
Spinalis Hälsonavigator®

Hälsosamtalet - fundament i det hälsofrämjande patientarbetet

Guide att komma igång

Version 1.6 oktober 2018

© Anna-Carin Lagerström

Innehållsförteckning	Sid
Förord	2
1. Spinalis Hälsosnavigator och hälsopromotion	3
1.1 Inledning	3
2. Hälsosamtal	4
2.1 Inledning	4
2.2 Genomförande	4
2.3 Utrustning/material	5
3. Årskontroll Hälsa – medicinsk uppföljning med integrerat hälsosamtal	6
3.1 Inledning	6
3.2 Genomförande – rekommenderad process	6
3.3 Genomförande – förenklad process	8
3.4 Överrapportering till läkare	9
3.5 Åtgärder och kriterier för åtgärd	9
4. Metodutveckling och bakgrund	10
4.1 Inledning	10
4.2 Hälsocoach – roll, färdigheter och stöd	10
4.3 Konstruktion av frågeformulär – utveckling	11
4.4 Förklaringar och följdfrågor	12
5. Mätningar	14
5.1 Inledning	14
5.2 Blodprover	14
5.3 Blodtryck	15
5.4 Vikt	15
5.5 Längd	16
5.6 BMI	16
5.7 Bukmått	16

Förord

Begreppet ”hälsopromotion” betyder ”rörelse mot hälsa”. Att arbeta med hälsopromotion i sjukvården, exempelvis neurorehabilitering, innebär att med ett hälsofrämjande förhållnings-sätt stärka friskfaktorer i alla delar av behandlingen, och integrera hälsans olika dimensioner i mötet med patienten.

WHO definierar hälsa på följande sätt:

”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

I början av 90-talet tog jag de första kontakterna med Stiftelsen Spinalis båda grundare: läkarna Richard Levi och Claes Hultling. Min tanke var att föra in enklare hälsosamtal, föreläsningar och gruppdiskussioner om hälsa, kost och motion i kliniken. Helt enkelt anpassa de metoder och strategier som används inom friskvården, till rehabsammanhang. Eftersom jag då inte hade arbetat som sjukgymnast på många år, utan hade min nya grund i friskvårdsarbete, förstod jag inte hur nytt och i viss mån revolutionerande tankegångarna var. Anledningen till att det just blev rehabilitering av personer med ryggmärgsskada hade flera orsaker: att jag kommit i kontakt med Stiftelsen Spinalis och inte minst att i många år ha levt nära en person med ryggmärgsskada, min mamma. Det är i första hand hennes positiva livsinställning och övertygelse – att leva ett gott liv med funktionsnedsättning - som har inspirerat mig.

Nu, 2018, har tiden kommit ikapp. Det som då, för många inom den medicinska världen, upplevdes som främmande, är nu (nästan) självklart. 2012 kom också Socialstyrelsens rekommendationer för sjukdomsförebyggande metoder, som nu som håller på att implementeras i svensk sjukvård. Från 2016 sätts fokus på grupper med särskilda behov, som vid olika former av funktionsnedsättning.

Den här guiden ger dig grunderna hur du kan arbeta med hälsosamtal. Här beskrivs också en modell för medicinsk långtidsuppföljning, Årskontroll Hälsa, med integrerat hälsosamtal.

Utvecklingsarbetet med Spinalis Hälsonavigator och Hälsosamtalet har pågått under många år och pågår även fortsättningsvis. Det finns många personer att tacka. Personer som under årens lopp på olika sätt stöttat med råd, stöd och engagemang. Här nämns några: Richard Levi, Kerstin Wahman, Claes Hultling, Göran Lagerström, Gi Broman, Johan Holmsäter, Gunnar Andersson, Åke Seiger, Ninni Westgren, Lena Lindbo och många fler.

Anna-Carin Lagerström, Leg Fysioterapeut MSc, hälsopedagog och kostrådgivare
Stockholm i november 2018

1. Spinalis Hälsonavigator och hälsopromotion

1.1 Inledning

Spinalis Hälsonavigator, är samlingsnamnet på det system av program och hälsoverktyg som tagits fram för att underlätta det hälsofrämjande arbetet i neurorehabilitering, särskilt i rehabilitering av personer med ryggmärgsskada. Hälsoverktygen har utvecklats under Stiftelsen Spinalis' hägn under en lång följd av år med Allmänna arvsfonden som huvudsaklig finansör, följt av Stiftelsen Caroline Montgomery och Märta och Gunnar Philipsons Stiftelse. Ett flertal av verktygen har också använts i samband med de s.k. "Retrolägren" i samarbete med RG Aktiv Rehabilitering. Även om utvecklingsarbetet har skett inom spinal-rehab är flertalet hälsoverktyg tillämpliga även inom andra rehabiliteringsmedicinska patientgrupper.

Gemensamt för de olika verktyg som ingår i verktygslådan är att de ska: förmedla kunskaper och öka patientens *medvetenhet* om hur levnadsvanor påverkar hälsa och sekundära komplikationer, med hjälp av *screening* tidigt upptäcka *riskbeteenden* och med coachande hälsosamtal skapa *motivation* till förändring.

Arbets sättet som handlar om att hjälpa patienten till ökad förståelse och att fatta beslut, bygger på pedagogik och metoder som bland annat ingår i: Hälsoprofilbedömning (HPB) som är ett etablerat arbets sätt inom friskvård av personer i arbetslivet, Motiverande Intervju (MI) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Fokusområden är:

1. Patientutbildning – överföra kunskap om hälsosamma levnadsvanor och deras specifika betydelse i förhållande till patientens diagnos
2. Överviktsprevention och behandling
3. Hälsosamtal – en strukturerad form av motiverande hälsodialog
4. Hälsosamtal integrerat i medicinsk långtidsuppföljning *Hälsouppföljning av dig med ryggmärgsskada*, modellen kallades tidigare *Årskontroll Hälsa*

Mer om hälsoverktyg och hälsofrämjande arbets sätt: www.spinalis.se / Hälsa och Livsstil

Se också Ryggmärgsskada.se

2. Hälsosamtal

2.1 Inledning

Fundamentet i det hälsofrämjande arbetet utgörs av det som utspinner sig i mötet och samtalet mellan vårdgivare och patient.

Den modell för hälsosamtal som presenteras här är en strukturerad modell och innefattar:

- Frågeformulär om levnads- och hälsovanor, hälsa, hälsoupplevelser och förändringsönsknings: *Frågor om hälsa och livsstil C alternativt Frågor om hälsa och livsstil B*
- Utvalda fysiska och fysiologiska mätningar

Hälsosamtalet genomförs med utgångspunkt i hur patienten har svarat på frågorna i frågeformulären, förändringsönsknings och resultaten från de fysiska och fysiologiska mätningarna. Samtalet avslutas med att patienten formulerar sina mål och sin handlingsplan.

I samtalet berörs ofta hälsans olika dimensioner; fysisk, social, emotionell, andlig och intellektuell. Generella hälsofrågor och problemställningar sammanförs med frågor och problemställningar som är specifikt relaterade till diagnosen/ryggmärgsskadan. Varje individs möjlighet, och därmed ansvar, att påverka den egna hälsan diskuteras, trots funktionsnedsättning, och kunskaper överförs som ger insikter om förändringsmöjligheter.

Svaren i frågeformulären samt resultaten av de fysiska och fysiologiska mätningarna ger möjlighet att, i samband med uppföljningar, mäta livsstilsförändringar och effekten av insatta åtgärder. Modellens olika delar fungerar som en "hälsonavigator" för patienten i och med att den inte bara anger nuläget utan också en riktning framåt.

OBS! I den text som följer beskrivs hur hälsosamtalet används framför allt i samband med medicinsk långtidsuppföljning, så kallad Hälsouppföljning/Årskontroll Hälsa. Självklart använder du dig av modellen för hälsosamtal och material: frågeformulären etc., när det är relevant i ditt patientarbete.

2.2 Genomförande

- Underlag för samtalet är det/de i förväg ifyllda frågeformulären där patienten har bedömt sitt nuläge med avseende på:
 - Levnadsvanor, är nöjd med eller önskar förändra
 - Upplevd generell hälsaI samband med medicinsk uppföljning också:
 - Upplevd ryggmärgsskadespecifik hälsa
 - Särskilda problem och eventuella önskemål om stödåtgärder
 - Pågående medicinering
 - Senaste årets sjukhistoria
- Hälsocoachen går igenom frågeformulären tillsammans med patienten och kompletterar med frågor som förs till *Protokollet*.
- Mätningar av kroppsvikt, BMI, bukmått görs och resultaten diskuteras med patienten tillsammans eventuellt med andra mätresultat såsom blodtryck. Bedömningen av mätresultat sker utifrån generella hälsoriktlinjer. Vid behov används den anpassade BMI-bedömningskalan och diskuteras med utgångspunkt i patientens egna "nöjd med/inte nöjd med" perspektiv.

- Samtalet leder fram till att eventuella förändringsönskemål kan formuleras och en handlingsplan läggs upp; skrivs in i journalen och skrivs ut till patienten.
- (Se den *Personliga Hälsonavigatorn* som fylls i med relevanta hälsodata, mål och eventuell handlingsplan)
- Gemensamt bestäms hur eventuella mål och handlingsplaner skall följas upp.

2.3 Utrustning/material

Frågeformulären har tagits fram för att täcka såväl allmänna hälsofrågor som huvudfrågor i samband med Årskontroll Hälsa men kan också användas i andra sammanhang där det är lämpligt.

Frågeformulär att välja bland:

- Hälsouppföljning för dig med ryggmärgsskada - nytt 2015
- 3 olika frågeformulär: Frågor om livsstil och hälsa A, B eller C
- Frågeformuläret medicinsk uppföljning

Protokollet - är ett hjälpmedel för att på ett strukturerat sätt ställa frågor och införskaffa data av medicinsk och psykosocial natur. I det medicinska sammanhanget med *Hälsouppföljning/Årskontroll Hälsa* finns förmodligen behov av att få svar på alla data som efterfrågas. För att enklare hälsosamtal efterfrågas de data som är relevanta för sammanhanget.

Personlig Hälsonavigator (Används i samband med Retrokurs) - är det ”kvitto” som patienten får med sig hem med en sammanfattning av resultatet av det genomförda hälsosamtalet. Mätresultat och patientens formulerade målsättning och handlingsplan förs in.

Patientutbildningsmaterial

Mat, vikt och hälsa – patientinformationsbroschyr ny 2017, på svenska och engelska och som gratis nedladdningsbara pdf:er på www.spinalis.se.

Livsstilsboken, på svenska och engelska (båda som böcker, e-böcker och som gratis nedladdningsbara pdf:er på www.spinalis.se)

Diverse nedladdningsbara artiklar om hälsa och livsstil som finns att ladda ned på www.spinalis.se / Hälsa och livsstil

Ryggmärgsskada.se

Exempel på övrigt användbart material:

- Viktlogg, Matdagbok och Träningslogg

Utrustning och mätningar

- Måttband för mätning av bukmått
- Våg (rullstolsvåg, sittvåg eller i lift)
- Möjlighet att mäta kroppslängd (om stor osäkerhet råder om patientens längd)
- Miniräknare för uträkning av Body Mass Index, BMI
- Eventuellt: Tillgång till resultat av senast gjorda blodtrycksmätning, blodfettmätning och eventuellt andra blodtester

Genomförandet av mätningarna beskrivs i guidens femte del Mätningar och referensvärden. Där finns också en lathund för anpassad bedömning av BMI.

3. Hälsouppföljning – medicinsk uppföljning med integrerat hälsosamtal

3.1 Inledning

Hälsouppföljning, tidigare kallad Årskontroll Hälsa, är en ”light-modell”, för medicinsk uppföljning av patientgruppen personer med ryggmärgsskada. I modellen kombineras hälsovägledning och screening av riskfaktorer, med läkarbesök och samordning av vårdinsatser. Modellen har utvecklats för att erbjudas patienterna år 3,4, 6 osv. efter skadetillfället det vill säga de år patienten inte kallas till den mer omfattande kontrollen enligt Nordic Spinal Cord Injury Council, NSCIC (vilket på många håll sker vart 5:e år efter skadetillfället). Bedömningen är att det för den här patientgruppen krävs frekventare uppföljningar än vart 5:e år. Det är därför den här modellen har utvecklats.

Syftet med hälsouppföljningen enligt Spinalis Hälsonavigator är att på ett enkelt sätt få en uppfattning om patientens nuvarande hälsoläge och livssituation och med hjälp av *screening* för riskfaktorer *tidigt fånga upp* och *åtgärda eventuella problem*. Screeningen avser såväl förändring/försämring av neurologisk funktion som riskfaktorer med avseende på levnadsvanor, hälsostatus och upplevd hälsa samt medicinska och fysiologiska mätresultat. Med andra ord anlägga ett *proaktivt*, i stället för *reaktivt* tillvägagångssätt.

Erfarenheter är att det på ett enkelt sätt ger en överblick av patientens generella hälsoläge, att eventuella försämringar och *problem lätt fångas upp* och att det är *resursbesparande*. Patienten gör en stor del av *förberedelsearbetet själv* genom att i lugn och ro hemma besvara frågorna i frågeformulären. Arbetssättet gör att patienten är *väl förberedd* inför mötet med vårdgivaren och *involveras i den egna utvecklingen* med avseende på hälsa och välbefinnande. Då läkaren får en sammanfattande bild av hälsocoachen kan *läkartiden* används effektivare, till de rent medicinska frågorna. *Kort tid* för patienten på mottagningen, två till tre timmar totalt, gör att behovet av övernattnings minskar för de långväga.

Modellen implementerades i projektform i verksamhet vid Spinaliskliniken i november 2004. Den har testats kliniskt och därvid visat sig lämplig i kliniskt arbete. Reaktionerna från patienterna har varit goda. En kvalitativ studie genomförd under 2007 visade att modellen med strukturerad hälsovägledning i samband med medicinsk uppföljning upplevdes som relevant av patienterna. Man uttryckte också uppskattning att bli sedd ur ett helhetsperspektiv. I dagsläget, november 2018, genomförs variationer av Spinalis Hälsonavigators uppföljningsmodell, med användandet av frågeformulär etc, vid ett antal kliniker i Sverige.

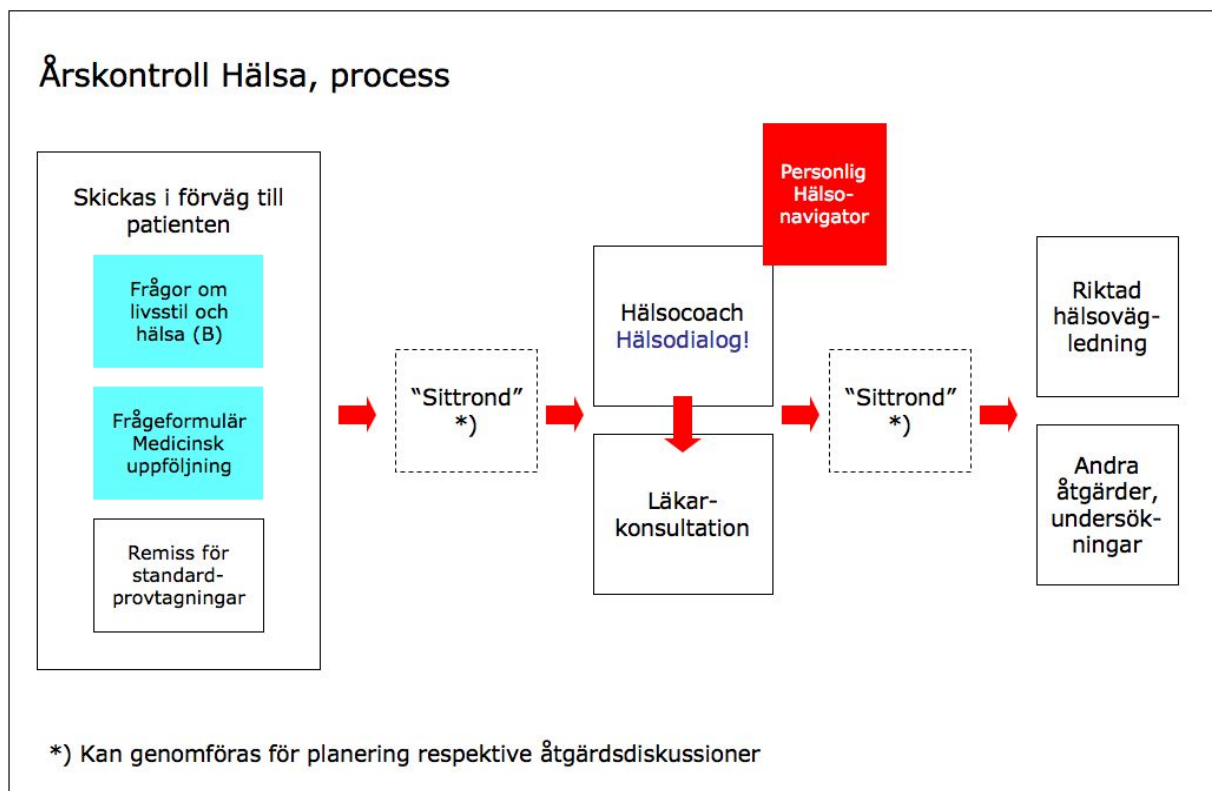
3.2 Genomförande – med läkare, hälsocoach och eventuellt hela teamet

- Patienterna kallas/erbjuds hälsouppföljning per telefon. Därefter skickas skriftlig information om besöket tillsammans med blodprovremiss och frågeformulär som patienten ombeds fylla i. Vid behov skickas också formuläret *Frågor om mat och dryck*.
- De ifyllda formulären sänds sedan tillbaka i det frankerade svarskuvertet varefter bokning sker. Alternativt att patienten tar med sig de ifyllda formulären till det bokade mötet.
- På flera kliniker startar uppföljningsdagen med sittrond. Hälsocoach-en /-erna (exempelvis sjuksköterska/sjukgymnast/arbetsterapeut som genomgått

hälsosamtalsutbildning) går tillsammans med läkaren igenom dagens patienter och vad som framkommit i journalläsning, vid genomgång av frågeformulären och eventuella tidigare kända problemområden.

- Hälsocoachen möter patienten i ett hälsosamtal. Svaren i frågeformulären går igenom tillsammans med några av resultaten från blodprovstagningarna såsom blodfett och blodglukos. Blodtryck, vikt, BMI och bukmått mäts. Dokumentet *Protokoll* används som stöd för hälsosamtal och anamnes. Mötet avslutas med att patienten får sin *Personliga hälsonavigator* med utvalda mätresultat och nedskrivna egna formulerade mål och en eventuell handlingsplan. Om behov finns av en grundligare läkarundersökning ser coachen till att patienten ligger avklädd, med lakan över sig, på en brits inför läkarmötet.
- Hälsocoachen gör, i närvaro av och med stöd av patienten, en sammanfattning av hälsosamtalet till läkaren och lämnar över formulären.
- Läkaren genomför kroppsundersökning och ställer kompletterande frågor. Inför mötet har läkaren också fått del av uroterapeutens noteringar om patientens eventuella behov av åtgärder från det urologiska vårdprogrammet, samt samtliga resultat från blodprovstagningarna och annat aktuellt.
- Dagen avslutas med en ny sitttrond då de olika patientmötena gemensamt går igenom. Behov av eventuella uppföljningar diskuteras och planeras. Recept, samt interna och externa remisser skrivs.

Figuren visar i ett flödesschema ett upplägg av Årskontroll Hälsa, ÅkH



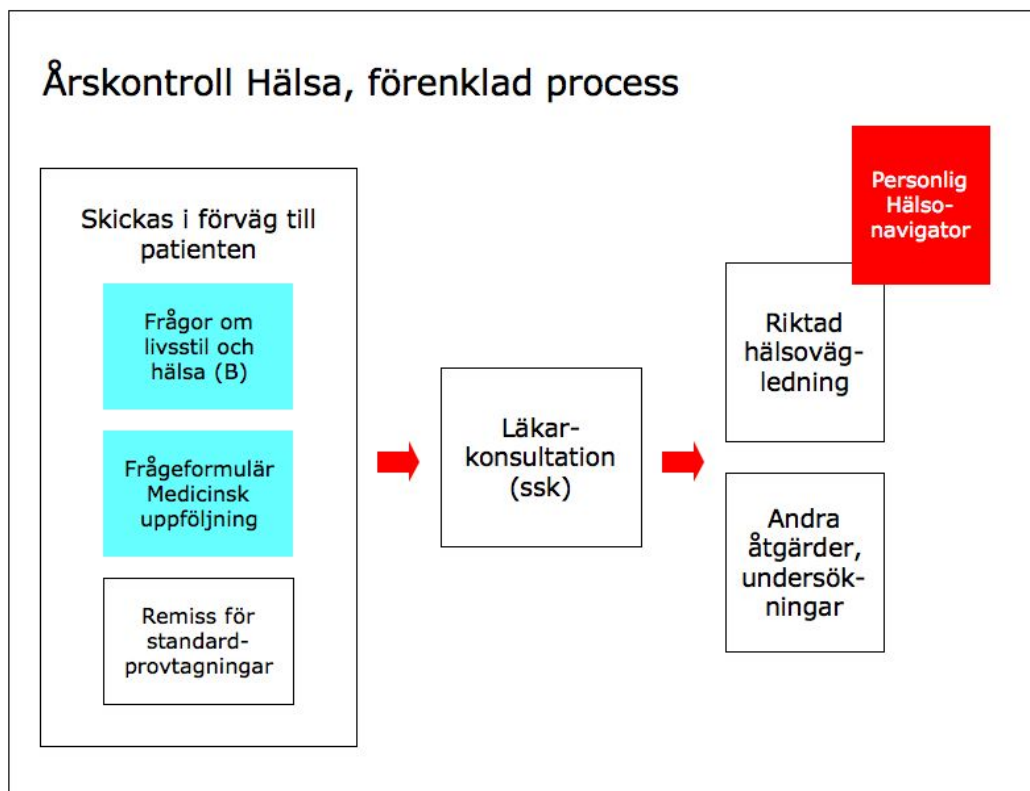
3.3 Genomförande - förenklad process

Ett alternativ till den rekommenderade modellen ovan är en modell av medicinsk uppföljning utan samtidigt deltagande av hälsocoach, men som ändå innefattar hälsosamtal.

Formulären skickas, på samma sätt, i förväg till patienten tillsammans med blodprovsremiss. Läkaren och/eller sjuksköterskan bemöter själv patientens svar på frågorna i formuläret/formulären och hänvisar/remitterar patienten till riktad hälsovägledning om behov finns.

Till den förenklade medicinska uppföljningen rekommenderas ett frågeformulär som innehåller både medicinska och diagnosspecifika frågor och livsstilsfrågor: *Hälsouppföljning för dig med ryggmärgsskada 2015*

Figuren visar hur den förenklade uppföljningen går till i ett flödesschema



3.4 Överrapportering till läkare

Följande är ett förslag på hur hälsocoachens rapportering till läkaren kan gå till.

- Kort sammanfattande redogörelse av patientens livssituation, familjesituation, om arbete eller ej etc.
- Kort sammanfattande redogörelse om hälsoläge och nuvarande problem. Huvudtema är problem som kan relateras till ryggmärgsskadan/diagnosen såsom; ökat tarmurinläckage, sämre motorik, ökad spasticitet, 15 kilos övervikt, mycket trött efter flera UVI etc. Även aspekt livskvalitet tas upp.
- Avvikande levnadsvanor/problem som är/kan vara av vikt.
- Avvikande mätresultat såsom blodtryck eller vikt.
- Eventuella förändringsönskemål, patienten vill komma igång med träning, minska sin vikt, förändra sovrutiner/dygnsrytm, sluta röka etc. Ger läkaren en möjlighet att ytterligare stödja patienten till positiva val.
- Vad patienten vill få hjälp med enligt Kom-ihåg listan i frågeformuläret eller som kommit till under samtalet. Exempel recept, intyg, remisser eller annat.
- Viktiga genomförda eller planerade friskvårdsåtgärder.
- Plan för uppföljning av eventuell handlingsplan och mål.

3.5 Åtgärder och kriterier för åtgärd

- Personer med ryggmärgsskadespecifika problem remitteras/hänvisas till respektive vårdgivare internt, alternativt remitteras till externa specialister knutna till kliniken enligt normal rutin.
- Personer som är riskpersoner med avseende på levnadsvanor hänvisas internt till riktad/fördjupad hälsovägledning, exempelvis viktningshjälp, gruppträning eller gymträning alternativt hänvisas externt.
- En generellt frisk person men med något mindre hälsoproblem, som ej är ryggmärgsskaderelaterat, kan medicinskt hanteras internt.
- OBS! En patient med många riskfaktorer och som redan har en utvecklad sjukdom bör behandlas inom primärvården.

4. Metodutveckling och bakgrund

4.1 Inledning

Tillvägagångssättet med hälsomätning som screening och utgångspunkt för hälsovägledning bygger på erfarenheter från hälsoarbete som pågår i den allmänna befolkningen i Sverige. För allmänheten finns olika instrument för att mäta hälsovanor och göra riskbedömningar.

Exempel på ett svenskt sådant instrument är Hälsoprofilbedömning HPB, och de mätningar som ofta görs i samband med friskvårdsinsatser och hälsokontroller inom företagshälsovården. Gemensamt för dessa är att de används som screening för riskfaktorer och mäter individens hälsoupplevelser, levnadsvanor och fysiologiska och medicinska hälsostatus. I vissa fall mäts också familjens medicinska historia.

Hälsomätningen kan sägas vara det första steget i det hälsopromotiva eller hälsofrämjande arbetet. I och med fastställandet av nuläget kan frågor om levnadsvanor tas upp, mål sättas och en handlingsplan formuleras. Detta görs med utgångspunkt i individens unika situation, resurser, värderingar och personliga önskemål.

I en studie år 2000 (A-C Lagerström) utvärderades om Hälsoprofilbedömning, HPB, skulle kunna användas för personer med ryggmärgsskada, RMS. Studien visade att arbetssättet, med strukturerade frågor, fysiska och fysiologiska mätningar och samtal, fungerade väl men att verktyget krävde omfattande förändringar för att fungera för målgruppen. Hälsosamtalet enligt Spinalis Hälsonavigator som här presenteras kan sägas vara en utveckling och anpassning av det arbetssätt och den pedagogik, medvetandegörande kommunikation, som används i HPB.

4.2 Hälsocoach - roll, färdigheter och stöd

Du bör vara bekant med metoder för hälsovägledning och att stödja förändringsprocesser. Till exempel är Motiverande samtal (Motivational interviewing, MI) en teknik som på senare tid blivit flitigt använd i olika vårdsammanhang. KBT och existentiell filosofi används också av behandlare för att hjälpa människor i förändringsarbete, exempelvis vid viktminskning. Exempel på andra internationellt etablerade metoder är Acceptance and Commitment Therapy, ACT, den så kallade 5 A Structure: Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange och Transtheoretical model/Stages of Change.

Du bör kunna ge relevant information om samspel mellan kropp och själ, levnadsvanor och hälsa och hur levnadsvanor kan inverka på sekundära komplikationer till ryggmärgsskada. Du bör vara intresserad av, och ha någon kunskap av, områden som traditionellt ingår i friskvårdsarbete, dvs. stresshantering, träningslära, kostlära och kunskaper om tobaks- och alkoholprevention/behandling m.fl.

Trots dina kunskaper i allt detta bör du dock tänka på att din roll som hälsocoach framför är att fungera som inspiratör, och stödja patienten i hans/hennes egna ambitioner till förändring. Och att det oftast är viktigare och mer framgångsrikt att vara en duktig lyssnare, att ställa intresserade frågor, än att ha alla svar.

Bedömningen är att lämplig grundutbildning för att ha rollen som hälsocoach i en hälsomässig utsatt population är paramedicinsk utbildning, undersköterska, sjuksköterska, beteendevetare eller läkare. Dessa utbildningar bör kompletteras med lämplig påbyggnadsutbildning inom området hälsa/friskvård. Alternativt kan grundutbildningen vara hälsopedagog/friskvårdare men med kompletterande rehabiliteringsmedicinska kunskaper.

4.3 Konstruktion av frågeformulär - utveckling

Frågeformulären har konstruerats med utgångspunkt i litteraturgenomgångar avseende hälsopromotiva arbetssätt samt specifika hälsoproblem inom målgruppen. Frågeformulären har genomgått förändringar efter diskussioner med forskare inom hälsopedagogik, med Spinalisklinikens medarbetare, andra professionella inom området och medarbetare som själva har ryggmärgsskada. Patienter har tillfrågats individuellt i samband med Årskontroll Hälsa och frågornas relevans har diskuterats i patientgrupp i samband med s.k. Kom-igång grupp.

Flera av frågorna i formuläret har inspirerats av eller hämtats ur andra frågeformulär. Exempel på dessa är; Fugl-Meyer AR, Fugl – Meyer KS ”Livstillfredsställelse”, Berman H ”Audit”, Andersson G, Malmgren S ”Hälsoprofilbedömning”, ”The Nordic SCI Registry”, ”Basic Nordic Sleep Questionnaire”, Livsmedelsverkets rapport 21-2004 om enkätfrågor, RFV och ULF-undersökning och Liv& Hälsa 2004. Frågorna och upplägg har också visat sig överrensstämma med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2012.

Frågeformulären har utvecklats för att i första hand vara underlag för samtal, för att de ska bidra till reflektion och ökad medvetenheten hos individen. Inte för att göra en kartläggning. Studier visar att det är svårt att via enkäter få svar som helt överrensstämmer med verkligheten. Till exempel så visar studier att människor tenderar att överrapportera fysisk aktivitet och underrapportera rökning, alkoholkonsumtion och intag av ohälsosam mat.

Frågorna i frågeformuläret *Medicinsk uppföljning* och det senare *Hälsouppföljning för dig med ryggmärgsskada* hanterar problemområden som är specifika för den med ryggmärgsskada, och är en utveckling av Nordic Spinal Cord Injury Council's, NSCIC's, enkät – Patientskättningsformulär, sidan 2/2 Version 4.0 från februari 2004. Utveckling av frågorna har gjorts på så vis att vissa frågor har förenklats, några frågor har tagits bort, förklaringar har lagts till och frågornas ordningsföljd har förändrats för att upplevas mer logisk. Dessutom har begränsningen av antalet problemområden som ”besvarar mest”, tagits bort. Förändringarna har skett under lång tid, i samband med många patientmöten, tills dess det har uppfattats att flertalet patienter rätt förstått frågornas innebörd.

Syftet med frågorna är screening; det vill säga *har patienten förlamning/sår/smärta/spasticitet etc.?*

Frågorna är sorterade i viktighetsgrad utifrån ställda grundfrågor med ordningsföljden:

- *Finns det eller finns det ej? Med ”det” avses problemet/komplikationen/bortfallet. Finns förekomst av smärta/spasticitet/sår etc.?*
- *Har problemet/komplikationen/bortfallet förändrats/försämrats?*
- *Besvaras patienten av problemet/komplikationen/bortfallet eller ej? Syftet är att få en uppfattning om graden av negativ påverkan.*

4.4 Förklaringar och följdfrågor till frågorna om ”komplikationer”

Det har visat sig att trots förenklingar och förklaringar i frågeformuläret Medicinsk uppföljning, så kan det ändå ibland vara svårt för patienterna att förstå de ryggmärgsskadespecifika begreppen och att hemma i förväg svara adekvat på frågorna. Nedan finns förslag på hur frågorna och begreppen kan förklaras. Begreppsförklaringarna och lämpliga följdfrågor har tagits fram i samarbete med representanter för de olika yrkesprofessionerna på Spinaliskliniken.

Förlamning

Har du nedsatt motorisk funktion p.g.a. nedsatt muskelstyrka/förlamning?
Upplever du någon förändring, förbättring eller försämring av någon funktion som till exempel att göra någon särskild rörelse?
Finns det något du inte kan göra idag som du har kunnat tidigare/förra året?

Känslnedsättning/bortfall

Har du känslnedsättning/känslbortfall? Med ”känsl” menas möjligheten att känna beröring, värme/kyla och smärta.

Spasticitet

Spasticitet innebär ökad ofrivillig anspänning (tonus) i förlamade muskler, stegrade senreflexer som kan ge upphov till en serie av muskelryckningar (klonus) och/eller plötsliga kraftiga muskelsammandragningar (spasmer).
(Tänk på att ökad spasticitet i det kroniska skedet alltid har en bakomliggande orsak, något problem nedanför skadenivån. Exempel på vanliga orsaker är trycksår, inväxt tånagel, urinvägsinfektion, fraktur eller blodpropp.)

Smärta/värk

Har du haft kontinuerlig smärta/värk de senaste sex månaderna?
Om nej-
Har du haft smärta/värk under de senaste två veckorna eller återkommande smärta i minst fyra tvåveckorsperioder det senaste året?
Var har du ont? Ovanför skadenivån? I skadenivån? Nedanför skadenivån?

Störning i urinblåsans funktion

Viktiga följdfrågor:

Har du ett förändrat blästömningsmönster? Kissar oftare eller mindre ofta? Har du ökad inkontinens/läckage? Har du blod i urinen? Har du haft eller har du pågående urinvägsinfektion? Antal urinvägsinfektioner under det senaste året: Ca..... (Fler än tre UVI/år föranleder åtgärd.) Vill du ha kontakt med en uroterapeut?

Störning i tarmens funktion

Med nedsatt tarmfunktion avses förstoppning, läckage eller tarmtömningsproblem som du sätter i samband med din skada?

Ändrad/neysatt sexualfunktion

Förklaring: Har du ändrad/neysatt sexualfunktion (som du sätter i samband med ryggmärgsskadan)? Eller ändrad/neysatt lust (som du sätter i samband med ryggmärgsskadan)?

Önskar du information/rådgivning om sexualitet, samlevnad och/eller fertilitet?

Sår i huden

Har du haft trycksår under senaste året?

Har du för närvarande sår som du haft i mer än tre veckor?

Svullnad i ben och/eller fötter

Svullnad i fötter eller ben som beror på cirkulationsrelaterade problem.

Andningsproblem

Till exempel tungt att andas, svårigheter att hosta eller andningsproblem vid förkylningar. Tecken på otillräcklig lungkapacitet kan vara dagströtthet, depressionssymtom, huvudvärk, nattliga andningsproblem med snarkningar och/eller andningsuppehåll/apnéer eller frekventa övre luftvägsinfektioner. Har du haft övre luftvägsinfektioner, lunginflammationer eller andra problem från lungorna som krävt antibiotikabehandling under det senaste året? Hur många gånger?

Har du någon annan funktionsnedsättning, med avseende på andningen, än den som kopplas till din ryggmärgsskada? Till exempel astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), minskad lungfunktion efter lungoperation eller TBC?

Övrigt

Exempel på vad som kan komma under punkten ”övrigt” är fotsvamp. Andra exempel är cirkulationsrelaterade problem som: lätthet att svimma/få blodtrycksfall. Blodtrycksfall kan kännas som att det svartnar för ögonen.

Autonoma störningar kan bara drabba ryggmärgsskadade personer med en skadenivå på Th-6 eller högre, och beror på ofrivillig aktivitet i det så kallade autonoma nervsystemet.

Har du attacker av plötslig svår pulserande huvudvärk, allmän sjukdomskänsla med illamående, ansiktsrodnad och svettningar så är det tecken på att du har drabbats av autonom dysreflexi. Vanligaste utlösande orsak till s.k. autonom dysreflexi är överfylld blåsa eller tarm, smärta, trycksår eller brännsår, orgasm eller menstruation.

5. Mätningar

5.1 Inledning

Följande mätningar är några av dem som ofta görs i samband med hälsokontroller/medicinska uppföljningar. OBS! Det är den samlade bilden: mätresultat, levnadsvanor, diagnos, sjukdomshistoria och ärftliga förutsättningar, som ger riskbild – inte enskilda mätresultat!

5.2 Blodprover

Blodproverna är standardblodprover som tas fastande. Vid förhöjt blodglykosvärde tas HbA1c vid ett senare tillfälle. Patienten informeras om att inte äta eller dricka före provtagning. Eventuella mediciner får dock tas med lite vatten. Patienten skall heller inte röka eller snusa under två timmar närmast före provtagning.

I hälsovägledningen är följande laboratoriesvar av särskilt intresse då de ofta kan relateras till levnadsvanor; Triglycerider, Totalkolesterol, HDL, LDL och Blodglykos.

Observera att det är läkarens uppgift och ansvar att bedöma provsvar och ge resultaten till patienten. Om hälsocoachen har kunskaper och erfarenhet inom området så kan han/hon dock om läkaren samtycker, tillsammans med patienten resonera ikring vissa provsvar som kan kopplas till levnadsvanor. Exempel på detta är blodfetter och samband med kostvanor.

Fakta

Hos rörelsehindrade finns en socker- och insulinomsättning som liknar den hos diabetiker. Många studier pekar också på att personer med ryggmärgsskada får diabetes med stigande ålder. Forskning pekar dessutom på en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom.

Ryggmärgsskadade tenderar att ha en blodfettprofil som karaktäriseras av låg halt av det ”goda” kolesterolet, HDL. Det finns förmodligen fler samverkande faktorer som gör att ryggmärgsskadade har låg nivå av HDL. Framför allt relateras det till den neurologiska skadenivån, då lågt HDL är mer uttalat hos personer med höga skador/tetraplegiker eller/och hos personer med kompletta skador. Intressant att notera är att medan träning normalt ger högre nivåer av det goda kolesterolet, HDL, så har inte heller olympiska rullstolsåkare normal nivå av HDL jämfört med en normal population.

Nivåerna av de skadliga blodfetterna, LDL, är att jämföra med för andra personer. Med tanke på den ökade risken för hjärt-kärlproblem bör en uppmätt hög nivå uppmärksammas och åtgärdas. I brist på särskilda rekommendationer för målgruppen bör riktlinjer och referensvärden följas som i befolkningen för övrigt.

Referensvärden och riktlinjer

Observera att man skall skilja på *referensintervall* och *beslutsgräns* när man läser olika provsvar från laboratoriet. Ofta sammanfaller *referensintervallen*, dvs. hur nivåerna i populationen är, med *beslutsgränserna*, dvs. de nivåer vid vilka medicinska åtgärder bör vidtas. Men i vissa fall, som t.ex. vid glukos och blodfetter, är de medicinska åtgärdsgränserna andra än referensintervallet och ligger betydligt lägre. För referensvärden och riktlinjer se också Lathund – Mätningar och referensvärden i kurspärmen.

Blodfetter

Rekommendation	Önskvärd nivå
Total kolesterol	< 5,0 mmol/l *
LDL kolesterol (det ”dåliga”)	< 3,0 ” *
HDL kolesterol (det ”goda”)	> 1,0 ” (> 3,5 mmol/l för personer m SCI)
Triglycerider	< 1,7 ” (< 1,5 mmol/l för personer m SCI)

* Om ”hög risk” kan indikation för behandling föreligga även vid lägre värden.

Indikatorer: ökad risk för hjärt- kärlsjukdom	
Triglycerider	> 1.7 mmol/l
HDL kolesterol - för män	< 1,0 ”
HDL kolesterol – för kvinnor	< 1,3 ”

Läkemedelsverket 2005

5.3 Blodtryck

Blodtrycket mäts med blodtrycksmanchett på den dominanta armens överarm. Oftast görs mätningen på höger arm. Det viktiga är att mätningen görs likadant alltid, det vill säga att det finns en hög standardiseringsnivå.

Mätningen sker med patienten i avslappnat läge, sittande i sin rullstol eller vanlig stol med ryggstöd. Mätningen skall föregås av lugn miljö. Patienten ska inte ha druckit kaffe, rökt, snusat eller ätit en stor måltid strax före mätningen.

Vanlig manchettstorlek är 12 x 35 cm. Dock bör såväl smalare som bredare manchettstorlekar införskaffas för patienter med smalare resp tjockare överarmar.

Fakta

Ur Ryggmärgsskador författare A Holtz och R Levi. ”Systemblodtrycket är i allmänhet lågt vid cervikala och höga thorakala skadenivåer. Det systoliska blodtrycket för en tetraplegiker i sittande är i typiska fall 90 -110 mm Hg. Detta låga tryck betingas av låg sympatikusaktivitet och därmed sammanhängande nedsatt vasomotortonus nedanför skadenivån. Ett lågt systemblodtryck, givet att det inte understiger en kritisk nivå, är inte i sig negativt ur hälsosynpunkt.”

Riktlinjer för patienter med lägre skadenivåer är som för befolkningen i övrigt.

WHO's referensvärden och åtgärdsrekommendationer

		Åtgärd
Normalt	< 130 / < 85	Ingen
Mild hypertoni	140 – 159 / 90 - 99	Livsstilsförändring 3-6 mån
Moderat hypertoni	160 – 179 / 100 - 109	Livsstilsförändring 3-6 mån + ev läkemedel
Svår hypertoni	> 180 / > 110	Läkemedelsbeh. + livsstilsförändring

Enligt WHO's definition 1999 och SBU's definition 2004

5.4 Vikt

Mätning av kroppsvikt görs på rullstolsvåg för de patienter som sitter i rullstol. Därefter flyttas patienten till brits eller stol och rullstolen vägs. Vikten av rullstol och schablonmässigt uppskattad vikt av kläder och skor, 1-2 kg, dras från totalvikten.

För att göra patienten uppmärksam på en eventuell negativ viktutveckling efterfrågas hur mycket patienten vägde före sin skada. Uppmuntra också användandet av *Viktlogg*.

5.5 Längd

Av patient angiven längd accepteras i regel. Om osäkerhet föreligger görs mätning antingen stående på gängse vis, om patienten kan stå, eller liggande på brits med måttband/tumstock. Om patienten inte kan sträcka ut benen p.g.a. kontrakturer mäts från fotsula-knäled, knäled-höftled, höftled-hjässa.

5.6 BMI

BMI är ett grovt mått som anger förhållandet mellan en persons längd och vikt. Måttet tar inte hänsyn till personens muskelmassa eller avsaknad av muskelmassa och blir missvisande för muskelbyggare och för personer med liten muskelmassa som personer med muskelförlamningar.

Uträkning av BMI görs genom att längden multipliceras med sig själv. Till exempel 1,82 (cm) x 1,82 (cm). Talet man får, 3,31, divideras med kroppsvikten till exempel 80 kg, vilket ger ett BMI värde på 24,1.

I normalpopulationen gäller att den som har BMI mellan 18,5 och 25 är normalviktig, mellan 25 och 30 är överviktig och den med BMI över 30 lider av fetma. Därutöver finns olika nivåer av fetma.

Idealvikten för personer med muskelförlamningar bör ligga lägre än om samma person inte hade haft bortfall av muskelmassa. För den skull har en anpassad BMI-skala med procentuell minskning har tagits fram och finns i kurspärmen. Observera att skalan inte har prövats vetenskapligt utan skall ses som ett pedagogiskt hjälpmedel. Bedömningsverktyget har dock testats kliniskt i samband med hälsosamtal och ÅKH under flera år.

5.7 Bukmått

Bukfetma ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes.

Bukomfånget/midjemåttet mäts med måttband mitt emellan nedersta revbensbågen och höftbenet, ungefär i nivå med naveln, strax efter en normal utandning.

Referensvärdena nedanför avser mätningar i stående. På patienter som kan stå genomförs mätningen i stående, övriga mäts liggande på brits. Ange i protokollet på vilket sätt mätningen genomfördes så mätningen kan upprepas på samma sätt vid nästa måttillfälle.

Bukfetma

	Midjemått	Komplikationsrisk
Män	> 94 cm	Ökad risk*
	> 102 cm	Ökad - kraftigt ökad risk
Kvinnor	> 80 cm	Ökad risk*
	> 88 cm	Ökad - kraftigt ökad risk

* Ökad risk vid samtidig annan riskfaktor

Referensvärden WHO, Överviktsenheten Huddinge sjukhus 2004

Läs mer om mätningar och referensvärden:

www.vardguiden.se, www.orebroll.se (om vårdpraxis), www.karolinska.se/lab,
www.lakemedelsverket.se, www.folkhalsomyndigheten.se (Folkhälsomyndigheten – Myndigheten för folkhälsofrågor), www.slv.se (Statens Livsmedelsverk)