

Hälsoremiss – effektiv i primärvården

Bra verktyg för att förebygga/behandla typ 2-diabetes och övervikt



JENNY SYDHOFF,

folkhälsosamordnare, Centrum för folkhälsa (tidigare Samhällsmedicin), Stockholms läns landsting

LINE JOSEFSSON, distriktsläkare, Östra vårdcentralen, Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby

INGER CRONLUND, dietist, projektledare, Upplands Väsby kommun

SOFIA HOLLENBERG, verksamhetschef, distrikts-

läkare, Östra vårdcentralen, Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby

LENA KANSTRÖM, avdelningschef, Centrum för folkhälsa (tidigare Samhällsmedicin), Stockholms läns landsting

CLAES-GÖRAN ÖSTENSON, professor, diabetespreventiva enheten, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
claes-goran.ostenson@karolinska.se

Förekomsten av övervikt och fetma har ökat i befolkningen. Preliminära resultat från Stockholms diabetespreventiva program visar att bland stockholmare i åldrarna 45–65 år är fler än 70 procent överviktiga (BMI >25 kg/m²) och cirka 20 procent är feta (BMI >30). Folkhälsorapport 2003 i Stockholms län visar att mellan 1990 och 2002 ökade andelen överviktiga vuxna med en tredjedel, andelen feta fördubblades och en hög andel barn och ungdomar var överviktiga [1]. Övervikt medför ökad risk för sjukdomar som typ 2-diabetes, artros och hjärt-kärlsjukdom. Nyligen har i en svensk studie visats att cirka 65 procent av dem som insjuknar i hjärtinfarkt har diabetes eller förstadium till diabetes, dvs nedsatt glukostolerans [2].

Stockholms diabetespreventiva program har under perioden 1995–2004 haft uppdraget av Stockholms läns landsting att initiera och utveckla metoder för att förebygga insjuknande i typ 2-diabetes. Preventionsarbete har pågått i tre kommuner (Sigtuna, Upplands Väsby och Värmdö) och främst inriktats på att öka befolkningens fysiska aktivitet. Arbetet har även omfattat andra centrala folkhälsofrågor med relevans för diabetesrisken såsom mat, övervikt och tobaksbruk. För detta syfte har Stockholms diabetespreventiva program utvecklat metoder och arbetssätt på såväl befolknings- som individnivå, främst genom att involvera kommunernas förvaltningar och andra organisationer och, i mindre omfattning, hälso- och sjukvården.

Sjukvården skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen ta aktiv del i arbetet med att förebygga sjuklighet. Sådant preventivt arbete utförs sällan i tillräcklig omfattning. Skälen till detta kan vara flera, bl a otillräcklig utbildning, otydlig arbetsbeskrivning eller tidsbrist. I Nationella folkhälsomål, målområde 6 »En mera hälsofrämjande hälso- och sjukvård«, framhålls att vården behöver bli mer inriktad på hälsofrämjande och förebyggande arbete [3]. Nya arbetssätt behövs, inte bara för att behandla sjukdom utan också för att förebygga sjuklighet på individnivå.

Datorbaserade hälsoremiss har därför utvecklats inom primärvården i samarbete med Stockholms diabetespreventiva program. Hälsoremissen har använts som ett verktyg för distriktsläkare och distriktssköterskor för att remittera männi-

skor i riskzonen för sjukdom till olika hälsofrämjande aktiviteter. Vi beskriver hur hälsoremissen använts under ett år vid Östra vårdcentralen i Upplands Väsby och sammanfattar resultaten av en utvärdering av denna period [4].

METOD

Med begreppet hälsoremiss avses en skriven remiss med vilken en vårdgivare remitterar en patient till en aktivitet inom en namngiven remissinstans för att främja hälsa och förebygga sjuklighet. I samarbete med Östra vårdcentralen i Upplands Väsby utvecklade Stockholms diabetespreventiva program en pappersbaserad hälsoremiss för att kunna remittera patienter till ett 10-tal olika instanser inom kommunen, främst motionsaktiviteter men även rökslutargrupper och stresshantering.

Denna pappersversion användes under hösten 1999 och utvecklades sedan till en datorbaserad hälsoremiss. Denna kunde, liksom andra remisser, skrivas direkt i vårdgivarens dator. Som framgår av remissen kunde remittenten ange indikation(er) som övervikt, tobaksbruk, hyperlipidemi, stresssymtom och hereditet för hjärt-kärlsjukdom eller diabetes. Information om kroppsmått, blodtryck och mål med avsedd aktivitet kunde fyllas i. Väsentligt var att vårdgivaren och patienten i ett motiverande samtal kom fram till lämplig aktivitet. Metodiken bygger på patientbemyndigande (»empowerment«), vilket innebär att öka individens möjlighet att fatta beslut och ta kontroll över sitt liv [5]. Patienten fick en adress- och telefonlista till aktuella remissinstanser. Patienten tog själv kontakt med någon av det 15-tal remissinstanser som var aktuella. Listan över remissinstanser uppdaterades vår och höst av projektledare för Stockholms diabetespreventiva program tillsammans med Östra vårdcentralen.

Vid en arbetsplatsträff på Östra vårdcentralen presenterade remissinstanserna de aktiviteter som patienterna kunde erbjudas. De flesta remissinstanser fanns utanför landstingets organisation och erbjöd bl a promenadgrupper, vattengymnastik, qigong, lättgymnastik och meditation. Vårdcentralen kunde ta emot patienter remitterade för tobaksslutarstöd, alkoholrådgivning, kostrådgivning av dietist och hälsoprofilbedömning.

SAMMANFATTAT

Hälsoremiss kan vara till hjälp vid såväl prevention som behandling av sjukdomstillstånd, bl a övervikt, diabetes, dyslipidemi och hypertoni.

En majoritet av dem som fick en hälsoremiss upplevde detta positivt och angav att det lett till ändrad livsstil på något sätt.

En betydande del av de remitterade patienterna tog även kontakt med föreslagen remissinstans.

Vårdgivarna var övervägande positiva till att även i fortsättningen förskriva hälsoremiss.

TABELL 1. Indelning i olika diagnosgrupper.

Diagnoser	Antal patienter
Metabolismrelaterade sjukdomar	86
varav övervikt	39
varav diabetes	21
Hjärtsjukdom	79
varav hypertoni	52
Led- och muskelbesvär	46
Stress/depression	38
Nedsatt allmäntillstånd, infektion	29
Mag-tarmbesvär	17
Astma/allergi	9
Hudbesvär	4
Övrigt (inklusive rökning, förstoppning m m)	22
Totalt antal diagnoser	330

Vissa aktiviteter var förknippade med deltagaravgifter, vilka i några fall var reducerade för personer med hälsoremiss. Kontaktpersonerna vid remissinstanserna hade skrivit ett kontrakt, där de bekräftade att de hade moralisk tystnadsplikt, eftersom tystnadsplikt liknande den inom hälso- och sjukvården normalt sett inte förekommer inom dessa verksamheter.

Hälsoremissen i praktiken

Den datoranpassade hälsoremissen blev under 2000–2001 tillgänglig vid samtliga vårdcentraler i Upplands Väsby. Östra vårdcentralen deltog aktivt i en ettårig försöksverksamhet från september 2001 till och med augusti 2002. Sjukvårdsområdet beslöt att ge ett ekonomiskt stöd för varje skriven hälsoremiss. Inför försöksperioden ordnades två informationsträffar för läkare och sköterskor i Väsby primärvård. Vid det första tillfället informerade försäkringskassan om möjligheten att betala sjukpenning (enligt lagen om sjukförsäkring 3 kap, § 7B) till den som genomgår behandling för att förebygga sjukdom. Vid det andra tillfället erbjöd Stockholms diabetespreventiva program en halvdagskurs om prevention av typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdom och obesitas.

Under försöksperioden arbetade totalt 10 läkare (varav 7–8 var i tjänst samtidigt) och 10 sköterskor vid vårdcentralen. Sammanlagt utfärdades hälsoremiss till 279 personer, varav 198 (71 procent) var kvinnor. Åldersspridningen var stor; den äldste patienten var född 1927, den yngsta 1984. De flesta var födda på 1940- och 1950-talen, och av dessa var cirka två tredjedelar kvinnor. Bland patienter födda på 1970- och 1980-talen var andelen män lägre.

För att utvärdera försöksverksamheten erhöll patienterna en enkät per post 3–6 månader efter det kvartal hälsoremissen utfärdats. Även remissutfärdarna och remissinstanserna fick enkäter som besvarades per post.

RESULTAT

Patienterna. På 238 av de 279 hälsoremisserna (85 procent) hade angivits diagnos, dvs »det som patienten sökte för« då hälsoremissen skrevs ut. Sammanlagt 330 diagnoser var angivna, eftersom flera remisser hade mer än en diagnos. De flesta diagnoser relaterade till metabolism, inklusive övervikt och diabetes, hjärt-kärlbesvär, led- och muskelbesvär och stresssymtom (Tabell 1). Av de 279 patienter som fick hälsoremiss besvarade 196 (70 procent) enkäten; även här var andelen kvinnor störst, 72 procent. En majoritet, 84 procent, bodde tillsammans med annan vuxen, och 40 procent hade barn i hemmet. Som högsta utbildning uppgav 23 procent universitet/högskola, 18 procent

FAKTA 1

Patientkommentarer

Positiva

»Bemötandet har varit bra, lite jäklar anamma vilket jag behöver.«
 »Bra att få hjälp komma igång – bara man använder den.«
 »Bra att få en lista på remissinstanser.«
 »Bra initiativ till alternativa behandlingsformer.«
 »Jag tycker det är mycket bättre med en hälsoremiss än en massa mediciner.«

Negativa

»Man skall inte behöva vänta i månader, när man varit i kontakt med en remissinstans skall de höra av sig.«
 »Det är lite dåligt med uppföljning; man borde få återbesök t ex efter 3 månader.«
 »Ge patienten mer tid vid introduktionen; för att bli inspirerad att börja röra på sig krävs mer än 2 minuter.«

3–4-årigt gymnasium och övriga kortare utbildningar.

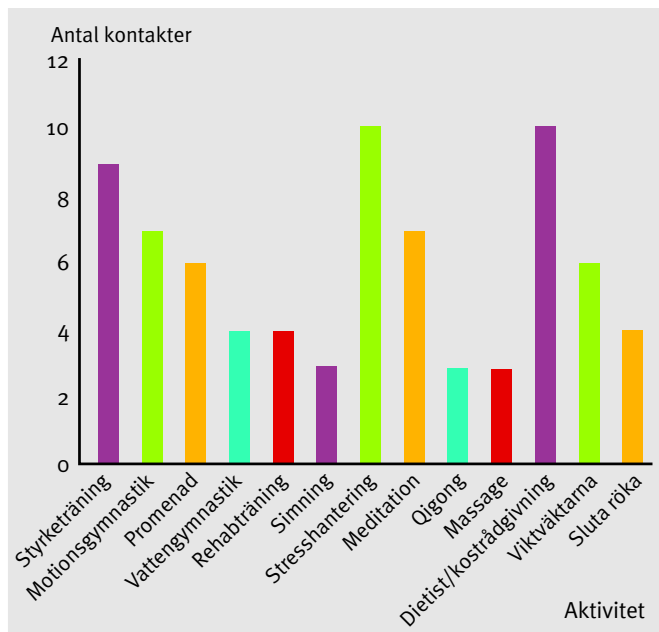
Drygt hälften (58 procent) av både kvinnor och män uppgav att de förbättrat sina levnadsvanor efter besöket på vårdcentralen då de fick en hälsoremiss. Det som de ändrat var främst matvanor (60 personer), motionsvanor (56 personer) samt rökvanor och stressbeteende (24 personer). Merparten tyckte det var mycket bra (53 procent) eller ganska bra (39 procent) att få en hälsoremiss. Endast 11 patienter (6 procent) var negativa till att få en hälsoremiss. Ett 80-tal patienter lämnade fria kommentarer; de flesta var positiva, men även negativa förekom (Fakta 1). En majoritet uppgav att de förändrat sin livsstil; en tredjedel att de kontaktat föreslagen remissinstans. Skäl till att inte delta i föreslagen aktivitet var bl a tidsbrist, dålig ekonomi, svårigheter att kombinera aktivitet med arbete, svårt att få kontakt med remissinstansen och barnvaksproblem. Totalt togs 76 kontakter (Figur 1), där motionsrelaterade aktiviteter och stresshantering dominerade. Av dem som besvarat enkäten hade 26 procent deltagit i föreslagen aktivitet, de flesta mer än fem gånger.

Vårdgivarna. Totalt 14 av 20 vårdgivare besvarade enkäten, därav samtliga 11 (7 läkare och 4 sjuksköterskor) som skrivit ut hälsoremiss. De vanligaste indikationerna uppgavs vara övervikt och stressymtom, därefter tobaksbruk, högt blodtryck, hyperlipidemi och glukosintolerans. Drygt hälften av vårdgivarna uppgav att de remitterat flest patienter till någon form av fysisk aktivitet, stresshantering eller kostrådgivning. Den extra tid som åtgick för att genomföra ett motivationssamtal och skriva ut en hälsoremiss uppskattades av 6 vårdgivare till 10–20 minuter, 3 uppgav mindre än 10 minuter och 2 uppgav mer än 20 minuter. Alla vårdgivare ansåg att hälsoremissen var ett mycket bra (6 läkare och 1 sköterska) eller ganska bra (1 läkare, 3 sköterskor) kompletterande verktyg inom vården. Några specifika kommentarer finns angivna i Fakta 2. En majoritet av vårdgivarna svarade att de kommer att använda hälsoremissen i framtiden.

Kontaktpersonerna. Av 12 remissinstanser hade 10 tagit emot hälsoremiss; 5 uppgav 1–3 remisser, 2 uppgav 4–7, 1 uppgav 8–10 och 2 uppgav fler än 10 hälsoremiss. Patienterna hade visat övervägande positiva reaktioner, och i de allra flesta fall bedömdes verksamheten vid remissinstansen vara »rätt« för patienten. De kontaktpersoner (11 av 12) som deltagit i informationsmöte om hälsoremissen tyckte att de fått tillräcklig information i förväg.

DISKUSSION

Vårt försök med hälsoremiss under ett år visar att hälsoremissen kan fungera som ett »verktyg« för läkare och sjukskö-



Figur 1. I de sammanlagt 76 kontakter som togs med remissinstanserna dominerade motionsrelaterade aktiviteter och stresshantering.

Grafik: Helena Lundberg

terskor, främst för prevention men i vissa fall även för behandling av sjukdom. Under studieperioden hade vårdcentralen cirka 15 000 patientbesök, varav vissa patienter återkom flera gånger. Antalet utfärdade hälsoremiss, totalt 279 remisser, blev mindre än vårdcentralen hade beräknat. Inte så förvånande ansåg vårdgivarna att den främsta orsaken till detta var tidsbrist; det framgick också att flera ägnade mer tid än planerade 10 minuter för att motivera patienten till en hälsoremiss. Det är troligt att vårdgivare, med totalt 20 minuters tid per patient, undvek att ta upp hälsoremissen med patienter som sökte för sjukdomar som inte relaterade till hälsoremissens möjligheter.

Majoriteten av de patienter som besvarade enkäten var positiva till att få en hälsoremiss och angav även att det i sig hade lett till viss livsstilsförändring. Det är möjligt att en sådan stimulerande effekt är väl så viktig som att verkligen ta kontakt med en remissinstans för att börja en föreslagen aktivitet. En tredjedel av alla hälsoremiss ledde till att patienten kontaktade en remissinstans och deltog i varierande omfattning i en aktivitet. Sammantaget indikerar utvärderingen att hälsoremissens förmåga att påverka till förändrad livsstil för att minska risken för ohälsa var relativt god under observationstiden. Detta kan jämföras med tidigare rapporterade effekter på rökvanor eller motionsvanor, när läkare ägnat cirka 10 minuters samtal åt sådana frågor [6].

Remissutfärdarna var övervägande positiva till att använda hälsoremissen. Några ansåg att det motiverande samtalet med målformulering kunde ta väl lång tid, men majoriteten rapporterade att de ägnade cirka 10 minuter per patientbesök för att motivera patienten till att utnyttja en hälsoremiss. I Prochaskas »Transtheoretical model and stages of change« betonas att risken för återfall skall ses som naturlig vid en beteendeförändring [7]. Det skulle sannolikt vara optimalt att låta patienten återkomma, t ex efter tre månader, för uppföljning med motivationsamtal och/eller annan återkoppling.

Hälsoremissen kan uppfattas som ett alternativ till »fysisk aktivitet på recept«, som Folkhälsoinstitutet utvecklade i början på 2000-talet [8]. I en försöksperiod förskrevs under ett år sammanlagt 831 recept på fysisk aktivitet vid 13 vårdcentraler

FAKTA 2

Vårdgivarkommentarer

»Bör finnas speciella motionsgrupper för överviktiga inom kommunen.«
 »Hälsoremissen gör det möjligt att ge ett konkret förslag till patienten.«
 »Bra att sköterskor också skriver ut remisser då de träffar fler patienter.«
 »Bra komplement/verktyg inom vården, föreslår patienten alternativ per telefon.«
 »Det kändes bra att ha något extra att erbjuda.«

ver ut remisser då de träffar fler patienter.«
 »Bra komplement/verktyg inom vården, föreslår patienten alternativ per telefon.«
 »Det kändes bra att ha något extra att erbjuda.«

och mottagningsenheter, vilket skall jämföras med 279 hälsoremiss i vår studie under samma tidsperiod vid en vårdcentral. Fysisk aktivitet på recept används endast till att förskriva motion, som patienten i de allra flesta fall får ägna sig åt på egen hand. Det finns dock verksamhet, där motionsrecept utnyttjats för att patienter skall söka sig till speciell motionsanläggning [8]. Hälsoremissen å andra sidan används för att få människor att delta i olika typer av verksamhet.

I detta sammanhang är det av intresse att notera tidigare rapporter om försök med liknande verksamhet med recept eller remisser, ibland kallade »green referrals« [9-10]. I dessa rapporter betonas vikten av omsorgsfull utbildning och information till såväl vårdpersonalen som remissinstanserna. En viktig del i utvecklingen av hälsoremissen var utbildningen av vårdgivarna. Utbildningen omfattade främst olika aspekter på folksjukdomar som obesitas, typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdom och sågs som väsentlig för att motivera vårdgivarna att använda remissen så optimalt som möjligt. Det var också viktigt att göra både vårdgivare och remissinstanser uppmärksamma på eventuella risker med fysisk aktivitet för vissa patientgrupper. Självklart hade behandlande läkare huvudansvar för att bedöma sådana risker.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Folkhälsorapport, Folkhälsan i Stockholms län 2003. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin; 2003. Rapport 1.
2. Norhammar A, Tenerz Å, Nilsson G, Hamsten A, Efendic S, Rydén L, et al. Glucose metabolism in patients with acute myocardial infarction and no previous diagnosis of diabetes mellitus: a prospective study. *Lancet* 2002;359:2140-4.
3. Ågren G. Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 57.
4. Sydhoff J. Hälsoremissen att remittera till hälsofrämjande aktiviteter – ett verktyg för primärvården? [Magisteruppsats i folkhälsovetenskap]. Stockholm: Karolinska institutet. Stockholms läns diabetespreventiva program; 2004. Rapport 28.
5. WHO. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organisation; 1986.
6. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
7. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
8. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på Recept – FaR. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 53.
9. Hellénius M, Arborelius E. Motion på recept kan hjälpa patienten ändra sina vanor. *Läkartidningen* 1999;96:3343-6.
10. Exercise referral systems: a national quality assurance framework. London: Department of Health; 2001. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/90/09/04079009.pdf>