innefatta följande aspekter.

- Enhetlighet mellan 1177 och myndigheternas respektive sjukvårdens budskap och arbetssätt.
- Samverkan mellan Livsmedelsverket, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKL, samt eventuella ytterligare aktörer såsom kommuner och patientföreningar så att dessa stödjer och hänvisar till varandra. I synnerhet är det önskvärt att Socialstyrelsen och Livsmedelsverket samverkar genom att ta fram gemensamt material och att det inte finns otydligheter kring var kompetensen kring matvanor och kostråd finns.
- De fyra levnadsvanorna bör inte heller separeras alltför mycket från varandra. Inom vården kan de fyra ses som ett paket och därför kan man önska att myndigheterna har förståelse för vårdens arbetssätt och hjälper vården att fokusera på levnadsvanor överlag snarare än strikt delar upp de fyra levnadsvanorna mellan sig.
- Framtagning av gemensamma vårdprocessprogram (liknande det som uppges finnas för tobak) för tydligare vägledning, kunskaps- och beslutsstöd när det gäller hanteringen av patienter med ohälsosamma matvanor.

Livsmedelsverket har en mycket viktig påverkansroll att fylla

Det framkommer tydligt i undersökningen att Livsmedelsverket har en viktig funktion att fylla när det gäller att lyfta upp frågan och verka för en bred acceptans kring betydelsen av hälsosamma matvanor. För att primärvården ska kunna bedriva ett effektivt arbete behövs en ökad förståelse inom politik och samhälle för att det finns stora folkhälsovinster, samt ekonomiska och personliga vinster genom förbättrade matvanor. I detta avseende önskar och förväntar man sig ett aktivt påverkansarbete från Livsmedelsverkets sida.

- Livsmedelsverket är den aktör som med auktoritet och trovärdighet kan driva frågan.
- Livsmedelsverket är den aktör som kan och bör stå upp som motvikt till de alternativa dieter och kostråd som cirkulerar i media och samhället i stort. Ju mindre möjlighet till spridning av icke evidensbaserade och vetenskapligt underbyggda kostråd, desto större möjlighet finns för vårdpersonal att diskutera och inspirera patienter till förändringar av matvanorna.

”Livsmedelsbranschen hänger ju på det som sägs och hörs. Sedan ett tag tillbaka kan mejerijättarna gå fram med sina fetaste produkter, fastän vi egentligen vet att det inte alls är sunt. Om man istället börjar prata om något annat, kommer säkerligen livsmedelsbranschen att hänga på det som sägs då. Det gäller att försöka påverka vad som sägs och tycks.”

- Livsmedelsverket bör arbeta för ett ökat fokus på att sprida kunskap om matvanornas inverkan bland läkare och läkarstuderande. Med mer kunskap kring kost, samt en ökad förståelse för vikten av att påverka patienter genom sjukdomsförebyggande arbete är läkare bättre rustade och förberedda på att även detta är en viktig del i läkarrollen.

”När man tittar på vad som belönas i läkarutbildningens prov noterar man att läkare får fler poäng genom att svara rätt kring medicinering och färre poäng för att svara rätt kring hälsosamma levnadsvanor. Detta leder sedan till att man inom sjukvården inte prioriterar levnadsvanor på samma sätt som läkemedelskunskaper.”

”Bland en del läkare är detta område helt enkelt inte särskilt intressant. Jag tror att en del hellre vill jobba med coola mediciner och spännande nya behandlingar. De uppfattar nog att det är därför de blivit rekryterade. Många kan nog tycka att här jobbar vi med medicinsk behandling och det där som ni pratar om är inte en medicinsk behandling, om ens behandling överhuvudtaget.”

- Livsmedelsverket bör verka för att se över och anpassa metoder och indikatorer för uppföljning för att på ett ändamålsenligt och effektivt sätt kunna följa upp och utvärdera det arbete och de insatser som görs.
- Livsmedelsverket bör satsa på att vara en öppen och tillgänglig myndighet, inte bara genom att sprida kunskap om hälsosamma matvanor genom olika typer av verktyg och informationsmaterial, utan även genom att erbjuda ökad tillgång till expertis. Bland annat kan det innebära ett likvärdigt stöd mer oavhängigt av var i landet man befinner sig (ex tillgänglighet och kostnader för föreläsning/utbildning), samt snabb tillgång till expertis vid behov av att ställa frågor. Detta framförs särskilt från de landsting/regioner med låg tillgänglighet till dietister och där det är svårare att få stöd internt i regionen.

I detta sammanhang påpekas att Livsmedelsverket är betydligt mer synligt och aktivt idag jämfört med tidigare. Något som både välkomnas och uppskattas bland de intervjuade.

***Sammanfattande kommentar kring utveckling och stöd***

När det gäller olika former av stöd för arbetet med matvanor har man kommit långt och det finns mycket användbart material att välja bland. Vissa önskemål kan trots det finnas kring ytterligare material att använda som stöd. Det största önskemålet gällande fortsatt utveckling är dock en ännu tydligare nationell samordning kring arbetet med matvanor från myndigheternas sida. Det behövs fortsatta insatser för att påverka attityder kring de evidensbaserade kostråden, samt viljan till en förändrad mathållning såväl inom vården som i samhället i stort.

APPENDIX

Intervjuguide

1. Bakgrundspresentation

Kan du börja med att berätta lite kort om dig själv, din roll och din bakgrund?

- Vilken är din nuvarande ställning/position? Ditt huvudsakliga ansvarsområde?
- Hur länge har du varit i verksamheten?
- Vad har du för bakgrund? Utbildningsbakgrund? Annan yrkesbakgrund?

Jag skulle också vilja höra lite kort om verksamheten/landstinget/regionen där du jobbar?

- Hur skulle du vilja beskriva verksamheten/landstinget utifrån omfattning, typ av patienter/patientunderlag etc? Något som är speciellt utmärkande?

2. Uppfattningar och översikt av arbetet med matvanor

Syfte: Få kunskap om sammanhanget och förutsättningarna för förebyggande arbete med matvanor i stort, samt intervjupersonens spontana reflektioner kring detta.

Vi ska ju prata om arbetet med bra matvanor, vad tänker du spontant om det?

- Vilka associationer och tankar får du när det gäller detta?
- Vilka möjligheter och utmaningar ser du? Generellt för primärvården och specifikt för det egna området/landstinget?

Arbetar ni inom verksamheten förebyggande med bra matvanor?

- I vilken utsträckning prioriteras det förebyggande arbetet med matvanor?

(Notera att de ev inte arbetar med matvanor specifikt och att varje vårdenhet/vårdcentral själva beslutar vilken/vilka levnadsvanor de prioriterar att arbeta med)

- Om ja, kan du beskriva lite kort hur arbetet är upplagt och på vilket sätt ni arbetar med bra matvanor?
- Vilken typ av förebyggande arbete handlar det om? Vilken typ av åtgärder/samtal? Hur definieras de samtal ni arbetar med?
(Notera skillnaden mellan förebyggande riktade hälsosamtal där matvanor ingår som en av flera levnadsvanor vs samtal om bra matvanor utifrån Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder, inklusive enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerade rådgivande samtal, samt om respondenten gör någon åtskillnad mellan olika typer av samtal)
- Vad är orsakerna till att ni arbetar just på detta sätt?
 - o Centralt beslut eller upp till varje vårdenhet?
 - o Personberoende, policies/vårdprogram eller andra skäl?
 - o Av vem/var/på vilken nivå fattas denna typ av beslut?
- Om nej, vad är orsakerna/främsta skälen till att ni inte arbetar med detta?
 - o Finns det konkreta hinder eller andra skäl?
 - o Vad skulle krävas för att komma igång med detta arbete?

3. Hantering av kompetens och kompetensutveckling

Syfte: Få kunskap om hur man har löst frågan om sakkunskap/kompetens hos personalen avseende arbetet med bra matvanor, samt hur det stämmer överens med Socialstyrelsens nationella riktlinjer (enligt checklistan för implementering av riktlinjer).

Hur upplever du att man inom landstinget/verksamheten ser på frågan om kompetens när det gäller arbetet med hälsosamma matvanor?

- Vad krävs av personalen som ska arbeta med samtal om hälsosamma matvanor?
 - Ex när det gäller intresse, sakkunskap, kunskap om samtal och samtalsmetodik etc?

Hur säkerställs att personalen har den kompetens som krävs för arbetet med bra matvanor?

- Vilka yrkesgrupper ges kompetensutveckling och i vilket syfte?
- Hur ser förutsättningarna för utbildning och kompetensutveckling ut?
 - Ex anordnas utbildning centralt eller av respektive verksamhet/på varje vårdcentral? Sker det fortlöpande eller engångsinsats? Köps utbildningen in externt eller utbildar man internt?
 - Följer det andra utbildningsplaner som landstinget har?

I de fall det förekommer utbildning

- Får all personal samma utbildning för att höja kompetensen generellt eller är det olika för olika personalkategorier/personalgrupper/professioner/personer?
 - Hur rekryteras de som ska gå utbildningen (ex utifrån eget intresse, karriärsteg, lämplig bakgrund etc)?
 - Har det varit lätt/svårt att rekrytera? Hur kommer det sig?
- Vad förväntas/ska personalen klara av/kunna efter genomgången utbildning?
 - Vad är syftet/målsättningen med utbildningen?
- Vem/vilka är ytterst ansvarig för upplägget och innehållet i utbildningen?

När det gäller upplägg och val av utbildning...

- Har det gjorts någon inventering/kartläggning för att fastställa behovet av kompetensutveckling och i så fall på vilket sätt?
- I vilken utsträckning har det samverkats med de olika professionerna/personalen kring utformningen av kompetensutvecklingen?
- I vilken utsträckning har hänsyn tagits till den eventuella profil som kännetecknar patienter i upptagningsområdet för verksamheten?
 - Hur säkerställs att personalen har den kompetens som krävs för att möta personer med olika bakgrund?

(Notera att även om de inte använt Socialstyrelsens checklista kan vara intressant att kort stämna av detta, samt om svaret på ovanstående är nej följa upp och undersöka vidare)

Sammantaget, hur nöjd är man med den utbildning som finns?

- Vad uppfattar du har varit bra/fungerat bra? Vad är främsta skälet/skälerna till det?
- Vad har varit mindre bra/fungerat mindre bra? Hur kommer det sig?
- Har utbildningen förändrats/reviderats över tid? I så fall på vilket sätt och varför?
- Finns det önskemål om andra sätt/annan form av utbildning som skulle vara bättre?

4. Implementering och uppföljning

Syfte: Få kunskap om hur arbetet kring bra matvanor har implementerats och följs upp, samt hur det har fungerat i praktiken och vilka möjligheter och hinder som uppfattas finnas.

Vad har arbetet och utbildning/kompetensutveckling kring bra matvanor resulterat i?

- Hur arbetar de som fått kompetensutveckling konkret med förebyggande arbete kring bra matvanor?
 - o Vad har man gjort/vad görs rent praktiskt och konkret?
 - o Hur säkerställs att det finns utrymme/ges tid att arbeta förebyggande kring matvanor?
 - o Har personalens arbetssätt ändrats i och med utbildning/kompetenshöjning? I så fall hur?

Alternativt om man inte har kommit igång...

- Finns det saker man planerar att göra? I så fall vad och varför?

Kan du berätta lite mer om vad målsättningen med arbetet och utbildningen är och på vilka sätt ni försäkrar er om att nå dessa mål?

- Har ni uppsatta mål för arbetet som ni följer upp/värderar utbildningen emot?
- Framgår det i ev styrdokument hur utvärdering ska genomföras?
- Mäter ni resultat på något sätt?
 - o I så fall på vilka nivåer? Hur?
 - o Om inte, hur kommer det sig?

Hur skulle du vilja definiera framgång när det gäller arbetet med bra matvanor?

- Upplever du att arbetet varit framgångsrikt och i så fall på vilket sätt?
- Kan du ge några exempel på framgångsrik utveckling av arbetet i verksamheten?
- Finns det olika hinder eller utmaningar som försvårar arbetet?
 - o Ex ekonomiska, tidsmässiga hinder, omotiverad personal etc?

Vilket intresse bedömer du att det finns från personalens sida att arbeta förebyggande kring hälsosamma matvanor?

- Vilket intresse och motivation finns för att delta i utbildning/kompetensutveckling och skiljer det sig mellan olika professioner/personalkategorier?

5. Identifiering av patienter

Syfte: Få kunskap om hur primärvården löst frågan med att identifiera patienter med ohälsosamma matvanor, samt vilka yrkesgrupper som har ansvar att fånga upp patienten.

Kan du berätta lite om hur ni/verksamheterna arbetar med att fånga upp och identifiera patienter med ohälsosamma matvanor? (Notera att detta är en viktig fråga)

Vilken personal/yrkesgrupper berörs av detta?

- Vem/vilka ansvarar för och/eller är involverade i detta arbete/dessa samtal?

Vilka patienter berörs av detta?

- Specifika patienter/patientgrupper/diagnoser som kommer i fråga/är föremål för dessa åtgärder/samtal?

Upplever du att ni hittar de patienter som är i störst behov av stöttning?

Sett ur perspektivet jämlikhet i hälsa, är det "rätt" personer/patienter som får samtal/stöttning (ex de som inte kan svenska, de som äter sämst, de som har störst vinning av att ändra sina vanor etc)?

När ni hittar någon i behov av stöttning, hur går ni vidare?

- Vad sker efter den första identifieringen?

Har du synpunkter på vad som eventuellt skulle kunna förbättras när det gäller att identifiera patienter med ohälsosamma matvanor?

- Hur kan man på bästa sätt se till att varje enskild patient får det stöd de behöver?
- Skulle det gå att göra på något annat sätt/bättre sätt för att hitta de patienter som är i störst behov av samtal om matvanor?
- Vad tror du skulle behövas av personalen för att kunna hitta personer i behov av stöttning?

6. Utveckling och behov av stöd

Syfte: Få förståelse för eventuella utvecklingsområden och behov av kompetensstöd till hälso- och sjukvårdens personal i primärvården.

Hur ser du på det stöd som finns när det gäller kompetensutveckling kring bra matvanor?

- Kan du ge exempel på stöd som fungerar bra?

Finns det behov av ytterligare stöd när det gäller frågan om kompetensutveckling?

- Vilka behov bedömer du att det finns för att kunna få till ett bättre förebyggande arbete om bra matvanor i primärvården?
- Vilket stöd ser du i så fall att det finns behov av? Vilket typ av stöd vill man ha?

Vilka förväntningar finns på den nationella nivån när det gäller detta?

- Vilken roll och ansvar kan olika myndigheter ha när det gäller kunskaps-, uppföljningsstöd?
- Vilken roll kan Livsmedelsverket spela?
- Vilken typ av utbildningsstöd/kompetenshöjning skulle önskas?

7. Avslutning

Slutligen innan vi avrundar skulle jag vilja veta om det är något du vill tillföra, något vi har missat eller som är väsentligt som vi inte har berört?

Ställ frågan om det går bra att återkomma till dem om Livsmedelsverket har fler frågor.

Tacka och avsluta