

Användarmanual för behovsanalys

Nationell samverkansgrupp (NSG) metoder för kunskapsstöd

Datum	Version/beskrivning av förändring
202x-xx-xx	Version 1

Användarmanual för behovsanalys

Inledning

Det här dokumentet vägleder dem som ska använda [modellen för behovsanalys](#) och följer dess struktur. Det innehåller också tips på kompletterande verktyg samt referenser.

Förutom modellen finns [en bild som åskådliggör arbetsflödet](#). Det finns även [en matris i Excelformat](#) (framtagen efter inspiration från VGR) som är avsedd att övergripande redovisa resultatet av flera behovsanalyser samtidigt.

Modellen har testats i viss omfattning i en tidig version av företrädare för NPO Äldres hälsa. Deras erfarenheter har gett viktiga bidrag till den här vägledningen.

Allmänt om modellen för behovsanalys

Modellen för behovsanalys utarbetades i en första version under hösten 2019 på uppdrag av Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Den har skapats i samverkan mellan representanter för Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket och SKR. Ett syfte med den är att underlätta samarbetet mellan myndigheterna och det nationella systemet för kunskapsstyrning hälso- och sjukvården.

Modellen bygger i första hand på Health Needs Assessment, som utvecklats av NICE i Storbritannien (se referenslistan). Den har samma mål och bygger på samma värdegrund som systemet för kunskapsstyrning; jämlikhet i hälsa och vård och bred delaktighet för alla berörda. Från den har vi lånat processbeskrivningen med dess indelning i faser, där mål och uppgifter i varje fas beskrivs.

NICES modell är utförlig i alla avseenden och omfattar 70 sidor. Vi har valt att göra en avskalad modell men med denna vägledning som tillägg.

Modellen består inte bara av analytiska frågor utan beskriver även arbetsförloppet och dess faser från start till mål.

Vi har lagt till och dragit ifrån strukturen i NICES modell. Dels har vi lagt till en initieringsfas, som förtydligar uppdragsgivarens roll i sammanhanget. Dels har vi stannat vid förslag om åtgärder och uppföljningsmått. NICES modell sträcker sig över genomförande och uppföljning av detta, och det bedömdes här ligga bortom själva behovsanalysen.

Utöver NICES modell har vi dragit nytta av många andra exempel på behovsmodeller och stödjande verktyg. De framgår av referenslistan.

Modellen är avsedd att vara generisk. Den ska kunna användas för strategiska, taktiska och operativa ändamål och av många olika användare. Det är fritt fram att sovra och välja de aspekter man vill belysa. Likaså avgörs detaljeringsgraden i analysen av syftet och resurstillgången i det enskilda fallet.

Däremot kan det finnas skäl att beskriva och motivera sina avgränsningar i omfång och djup. Analysen går stegvis mot allt större precision och urval – exempelvis från den stora och svårfångade gruppen ”sköra äldre” till någon specifik subpopulation eller ett åtgärdsområde inom den och därefter till en avgränsad, genomförbar insats med stor effekt på eller av betydelse för de behov som prioriterats.

Modellen och denna vägledning behöver utvecklas fortlöpande. Den nationella samverkansgruppen Metoder för kunskapsstöd har förvaltnings- och utvecklingsansvaret. Alla synpunkter och inspel för att förbättra materialet är välkomna.

.

Innehållsförteckning

Användarmanual för behovsanalys	3
Inledning	3
Allmänt om modellen för behovsanalys	3
1. Initiera	6
2. Planera och organisera	6
2.1 Beskrivning av valt område och mål för behovsanalys	6
2.2 Arbetssätt och organisation	7
3. Identifiera/prioritera behov	7
4. Identifiera/prioritera åtgärder.....	9
4.1 Kartlägg praxis	9
4.2 Identifiera effektiva åtgärder	9
5. Målbilder, ambitionsnivåer och uppföljningskriterier.....	10
Referenser	11
Bilagor.....	12
Bilaga 1.....	12
Bilaga 2.....	13
Bilaga 3.....	14
Bilaga 4.....	17

1. Initiera

I allmänhet initieras analysarbetet av någon part eller aktör som uppdrar åt en arbetsgrupp att utföra det. Att uppdragsgivaren uttryckligen gör ett inledande urval, prioriterar och motiverar ämnesområden för fortsatt undersökning har många fördelar. Uppdragsgivaren förtydligar sina egna förväntningar på arbetet och arbetsgruppen får hjälp att avgränsa sitt uppdrag. Det underlättar i sin tur nästa fas, att organisera och planera arbetet.

Uppdragsgivaren gör en samlad, kvalitativ bedömning av vilka frågeställningar eller motiv som är särskilt viktiga i det enskilda fallet och som ligger till grund för uppdraget att genomföra en behovsanalys. Utfallet har också betydelse för om en behovsanalys alls behöver genomföras.

Frågebatteriet används som vägledning i valet av områden. Det består av en kombination av frågor som ställts av flera aktörer och i olika sammanhang, men som är generiska. De kan även användas senare i analysen. De kan även användas som underlag för att sammanfatta resultatet och återkommer i [Excelmatrisen](#) för att sammanställa resultatet av flera behovsanalyser.

Om man vill, kan man gradera angelägenhetsgraden på frågorna med hjälp av siffror 1–3 där 1 är litet och 3 stort. Det gäller både hur angelägen frågeställningen är i det aktuella fallet och hur stora man uppfattar att problemen är.

2. Planera och organisera

NICEs modell lägger stor vikt vid att planera och organisera arbetet. Denna modell tar fasta på det.

Ofta bedrivs planeringsarbetet inledningsvis av en projekt-/processledning tillsammans med uppdragsgivaren och fortsätter sedan i arbetsgruppen när den formats. Det är viktigt att uppdragsgivare och projektledning är överens i stora drag om motiven till att den berörda behovs- eller patientgruppen valts ut och vad behovsanalysen förväntas bidra med.

2.1 Beskrivning av valt område och mål för behovsanalys

För att kunna inkludera alla relevanta aktörer i analysarbetet behöver man förtydliga vilken population man avser. Patient- eller behovsgrupper kan beskrivas utifrån diagnos, tillstånd, besvär, symptom, verksamhet, insatstyp, åldersgrupp eller annan klassificering som passar det valda området bäst. Motiven till urvalet kan hämtas från det initiala frågebatteriet. Beskriv kortfattat syftet med behovsanalysen.

Ett syfte med modellen är att öka samverkan mellan kunskapsstyrningssystemet och myndigheterna, ta vara på aktuell kunskap och förhindra dubbelarbete. Därför är det viktigt att initiera samarbetet tidigt.

Kunskapsläget kan kartläggas på många sätt. Exempelvis skulle myndigheterna kunna svara för att kartlägga det internationella och nationella kunskapsläget och NPO-organisationen för det kunskapsunderlag som finns i regionerna.

Workshops och processverktyg kan användas för att snabbt få överblick, skapa gemensam uppfattning om analysarbetets fokus och målbilder och lägga upp det fortsatta samarbetet mellan aktörerna.

2.2 Arbetsätt och organisation

När ni organiserar arbetsgruppen; vilka aktörer och perspektiv är nödvändiga i den? Se till att arbetsgruppen är multiprofessionell och involvera patienter/brukare. Om inte patienter/brukare involveras – motivera varför. Vilka kan finnas med i referensgrupper eller adjungeras? Vilken resursåtgång och vilka omkostnader räknar ni med?

Har ni tillgång till den registerkompetens och analyskapacitet som ni behöver? Behöver ni exempelvis ekonomistöd eller administrativt stöd?

Tänk på att efterfråga samarbete med grupperingar i kunskapsstyrningssystemet eller myndigheter.

Hur ser tidplanen för uppdraget ut? Hur lång tid har ni på er? Hur mycket tid kan var och en i arbetsgruppen sätta av? Vid vilka tidpunkter förväntar sig uppdragsgivaren leveranser och av vad? ? Vilka risker/svårigheter kan arbetet möta och hur kan ni agera då? Kan en reservplan upprättas?

Kompletterande verktyg:

- Tjänstedesign, se länkar till videor:
 - [Tjänstedesign – men hur gör man då? \(Youtube\)](#)
 - [Tjänstedesign inom sjukvården \(Youtube\)](#)
- James Lind Alliance - [metod för prioritering av forskningsfrågor \(sbu.se\)](#).

3. Identifiera/prioritera behov

Nu har arbetsgruppen ett uppdrag och är formad. Målgruppen för analysen är någorlunda inringad. En första översiktlig kartläggning av tillgänglig kunskap har gjorts. Då börjar det egentliga analysarbetet.

Den första delen av arbetet utgår från patient- eller brukarperspektivet. Hur det tillgodoses, liksom analysens djup och omfattning beror på syftet, tillgången till relevant kunskapsunderlag och resurserna. Analysen ska vara genomförbar.

Beskriv målgruppen – exempelvis antal/volymer, sjukdomsburda (QALY/DALY), socioekonomisk fördelning, geografisk spridning, skillnader mellan subgrupper, samsjuklighet, variation i vårdresultat för patientgrupper osv.

Kartlägg datakällorna och tillgången på systematiskt framtaget kunskapsunderlag med patient- eller brukarperspektiv på området. Redovisas patientbaserat utfall (PROM) eller erfarenheter (PREM) i kvalitetsregister, hälsodataregister, studier och andra utvärderingar?

Att beskriva användar- eller patientresan – dvs. vårdförloppet så som patienter/brukare har genomlevt det – kan ge nya insikter. Den faktiska patientresan kan se väsentligt annorlunda ut än en teoretisk bild av vårdkedjan. Likaså kan patienter och vårdpersonal ha olika uppfattning om vilka de största bekymren är. Tjänstedesignarbeten har exempelvis gett resultatet att patienter och vårdpersonal listar ungefär lika många tillkortakommanden i vården, men de sammanfaller bara på en mindre del av dessa.

Använd patientresan ([se bilaga 4](#)) och vårdkedjan för att identifiera både var kunskap saknas och var förbättringsbehoven är störst.

Tänk också i de sex God vård-dimensionerna. Är vården, som patienter/brukare beskriver den, kunskapsbaserad, jämlik, individanpassad, säker, effektiv och tillgänglig?

Exempel på tillämpning av God vård-dimensionerna i ett patient-/brukarperspektiv:

- **Kunskapsbaserad:** Finns kunskapsstöd som täcker vårdkedjan?
- **Jämlik:** Behandlas kvinnor och män på lika villkor (vilket inte behöver betyda lika vård)? Finns socioekonomiska skillnader i patientutfall/-erfarenheter.
- **Individanpassad:** Ser de sig som medskapare i sin vård? Tas deras kunskap, erfarenheter, resurser och förmågor tillvara?
- **Tillgänglighet:** Upplevs väntetiderna som bekymmersamma? Är vården tillgänglig också fysiskt för dem med funktionsnedsättningar, för dem med annat språk eller kulturbakgrund?
- **Effektivitet:** Uppfattar patienterna vårdflödet som smidigt eller är patientresan svåröverskådlig med onödiga upprepningar?
- **Säkerhet:** Vittnar patienterna om onödiga infektioner, biverkningar av mediciner, vårdskador? Gå gärna igenom NSG Patientsäkerhets verktyg (i nuläget saknas länk till verktyget) för att undersöka säkerhetsaspekterna tillsammans med patienter/brukare.
- Vilka brister uppfattar patienterna som svårast? Vilka ger störst eller långsiktiga effekter?
- Det är viktigt att beskriva kunskapsbrister på områden och aspekter som är väsentliga för patienter och brukare. Analysen kan också leda till förslag om att utarbeta sådant kunskapsunderlag.

Sammanfatta gärna resultatet av denna del i form av motiv för nästa steg; att identifiera verksamma insatser. Den sammanfattningen kan användas i redovisningen av slutresultatet.

Kompletterande verktyg:

- Tjänstedesign:
 - Socialstyrelsen – Powerpointbeskrivning tjänstedesign: Donationsresan (2018), se [bilaga 2](#)
 - Socialstyrelsen – Neonatalvården (förstudien) (2018), se [bilaga 3](#):

- Patientresor, [se bilaga 4](#).
- God vård-dimensionerna, se bilagor och verktyg:
 - Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet – Verktyg för nulägesanalys av patientsäkerhet (2019) (länk till verktyg saknas i dagsläget)
 - Socialstyrelsen: [Nationella indikatorer för god vård \(2009 \(pdf\)\)](#).
 - Exempel på frågeställningar kopplade till God vård-dimensionerna (arbetsmaterial) (2020), [se bilaga 1](#).

4. Identifiera/prioritera åtgärder

I den här fasen undersöks hälso- och sjukvårdssystemets möjligheter att möta de behov som identifierats ovan. Vårdprofessionerna har stor sakkunskap här – men glöm inte att räkna med patienternas egna idéer och förmåga att vara medskapare. Släpp in dem i arbetet även här. Workshops för vårdpersonal och patienter kan vara ett sätt att låta idéerna flöda både när det gäller aktuell praxis och för att få fram förbättringsidéer.

4.1 Kartlägg praxis

Gör en bild över vårdkedjan. Hur ser praxis ut i förhållande till vårdförloppet och evidensen? Finns kunskap som täcker hela vårdflödet?

Täcker befintlig kunskap kvalitetsdimensionerna? Finns underlag för att avgöra om vården är kunskapsbaserad, jämlik, individanpassad, säker, effektiv och tillgänglig? Stäm av med berörda aktörer för att undvika dubbelarbete.

Se [bilaga 1](#) för exempel på frågeställningar som kan behandlas under respektive kvalitetsdimension ur ett vårdgivarperspektiv.

När ni genomför praxisanalysen, notera när kunskap saknas inom angelägna områden.

4.2 Identifiera effektiva åtgärder

Kartlägg tänkbara åtgärder/insatser som tar fasta på de behovsområden som prioriterats ovan. Tänk på nya insatser, förbättring av klinisk praxis, dvs. insatser som redan görs, eller behov av nya kunskapsunderlag. Överväg möjligheter till digitala lösningar eller sådana där patienterna spelar en aktiv roll i behandlingen. Sammanställ en åtgärdslista.

Fundera över vilka resurskrav som ställs för att genomföra åtgärderna. Förutsätter de kompetensutveckling – av vilka grupper och hur många? Till vilken kostnad? Behövs nya arbetsätt? Nya samverkansformer eller organisationskultur? Använd [mall för konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd](#) för att granska de åtgärder som ni identifierat.

Åtgärderna prioriteras efter i vilken utsträckning de träffar behovsområden som sållades fram i förra delen av analysen, hur effektiva de är och hur komplicerade de är att genomföra.

- a) Ranka åtgärderna först efter hur angelägna de är – dvs. hur stort eller angeläget behov som de träffar.
- b) Beskriv på vilket sätt åtgärderna/insatserna förväntas påverka behovet. Har ni kunskapsstöd som styrker effekten?
- c) Ranka dem sen efter hur lätta eller svåra åtgärderna är att genomföra.

Ser ni behov av åtgärder som ligger på annan systemnivå, så notera även dem. Det kan till exempel gälla behov av att ändra ekonomiska ersättningsmodeller eller lagstiftning.

Om ni hinner under arbetets gång kan ni testa prototyper av åtgärdsförslagen i mindre skala.

Kompletterande verktyg:

- Verktyg för nulägesanalys av patientsäkerhet (länk till verktyget saknas i dagsläget)
- [Mall för konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd](#)

5. Målbilder, ambitionsnivåer och uppföljningskriterier

Resonera kring rimliga målbilder och ambitionsnivåer i genomförandet samt tänkbara kriterier för uppföljning.

Vad behöver dokumenteras för att man ska veta om genomförandet går enligt plan och om åtgärderna ger patientnytta? Tänk gärna i processmått för genomförandet – vad behöver göras? Tänk även på utfallsmått för patientnyttan, resultatet för patienter/brukare – hur förväntas deras hälsa påverkas?

Hur stor förändring kan förväntas under överskådlig tid, säg en treårsperiod? Tänk i ambitionsnivåer och tid. Försök sälla fram rimliga mål dels för genomförandet, dels för när åtgärden kan förväntas ge avtryck i form av patientnytta. Behöver exempelvis många utbildas för att kunna ge en behandling kan patientnyttan dröja men uppenbaras senare.

Referenser

- Socialstyrelsen: Casebeskrivning tjänstedesign: Neonatalvården (2018)
- Västra Götalandsregionen: *Behovsstyrning – Behovsanalys med åtgärdsförslag 2015*

Kapitel 1

- Region Västerbotten (Weinehall, Janlert m.fl.): *Kriterier vid val av områden som granskas systematiskt*, c:a 2000
- Nationella Samverkansgruppen metoder för kunskapsstöd: *Kartläggning av Nationella programområden, 2018*
- NICE: *Health Needs Assessment: A practical guide* (2005)
- Socialstyrelsen: *Förstudie om behov av kunskapsstöd för kroniska sjukdomar: Endometrios, epilepsi, och psoriasis* (2015)
- Socialstyrelsen: *Metodbeskrivning för arbetet med Nationella riktlinjer* (2019)

Kapitel 3

- Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet – Verktyg för nulägesanalys av patientsäkerhet (2019)
- Socialstyrelsen: *Nationella indikatorer för god vård* (2009)

Kapitel 4

- Arbetsgrupp Partnerskapet: *Exempel på frågeställningar kopplade till God vård-dimensionerna (arbetsmaterial)* (2020)
- Nationella Samverkansgruppen metoder för kunskapsstöd: *Mall för konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd* (2019)
- Nationella Samverkansgruppen för Patientsäkerhet: *Verktyg för nulägesanalys av patientsäkerhet* (2019)

Bilagor

Bilaga 1

OBS UTKAST!

Exempel på frågeställningar som kan behandlas under respektive kvalitetsdimension i ett vårdgivarperspektiv:

Kunskapsbaserad

- Finns kunskapsstöd i nationellt system för kunskapsstyrning?
- Används det?
- Ger det önskat resultat?

Jämlik

- Finns det skillnader utifrån t.ex. kön, socioekonomi, geografi eller ålder?
- Är rekommenderade behandlingar tillgängliga för alla på lika villkor?
- Vilka patienter diagnostiseras och när i sjukdomsförloppet får de sin diagnos?

Individanpassad

- Hur säkerställs att individen är en medskapare i beslut och planering av sin vård och omsorg?
- Hur säkras att individens kunskaper, erfarenheter, resurser och förmågor tas till vara?

Säker (Använd gärna [NSG Patientsäkerhets verktyg](#) för att undersöka säkerhetsaspekterna)

- Är vården säker idag?

Effektiv

- Används tillgängliga resurser (vårdplatser, kompetenser, tid m.m.) effektivt?
- Skapar processerna (ansvarsfördelning, samverkan och överlämning mellan vårdgivare, m.m.) en så effektiv hälso- och sjukvård som möjligt?

Tillgänglig

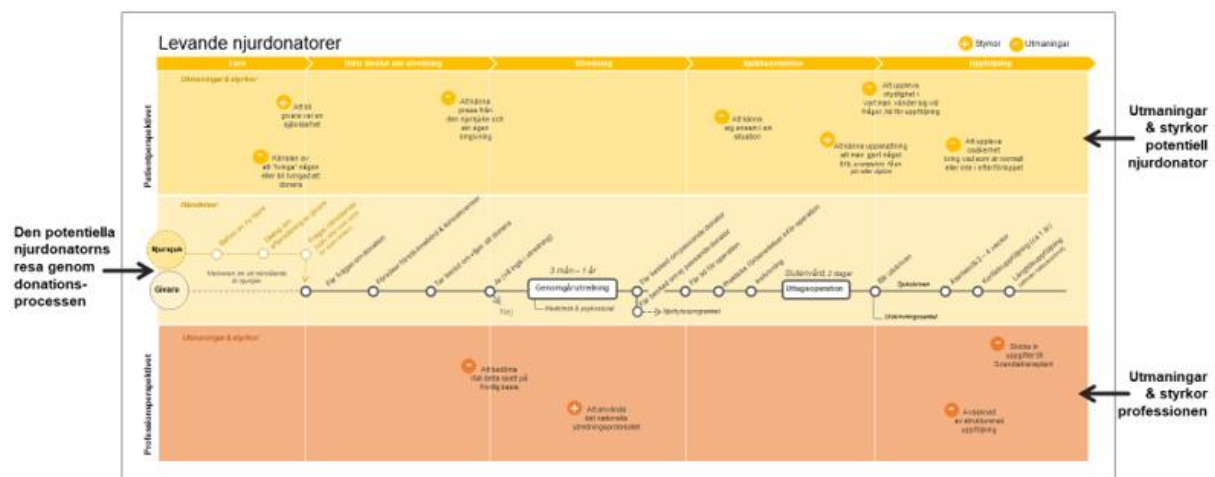
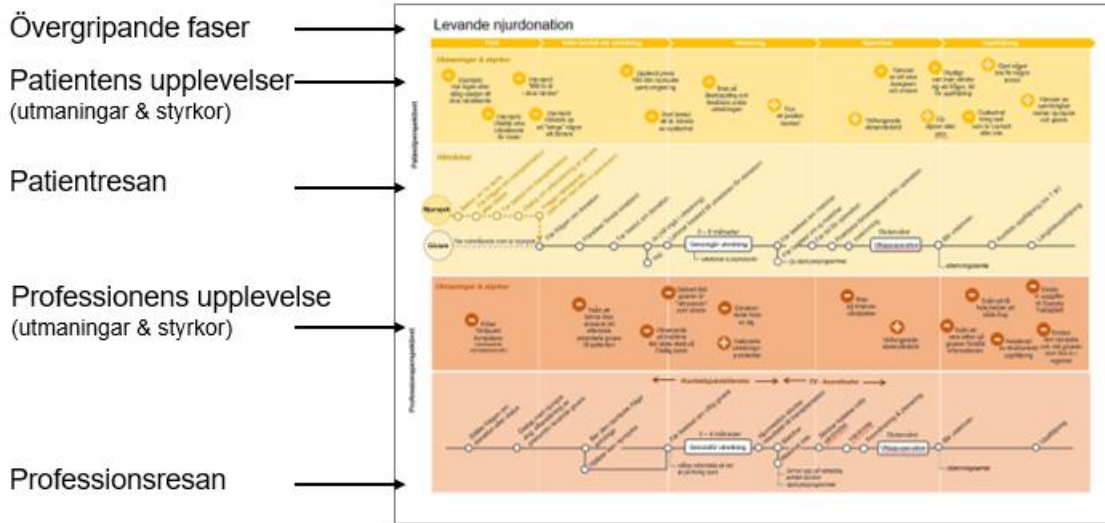
- Finns rutiner för samverkan och/eller samarbete med andra vårdgivare?
- Hur får patienten tid och påminnelse till planerade besök?
- Används ex. digitala vårdkontakter, egenmonitorering, delegation av arbetsuppgifter till att öka tillgängligheten?

Bilaga 2

Exempel på Tjänstedesign från Socialstyrelsen: Powerpointbeskrivning tjänstedesign:
 Donationsresan (2018)

Arbetsduk

- kartläggningsverktyg för att strukturera och visualisera kunskap



Bilaga 3

Exempel på tjänstedesign från Socialstyrelsen: Neonatalvården (förstudien) (2018)

Bakgrund

Hösten 2018 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag som innebar att göra en kartläggning av den neonatala vårdkedjan. Brister, skillnader och styrkor i vårdkedjan skulle identifieras och därefter skulle förslag på kunskapsstöd för att stärka vårdkedjan tas fram. Projektet genomfördes i samverkan med SKL som sen innan gjort projektet; *Neonatalvården i fokus, trygg hela vägen*.

Förutsättningar

Regeringsuppdraget var ett samverkansprojekt med SKL, dels för att knyta an till det tidigare framtagna arbetet av SKL men också för att undersöka hur Socialstyrelsen och SKL på bästa sätt kan samverka i frågor som berör oss båda.

Med hänsyn till den givna tidsramen togs beslutet att genomföra tre workshops med representanter från professionsföreningar, patientföreningar från samtliga landsting och regioner.

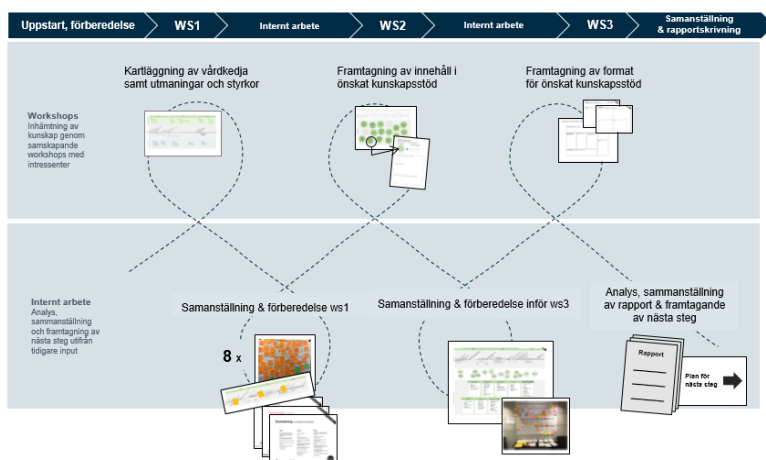
Antalet deltagare var ca 50-60 personer vid de olika tillfällena, då inklusive representanter från Socialstyrelsen och SKL.

Den interna projektgruppen bestod av Ylva Malmqvist (projektledare Socialstyrelsen), Elin Shaffer (projektledare SKL) Anastasia Nyman (projektgrupp, Socialstyrelsen) Hanna Norstedt (projektgrupp, Socialstyrelsen) Eva Flock Lindahl (metodstöd, Socialstyrelsen) Marcelle Ghaoui (metodstöd, Socialstyrelsen)

Förhållningssätt

I de tre workshopstillfällena har förhållningssättet i tjänstedesign applicerats. Det vill säga att utgå ifrån patientens, i detta fall familjens, upplevelse och hela resa genom vården. Med familjens upplevelse som utgångspunkt kunde utmaningar och behov identifieras både utifrån familjens- och vårdens perspektiv.

Genomförande



De tre workshopstillfällena hade olika fokus.

Workshop1: Hade syftet att kartlägga vårdkedjan med dess utmaningar och styrkor och behov av kunskapsstöd.

Workshop2: Utifrån de identifierade behoven och utmaningarna kunde olika utmaningsområden arbetas fram och utifrån dessa fick deltagarna arbeta fram önskade kunskapsstöd för att skapa en trygg resa för familjen och professionen genom den neonatala vården.

Workshop3: Den sista workshopen handlade om att förstå i vilket format som kunskapsstöden skulle paketeras i för att var tillgängligt och lätt för målgrupperna att använda.

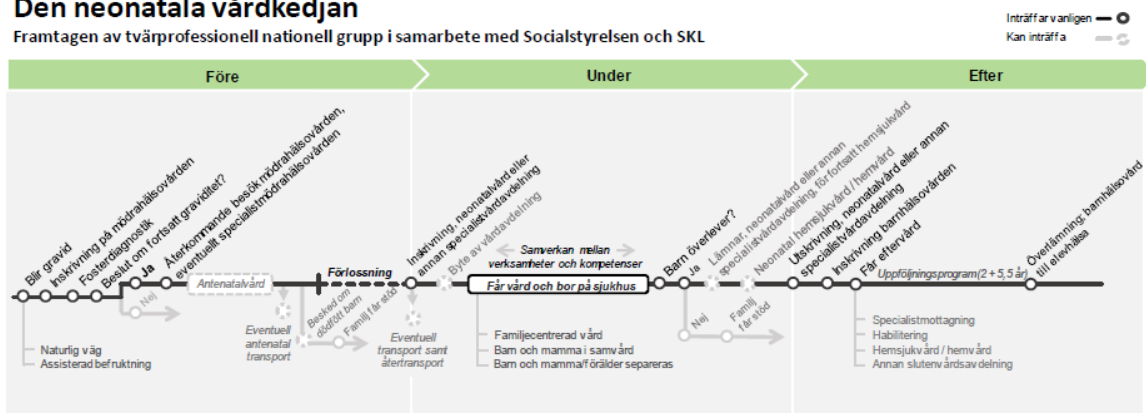
Workshoparna hade ett samskapande och iterativt arbets sätt i den mening av att deltagarna under arbetets gång fick tycka till, komplettera och bygga vidare på det materialet som sammanställts från de tidigare workshoparna. På så sätt kunde projektgruppen förfinas materialet allteftersom att vi förstod mer om målgruppens behov och förutsättningar.

Verktyg

Det huvudsakliga verktyget som användes var en kundresa/användarresa för att på ett pedagogiskt sätt strukturera upp och visualisera familjens resa före, under och efter möte med den neonatala vården. Och därefter kunna identifiera vilka utmaningar och styrkor som fanns längst resan.

Den neonatala vårdkedjan

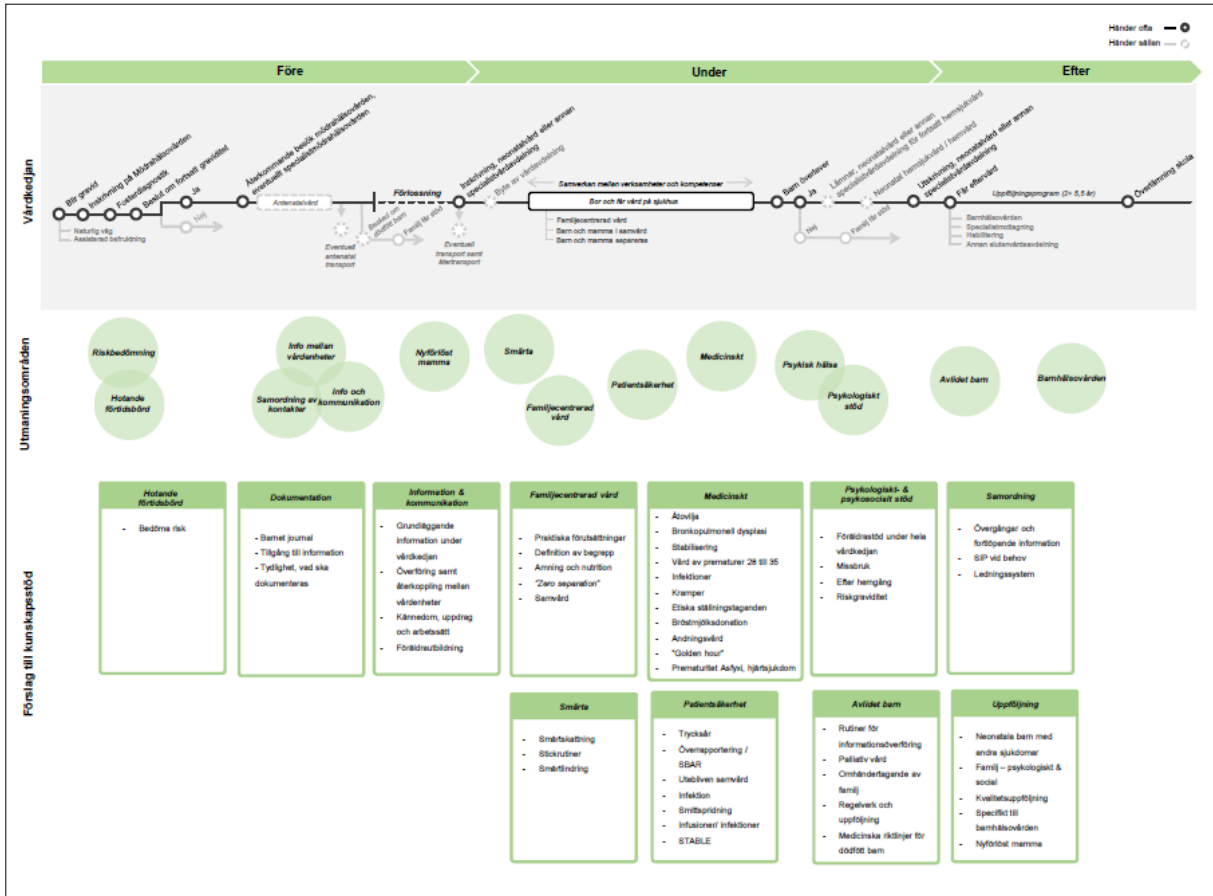
Framtagen av tvärprofessionell nationell grupp i samarbete med Socialstyrelsen och SKL



Effekt

Vid slutet av varje workshop tillfälle utvärderades dagen av de medverkande deltagarna, både vad som de tyckte var bra men även vad som kunde förbättras. Övergripande kommentar var det strukturerade upplägget, att få arbeta på ett systematiskt sätt med familjernas hela resa, före under och efter. En annan återkommande kommentar var att få chansen att jobba tvärprofessionellt och få chansen att kunskapsdelas sinsemellan. Det som kunde förbättras var bland annat en önskan om mer tid för övningarna.

Några av deltagarna har efter workshoparna hört av sig och bett om att få mallarna som användes och upplägget från workshopen för att de själva vill göra detta i sin verksamhet med sina kollegor.



Bilaga 4

OBS UTKAST!



Utmaning 1: Utredning av RA kan ta tid

- Innan diagnos ställts besvärar patienten ofta av smärta och värk i leder, trots att ledinflammation inte alltid kan påvisas vid undersökning.
- Smärta och värk är inte ovanligt men det är bara hos en liten andel som orsaken är inflammatorisk reumatisk sjukdom.
- Sjukdomens relativa sällsynthet i jämförelse med förekomst av smärta, gör att utredning av reumatoid artrit (RA) ibland förbises i primärvården och patienten riskerar att inte utredas.
- Då finns risk att diagnosen RA försenas och upprepade besök kan krävas innan patienten får rätt vård.

Utmaning 2: RA kan ha stor påverkan på patientens liv

- När patienten fått diagnos RA hos en reumatolog följs de flesta patienter livet ut inom den reumatologiska specialistvården.
- Att leva med en reumatisk sjukdom innebär inte enbart medicinsk behandling, utan kan påverka aspekter av livet som tidigare känts självklara. Dit hör exempelvis livsstil, relationer, fritidsintressen och yrkesval.

Utmaning 3: Att leva med RA medför stort egenansvar

- Att leva med reumatisk sjukdom innebär ofta krav på ett flertal beteendeförändringar, exempelvis att sluta röka och öka sin fysiska aktivitet. Dessa måste patienten själv ta ansvar för.
- Sjukdomen kan innebära skov, det vill säga perioder av mer inflammatorisk aktivitet och därmed ökad smärta och svullna leder. Under dessa perioder behöver patienten själv kontakta vården för att få en ny bedömning och ställningstagande till justerad behandling.
- Patienten behöver vara aktiv i den medicinska behandlingen, både vad gäller provtagning och mediciner.

REUMATOID ARTRIT