

## **Bättre vård vid kroniska sjukdomar - en modell för interprofessionellt och patientinkluderande levnadsvanesamarbete inom reumatisk vård**

### **Bakgrund**

Patienter med reumatisk sjukdom utgör en betydande andel av landets kroniskt sjuka. Dagens behandlingsprinciper innebär att flertalet patienter med reumatisk sjukdom ska behandlas tidigt och följas på specialistklinik. Som grupp betraktad har patienter med reumatisk sjukdom en ökad dödlighet, fr.a. i hjärt-kärl sjukdom. Detta tillsammans med det faktum att det idag finns evidens för att levnadsvanorna har en direkt inverkan på den reumatiska sjukdomens förlopp och behandlingsmöjligheter gör det extra angeläget att arbeta med levnadsvanor inom reumatologin. Reumatologsektionen har inom ramen för SLS levnadsvaneprojekt 2011-2014 sammanställt faktaunderlag till Sveriges reumatologläkare avseende betydelsen av levnadsvanorna specifikt för de reumatiska sjukdomarna. Som exempel kan nämnas att det idag finns tydlig evidens för att rökning mångfaldigar risken att insjukna i reumatoid artrit för den som har ärftlig benägenhet för sjukdomen, ökar risken att få ett allvarligare sjukdomsförlopp och medför risk för sämre behandlingssvar.

Förutsättningarna för utökat interprofessionellt samarbete inom reumatologin i levnadsvanefrågor bedöms som goda då många av landets reumatologenheter sedan länge har välfungerande team för reumarehabilitering bestående av sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska, psykolog/kurator och läkare, ibland dietist och ytterligare professioner.

Den nya patientlagen vars syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet kan ses som en hörnsten i allt levnadsvanearbete eftersom patienten i detta är den självklara huvudaktören.

Svensk reumatologi har sedan mitten av 90-talet arbetat med kvalitetsregister (SRQ). Utöver medicinska objektiva parametrar innehåller registret patientens egen registrering (PER). Patienterna fyller själva i ett antal parametrar som belyser hur aktiv deras sjukdom är på pek-skärm på mottagningen eller på sin egen dator, surfplatta eller mobil via 1177 Vårdguidens e-tjänster f.d. "mina vårdkontakter". Svaren används sedan interaktivt vid läkarbesöket. Här finns en potential för ökad användning av kvalitetsregistret/PER för att identifiera levnadsvanor, följa förändring av levnadsvanor och öka patientens delaktighet.

Projektgruppen har under hösten 2015 genomfört en omvärldsspaning inklusive litteraturstudier, en webb-enkät till landets reumakliniker och en workshop på temat "levnadsvanor inom reumatologi". Utifrån dessa resultat tillsammans med egna kunskaper/erfarenheter har vi formulerat ett förslag till modell för optimerat levnadsvanearbete inom reumatologi.

### **Insatser har skett i enlighet med aktivitetsplanen**

#### **Arbetsgrupp**

En interprofessionell arbetsgrupp har formerats och består av följande personer från de sökande professionsorganisationerna med engagemang och spetskompetens inom reumatologi, levnadsvanor och sjukdomsförebyggande metoder. (se bilaga)

Ann-Marie Calander, projektledare, överläkare reumatologi, PhD, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ulrika Bergsten, leg. sjuksköterska, med dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Mathilda Björk, leg. arbetsterapeut, biträdande professor, Linköpings universitet.

Nina Brodin, leg. fysioterapeut, med dr, Karolinska Institutet.

Susanne Pettersson, universitetssjuksköterska, med dr, Karolinska Universitetssjukhuset.

Alexandra Roth, leg. dietist, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Emma Swärd, leg. Fysioterapeut, med dr, Karolinska Institutet.

## **Omvärldsspaning avseende pågående nationellt levnadsvanearbete**

Projektgruppen har genomfört en omvärldsspaning med syfte att kartlägga pågående och avslutat nationellt levnadsvanearbete samt identifiera framgångsfaktorer och lärdomar. Ett flertal enheter, projekt, hemsidor och nyckelpersoner har intervjuats eller observerats i olika delar i Sverige. Intervjuerna har representerat primärvård, specialistvård, företag, statliga verk, regionövergripande projekt och forskning. Det gemensamma har varit fokus på arbete med levnadsvanor. Omvärldsspaningen sammanfattas nedan.

### **Identifierade pågående projekt**

Omvärldsspaningen visar att det pågår många goda projekt och satsningar gällande levnadsvanor runt om i landet. Flera personer uttrycker att satsningarna fungerar bra så länge de finns i projektform och har extra resurser. När den extra satsningen är avslutad är det ofta svårt att implementera och hålla kvar arbetssättet i den kliniska vardagen. Det finns också många informativa hemsidor som innehåller såväl utbildningsmaterial som projektbeskrivningar. Exempel på levnadsvaneprojekt som pågår nationellt är:

- ”Hälsosamtal för dig som fyller 40 år” (start 2001 i Gävleborg). ett projekt som pågått sedan 2001. Hälsosamtalsenkät fylls i (levnadsvanor samt sömn, stress, sysselsättning) inför ett besök hos en hälsosamordnare. Utöver det kollar man blodtryck, blodfetter, p-glukos, vikt, längd (BMI).
- I region Jämtland Härjedalen har man ”Hälsorum” på 16 av länets 28 hälsocentraler. Ett rum som underlättar för besökaren (behöver ej vara patient) att kunna gå för att ta sitt eget blodtryck, väga och mäta sig samt hitta informationsmaterial och inspiration för att kunna leva ett hälsosammare liv. Samt är tidsbesparande för HCs personal (är grundligt utvärderat ur flera perspektiv).
- Söderhälsan i Norrköping driver ett levnadsvaneprojekt för nyanlända flyktingar och personer med annan etnisk bakgrund. Har varit framgångsrikt i ett område med en stor andel utlandsfödda.
- LIVI reumatologmottagningen, Huddinge t.o.m. 2015, finansierades av externa SLL pengar nu ”slut” (tar därför emot få nya patienter för annat än rökavvänjning). T.o.m. 2015 haft screening för personer med tidig artrit och erbjudit stöd om rök/fysisk aktivitet.

### **Identifierade framgångsfaktorer**

- Tydliga processer: Uppsala län har välfungerande processer där man på Akademiska sjukhuset nydiagnostiserade patienter screenas vad gäller levnadsvanor. Finns även möjlighet att åskådliggöra patientens levnadsvanor i journalsystemet Cosmic.
- Samtalsmodell: Flera enheter använder sig av MI och/eller KBT (ex Aleris i Stockholm),
- Uppföljningar: Flera enheter har strukturerade uppföljningar på upp till 12 månader. Exempelvis City Praktiken i Västerås,
- Vidgade levnadsvanor: Flera enheter följer Socialstyrelsens riktlinjer men inkluderar även sömn och stress (ex Bergshamra livsstilsmottagning)
- Tillgång till flera yrkeskategorier: Flera yrkeskategorier nämns och flera enheter erbjuder teammottagning. Södermalms Rehab Södras Livsstilsmottagning nämner bio-psykosociala team.

## Material och tjänster användbara för vårdgivare och patienter

- 1177 – Hälsa och livsstil - flik som heter Hälsa och Livsstil som är väldigt användbar och informativ både för personal och patienter. Innefattar ett flertal hälsotester där; rörelsetest, diabetesrisktest, sömntest, stresstest, alkoholtest (separat)
- Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) - webbaserat läromaterial om man vill jobba med hälsofrämjande möten med information, övningar, filmer med mera. Både för patient och verksamhet.
- Sluta-röka-linjen
- Alkohollinjen
- Alex-it (utgår från Linköpings universitet, [www.alexit.se](http://www.alexit.se)). Test för: alkohol, matvanor, stress, sömn, tobak, fysisk aktivitet, mental hälsa. Arbetar även med livsstilskiosker.
- Stadprojektet (arbetat fram från Apoteket) <http://www.livsstilstest.se/stad/main.aspx>  
Används bl.a. i Örebro län, tar totalt 24 minuter och är indelat i olika delar: kost, alkohol, läkemedel & droger, tobak, motion, vikt och stress.
- Webbutbildning från SoS: "Samtal och råd om bra matvanor" håller på att omarbetas till en 2h version istället som är mer interaktiv.
- Regionalt vårdprogram för levnadsvanor (Stockholms läns landsting). Ett gediget material på 60 sidor som ger konkreta tips och mycket bra information om länkar etc. som vårdgivare kan använda sig av.

## Identifierad resurslitteratur

Redding C, Rossi J, Rossi S, Velicer W, Prochaska J. Health Behavior Models. The International Electronic Journal of health Education 2000, 3.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International.1996, 11, 1

Glanz K, Rimer B, Viswanath K. 2008. Health behavior and Health education: Theory, research and practice. Wiley.

Willman och Gustafsson. 2015. Hälsofrämjande omvårdnad – Bekräftande vägledning för att skapa sin egen hälsa. Willman och Gustafsson (2015). Studentlitteratur.

Vi har också genomfört en omfattande litteratursökning gällande vad som publicerats 2015 om reumaspecifika aspekter på respektive levnadsvana och livsstilsförändring. Se bifogad ref. lista. För äldre reumaspecifik levnadsvane information se SLS och SRFs hemsida under rubrik "Levnadsvaneprojektet".

## Genomförd webb-enkät – Sveriges reumatologmottagningar

För att identifiera nuvarande enheters arbete med levnadsvanor genomförde arbetsgruppen under hösten en webb-enkät bestående av 15 frågor kring de rutiner och det arbete med levnadsvanor som finns idag. Enkäten utformades för att kunna återupprepas efter en implementering av ett nytt arbetssätt/modell och då kunna belysa eventuella skillnader/utveckling inom området.

## Resultat

- 35 enheter anknutna till SRQ ombads att besvara enkäten, 21 svar har inkommit.

- Av de 21 angav alla att de bedriver öppenvård, 13 bedriver även slutenvård och 12 har dagvård. Fyra enheter anger att de har levnadsvanemottagning och fyra enheter anger annan verksamhet t ex sjuksköterskemottagning, projektavdelning med kliniska prövningar och reuma rehab.  
Elva enheter arbetar med alla levnadsvanor, två anger att de inte arbetar med levnadsvanor alls och 6 enheter anger att de främst arbetar med vissa av levnadsvanorna. 16 enheter anger att de främst arbetar med rökning och 3 fysisk aktivitet. Vid 4 enheter har man en person som är ansvarig för levnadsvanearbetet, tio enheter har ingen ansvarig.

Drygt hälften av enheterna screenar för ohälsosamma levnadsvanor, men inte alla fyra utan fokus ligger på rökning och då framförallt vid nybesök. Personligt samtal som screening verktyg används mest, men även elektronisk screening och frågeformulär i väntrummet/hos vårdgivaren används. Mindre än hälften av enheterna ger samtliga patienter information om levnadsvanor.

Ett fåtal enheter ger information till de som frågar, de som har ohälsosamma levnadsvanor alternativt remitteras patienten till annan vårdgivare för information. Muntlig information är vanligast men skriftlig information används i hälften av fallen.

Åtgärd avseende levnadsvanor sker i hälften av fallen individuellt, ett fåtal individuellt och i grupp. Endast ett fåtal enheter genomför åtgärder som följer Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom alla områden.

Endast hälften av enheterna utvärderar BETEENDET efter åtgärden, ett fåtal UTFALLET av åtgärden. Åtgärder följs dock upp vid personligt möte eller via telefon. Åtgärder och arbete kring levnadsvanor journalförs framförallt som löpande text i journalen, ett fåtal under sökord i journalen alternativt med KVÅ-koder.

### **Enskilda uppfattningar/goda exempel**

- En enhet vill verka för att Reumatologenheter bör fånga upp ohälsosamma levnadsvanor men att man därefter bör remittera till primärvården/hälsocentraler som är specialiserade på att arbeta med levnadsvanor.
- En enhet har haft Livsstilsmottagning en längre tid och läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter har utbildats i Motiverande Samtal (MI). En enhet anger att utprovning av en ny verksamhet för patienter som får reumatisk diagnos (alla oavsett diagnos) "nyinsjuknad-mottagning" pågår. Där skall information, både skriftlig och muntlig, och samtal om levnadsvanor ingå.
- Vid en enhet är levnadsvanor inkluderade under "Hälsosamtal" i det elektroniska journalsystemet och hela landstinget använder samma modul.

## **Genomförd Workshop “Levnadsvanor inom Reumatologi”**

### **Syfte**

Att utbyta erfarenheter och tankar samt identifiera behov inför ett optimerat levnadsvanearbete inom framtidens reumatologi.

### **Deltagare**

Tjugotre personer med olika spetskompetenser från flera delar av landet deltog. Deltagarna representerade flera professioner samt patientorganisationen. Se bilaga.

### **Genomförande**

För att ge förutsättningar för diskussioner och kreativa synpunkter varvades workshopens grupparbeten med inspirationsföreläsningar. I diskussion lyftes förslag på hur professionen och patienter skulle vilja att levnadsvanearbetet ser ut inom reumatologin i framtiden.

Efter introduktion till ämnet och workshopens syfte presenterade Ann Blomstrand, från Göteborgs Universitet, en modell för levnadsvanearbete ”Hälsolyftet” vilken implementeras på offentliga vårdcentraler i Västra Götalandsregionen.

För att vidga tankarna mot framtidens inom reumatologi presenterade registerhållare Sofia Ernestam, Svensk Reumatologis Kvalitets Registers (SRQ) potentiella delaktighet i levnadsvanearbete. Detta e-hälsoperspektiv fortsatte dag två, då Ulrika Bjarre från Stockholms Läns landsting gav en föreläsning om hur primärvården ber patienten via 1177 vårdguidens e-tjänster besvara Socialstyrelsens frågor om de fyra levnadsvanorna. Patienterna använder sin eget konto och loggar in med hjälp av e-legitimation. När frågorna är besvarade kan de, med patientens tillstånd, importeras av vårdgivaren till journal systemet ”Take Care”.

### **Resultat**

Begrepp: Förslag att använda uttrycket att uppmärksamma levnadsvanor istället för att bara identifiera förespråkades.

Utbildningsbehov - gemensam kunskapsbas vad gäller levnadsvanor inom reumatologi.

Förslag på att använda någon eller några av de generella web-utbildning som finns som ett ”körkort” för levnadsvanearbete dock behövs en komplettering med kunskap om levnadsvanornas reumaspecifika betydelse.

Levnadsvanorna kost och alkohol identifierades som komplexa. Som exempel framkom att såväl vårdgivare som patient ibland förväxlar riskbruk av alkohol såsom risken att hamna i medan det i detta sammanhang är risken för ohälsa. Medvetenheten kring detta bör stärkas och förtydligas.

Patient integration och e-hälsa: Patientrepresentanterna uttryckte att de gärna svarar på frågor om levnadsvanor i formulär hemskickade före besök eller via webben, men vill ha direkt feedback på det man fyllt i. Självmonitorering av förändringsarbetet ställer man sig positiv till, men personligt möte behövs vid något tillfälle.

### **Resultat - Förslag till modell för levnadsvanearbete inom reumatologi**

Arbetsgruppen har utfört ett omfattande bakgrundsarbete under hösten 2015. Medelst webb-enkät har Sveriges reumaklinikers/mottagningars nuvarande arbete med levnadsvanor identifierats, via omvärldsspaning av befintliga verksamheter inom och utanför reumatologin har goda exempel inhämtats och litteratursökning har gjorts. En workshop med speciellt inviterade personer inklusive patientrepresentanter har genomförts för diskussion och idéskapande. Med hjälp av det som framkommit under detta arbete och utifrån gruppens egna kunskaper och erfarenheter har vi identifierat viktiga hörnstenar i den modell för levnadsvanearbete som vi håller på att utforma och som vi planerar/önskar arbeta vidare med under 2016.

## **Gemensam kunskapsbas för alla medarbetare**

Ett gemensamt förhållningssätt vad gäller synen på hälsa och hälsofrämjande är viktigt för att möta patienten och för att kunna stödja denne i sitt förändringsarbete.

Det finns i dagsläget många vetenskapliga publikationer gällande levnadsvanornas specifika inverkan på de reumatiska sjukdomarna och deras behandling och nya kommer hela tiden. Arbetsgruppen bedömer det som viktigt att alla som arbetar inom reumatologi delges huvudbudskapen i denna framväxande kunskap på ett bra sätt. En gemensam reumaspecifik kunskapsbas om levnadsvanor skulle förutom att bidra till att patienten möts av samma budskap/information oavsett vilken vårdgivare hon möter också verka motivationshöjande för såväl vårdgivare som patient.

Vi menar därför att ett reuma-specifikt utbildningspaket (t.ex. i form av webb-utbildning/ studiecirkel material) för alla som arbetar inom reumatologi bör tas fram för att komplettera befintliga/kommande generella webb-utbildningar inom levnadsvanearbete.

Utbildningen bör förutom de fyra levnadsvanorna i Socialstyrelsens riktlinjer, även belysa sömn och stress, två viktiga komponenter/symptom inom reumatologin. Genomgången och godkänd utbildning tänker vi oss ska resultera i ett ”reumaspecifikt levnadsvanekörkort”. Hur arbetet med att ta fram denna reuma-specifika utbildnings-modul skall ske/finansieras är inte klarlagt.

## **Organisation - Levnadsvaneansvarig på varje reumaklinik/mottagning**

Det levnadsvanearbete som idag bedrivs på landets reumatologkliniker/mottagningar är av mycket skiftande karaktär och omfattning och ofta i stor utsträckning avhängigt av enskilda entusiaster. Arbetsgruppen har sett som sin uppgift att föreslå en enkel struktur som ska vara lätt att applicera på såväl små som stora enheter och som inte kommer vara speciellt resurskrävande.

Vi föreslår att varje reumaklinik/mottagning utser en nyckelperson som är tänkt att ta ett större ansvar för klinikens/mottagningens arbete med levnadsvanor. Denna nyckelperson/levnadsvaneansvariga får som en av sina viktigaste uppgifter att fylla i en ”kompetenskarta”, som arbetsgruppen planerar tillhandahålla icke-ifylld, där specifika kompetenser inom de olika levnadsvanorna identifieras inom den egna kliniken, på andra mottagningar, i primärvården och andra enheter inom den egna regionen.

Vi vill betona vikten av att identifiera resurser även utanför den egna mottagningen då det för många, kanske flertalet reumatologmottagningar inte kommer vara aktuellt att bedriva det faktiska interventionsarbetet inom den egna verksamheten. Alla medarbetare på kliniken/mottagningen skall sedan via nyckelpersonen och kompetenskartan få kännedom om hur och vart man lokalt lotsar en patient som önskar stöd att förändra en levnadsvana. I och med att erfarenheten av att arbeta med levnadsvanor ser olika ut runt om i landet kan denna kompetenskarta komma att se olika ut på olika kliniker/mottagningar vilket snarast torde vara en fördel ur implementerings synpunkt.

## **Interprofessionellt samarbete**

Var och en i det reumaspecialiserade teamet; fysioterapeut/arbetssterapeut/sköterska/undersköterska/kurator/psykolog/dietist/läkare, ska kunna initiera levnadsvanearbetet, vem av dessa spelar mindre roll men det ska vara en person som patienten känner tillit till. Såväl deltagarna i workshopen som projektgruppen betonar vikten av att uppmärksammandet av en ohälsosam levnadsvana måste vara tätt länkat till intervention. Den som ger interventionsstödet behöver ha kompetens avseende strukturerat/teoribaserat samtal, ha ett djupare kunnande inom den aktuella levnadsvanan samt ha möjlighet att följa upp och utvärdera förändringsarbetet. Varje vårdgivare kan inte besitta denna fördjupade kompetens men alla medarbetare ska ha kännedom om hur och vart man lokalt lotsar en patient som önskar stöd att förändra en levnadsvana. För att övriga i teamet ska veta vilka initiativ som tagits/insatser som gjorts, också för att undvika glapp eller dubbelarbete så behöver journalföringen bli mer enhetlig.

## **Patientinkludering**

Arbetsgruppens ser det som önskvärt att SRQ och PER får utökad användning inom levnadsvanearbetet. I första hand genom att patienten själv ges möjlighet att registrera data om

samtliga levnadsvanor och själv kan jämföra med sina egna tidigare registreringar. SRQ som idag används som ett pedagogiskt instrument i kontakten mellan patient och vårdgivare när det gäller läkemedelsbehandling och sjukdomsaktivitetskontroll kan då komma att fungera på likartat sätt i levnadsvanearbetet. På sikt hyser vi förhoppningen att det ska gå att grafiskt illustrera även levnadsvanorna som översikt i SRQ för att kunna följa hur dessa förhåller sig till sjukdomsaktivitetsmått och medicinering. Patienterna skulle då erbjudas en efterfrågad och mycket överskådlig och didaktisk feedback på sin levnadsvana/förändring av levnadsvana i förhållande till sin reumatiska sjukdom.

Under workshopen framkom att många patienter ställer sig positiva till självmonitorering av förändringsarbetet ställer man sig positiv till, men önskar även ett personligt möte för till exempel feedback av inmatad data eller utvärdering av intervention.

## **Kommunikationsplan**

### **Att nå ut till alla patienter**

Majoriteten av reumatologins patienter räknar vi med att nå med hjälp av motiverade medarbetare med gemensam kunskapsbas och via PER (Patientens Egenregistrering) i vårt kvalitetsregister. SRQ som har en hög täckningsgrad.

Levnadsvanearbete sker nästan uteslutande med hjälp av språklig kommunikation vilket ställer oss inför stora utmaningar när det gäller att nå nyanlända och icke svensk-födda patienter.

Patientorganisationen Reumatikerförbundet bedriver redan idag verksamhet för att nå dessa patientgrupper på ett bra sätt. Här ser vi gärna ett samarbete gällande det levnadsvanearbete som har att överbrygga kulturella/språkliga barriärer. En idé (se goda exempel, omvärldsspaningen) är att skapa ”levnadsvanehörnor” på de olika klinikernas mottagningar där information och frågeformulär kan finnas på flera olika språk både för patienter och anhöriga att ta del av.

En grupp patienter som vi inte alls når i nuläget är våra ”prepatienter”. Till ”prepatienter” skulle man idag ev. kunna räkna dem som har genetisk benägenhet att utveckla reumatoid artrit och där triggande miljöfaktorer/levnadsvanor kan vara det som avgör om sjukdom kommer till uttryck eller ej. Studier pågår i världen och Sverige avseende detta och framtiden får utvisa om här finns potential för äkta primärprevention.

### **Att nå ut till alla medarbetare inom reumatologi**

- Via reumaspecifik utbildning om levnadsvanorna t.ex. i form av en webb-utbildning
- Via klinikernas levnadsvaneansvariga
- Via bra information på etablerade hemsidor med länkar till välfungerande e-tjänster.

## **Representation och förankring**

För att ge bra förutsättningar för implementering av den framtida modellen behöver arbetsgruppen ha en bättre geografisk representation och vi vill därför utöka den med någon person med adekvat kompetens, verksam i landstinget Norrland respektive Skåne. Vi ämnar också inkludera patientrepresentant från Reumatikerförbundet i arbetsgruppen.

För granskning och förankring kommer modell-förslaget skickas till MoRR-gruppen (Modern Reuma Rehabilitering) inom SRF (Svensk Reumatologisk Förening), SRFs styrelse och övriga professionsspecifika reumasektioner samt Reumatikerförbundet (patientföreningen). Förslaget kommer också behöva processas i linjeorganisationen.

## **Extrapolering till andra ämnesområden/patientgrupper med andra kroniska sjukdomar**

Själva idén med en ämnesspecifik tilläggsmodul till befintlig webb-utbildning om levnadsvanor bör lätt kunna extrapoleras till andra områden. Sålunda kan man tänka sig att diabetesvården, KOL-vården

etc., var och en tar fram en ämnesspecifik sådan och att dessa moduler läggs tillgängliga på en gemensam lärplattform som tillägg till en generell webb-utbildning om levnadsvanor.

Strukturen med en levnadsvaneansvarig person på varje klinik/mottagning som fyller i en kompetenskarta bör kunna passa oavsett specialitet/patientgrupp. Med stöd av kompetenskartan ska patienten kunna lotsas vidare för adekvat stöd, oavsett vilken medarbetare som identifierat att interventionen behövs eller om initiativet kommer från patienten själv.

## **Bilaga 1**

**Ann-Marie Calander** - projektledare, överläkare reumatologi med processansvar rehabilitering, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, med. dr., ledamot av Läkaresällskapets kommitté för prevention, sektionsansvarig reumatologi SLS' levnadsvaneprojekt 2012-14.

**Ulrika Bergsten** - leg. sjuksköterska, fil dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Styrelseledamot och levnadsvaneansvarig i Föreningen för Reumasjuksköterskor i Sverige, klinisk erfarenhet inom reumatologi och rehabilitering, drivit projekt tillsammans med Reumatikerförbundet. Bedriver forskning kring personcentrerad vård.

**Mathilda Björk** - leg. arbetsterapeut, biträdande professor, Linköpings universitet. Verksamhetsutvecklare vid reumatologiska kliniken i region Östergötland, vice ordförande i Svenskt Reuma Forum (SveReFo), utskottsansvarig för reumatologi i Sveriges arbetsterapeuter.

**Nina Brodin** - leg. fysioterapeut, med. dr., universitetsadjunkt, Karolinska Institutet(KI) samt leg. Fysioterapeut vid Danderyds sjukhus inom reumatologi. Erfarenhet av arbetet med fysisk aktivitet inom Reumatikerförbundet.

**Susanne Pettersson** - universitetssjuksköterska, med. dr., Karolinska Universitetssjukhuset, Reumatologiska kliniken. Medarbetare vid pilot-testning/utvärdering av e-hälsotjänster knutna till 4D-artriter (samarbete Karolinska Institutet och Stockholms Läns Landsting) Erfarenhet av koordinerande arbete vid livsstilsmottagningen(LIVI), Reumatologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

**Alexandra Roth** - leg. dietist på Reumatologen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

**Emma Swärdh** - leg. Fysioterapeut, med. dr., universitetsadjunkt, Karolinska Institutet (KI). Levnadsvaneansvarig och ledamot smärtsektionen Fysioterapeuterna, kursansvarig "Att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder" 7,5 hp KI, klinisk erfarenhet inom reumatologi, erfarenhet av arbete med fysisk aktivitet inom patientorganisationen Reumatikerförbundet.

## **Deltagare Workshop**

**Ulrika Bjarre** - Verksamhetschef, Spec. allmänmedicin, e-hälsa och levnadsvanearbete inom Stockholms läns landsting.

**Mathilda Björk** - leg. arbetsterapeut, biträdande professor, Linköpings universitet. Verksamhetsutvecklare vid reumatologiska kliniken i region Östergötland, vice ordförande i Svenskt Reuma Forum (SveReFo), utskottsansvarig för reumatologi i Sveriges arbetsterapeuter.

**Kristin Blidberg** - Forskningschef Reumatikerförbundet.

**Ann Blomstrand** - Specialist i allmänmedicin, med.dr., Hälsolyftet - livsstilsintervention i primärvården i Västra Götaland.

**Nina Brodin** - leg. fysioterapeut, med dr, universitetsadjunkt, Karolinska Institutet(KI) samt leg. Fysioterapeut vid Danderyds sjukhus inom reumatologi. Erfarenhet av arbetet med fysisk aktivitet inom Reumatikerförbundet.

**Ann-Marie Calander** - projektledare, överläkare reumatologi med processansvar rehabilitering, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, med.dr., ledamot av Läkaresällskapets kommitté för prevention, sektionsansvarig reumatologi SLSS levnadsvaneprojekt 2012-14.

**Ing-Marie Dohrn** - Fysioterapeut, med. dr., Postdoktor vid institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och Samhälle vid Karolinska Institutet.

**Ann-Charlotte Elkan** - Sjuksköterska Reumatologi, Med Dr, vetenskapliga publikationer om kroppssammansättning och kost vid reumatisk sjukdom. Kanslichef på SRQ

**Sofia Ernestam** - Överläkare Reumatologi, registerhållare SRQ.

**Kristina Areskoug-Josefsson** - Fysioterapeut reumatologi, med.dr.

**Ulrika Bergsten** - leg. sjuksköterska, fil dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Styrelseledamot och levnadsvaneansvarig i Föreningen för Reumasjuksköterskor i Sverige, klinisk erfarenhet inom reumatologi och rehabilitering, drivit projekt tillsammans med Reumatikerförbundet. Bedriver forskning kring personcentrerad vård.

**Marie-Louise Karlsson** - Sjuksköterska Reumatologi, Rökavvänjare på livsstilsprojektet (LIVI) Reumatologiska kliniken Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

**Anna Kiessling** – Projektledare Levnadsvaneprojektet, Docent, Universitetslektor, Överläkare, Specialist i kardiologi och internmedicin.

**Ulla Kroksmark** - Leg. Arbetsterapeut, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Master of Art i habilitering (USA).

**Caroline Liljegren** – Patient, ordförande Reumatikerförbundet Älvsbyn.

**Elisabet Lindqvist**-Klinikchef Reumatologi, överläkare med.dr. sammankallande i SRFs arbetsgrupp för modern Reumarehabilitering (MoRR).

**Elin Löfberg**- Patient, verksamhetsombudsman Reumatikerförbundet.

**Susanne Pettersson** - universitetssjuksköterska, med.dr., Karolinska Universitetssjukhuset, Reumatologiska kliniken. Medarbetare vid pilot-testning/utvärdering av e-hälsotjänster knutna till 4D-

artriter (samarbete Karolinska Institutet och Stockholms Läns Landsting) Erfarenhet av koordinerande arbete vid livsstils-mottagningen(LIVI), Reumatologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

**Ann Post** – Sjuksköterska och rökavvänjningsexpert, med.dr. institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet.

**Malin Regardt** - Leg. Arbetsterapeut, med. dr., handlett ett implementeringsarbete kring levnadsvanor för personer med nydebuterad RA vid arbetsterapikliniken. Arbetar med implementering och utvärdering av e-hälsotjänster inom ramen för 4D-artriter (samarbete Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting).

**Alexandra Roth** - leg. dietist på Reumatologen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

**Emma Swärdh** - leg. Fysioterapeut, med. dr., universitetsadjunkt, Karolinska Institutet (KI). Levnadsvaneansvarig och ledamot smärtsektionen Fysioterapeuterna, kursansvarig ”Att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder” 7,5 hp KI, klinisk erfarenhet inom reumatologi, erfarenhet av arbete med fysisk aktivitet inom patientorganisationen Reumatikerförbundet.

**Åsa Wetterqvist** - Spec. allmänmedicin, medlem i rådet för levnadsvanefrågor, SFAM. Utbildningsresurs Levnadsvaneprojektet del.1. (2011 – 2014)

## **Bilaga 2**

### **Program workshop**

24 november 2015

12.00 – 13.00 Lunch

13.00 – 13.30 Introduktion. Levnadsvanornas specifika betydelse inom reumatologin.  
Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Workshopens syfte. Ann-Marie Calander och  
Alexandra Roth.

13.30 – 14.00 Hälsolyftet. Implementering av livsstilsintervention i primärvården i Västra Götaland  
Ann Blomstrand.

14.00 – 14.30 Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). Hur kan vården och patienterna  
använda SRQ i levnadsvanearbetet idag och i framtiden? Sofia Ernestam.

14.30 – 14.45 Fika.

14.45 – 16.00 Grupparbete Pass 1: Vårdkedjan.

16.00 – 16.15 Paus.

16.15 – 18.00 Grupparbete Pass 2: Teamets, patientens och mottagningens insatser.

19.00 Middag.

25 november 2015

08.30 – 09.00 E-hälsa och levnadsvanearbete inom Stockholms läns landsting Ulrica Bjarre.

09.00 – 10.30 Grupparbete Pass 3: Verktyg och stöd för lyckat arbete med levnadsvanor.

10.30 – 10.45 Fika.

10.45 – 12.30 Summering. Sammanställning. Anna Kiessling och Ann-Marie Calander.

12.30 – 13.30 Lunch.

## Bilaga 3

### Referenser

#### Alkohol och reumatisk sjukdom (1-20)

1. WHO. 2014. *Global status report on alcohol and health*
2. Svenska Läkaresällskapet. 2014. *Alkoholen och samhället 2014, effekter av lågdoskonsumtion. En forskningsrapport från IOGT-NTO och Svenska Läkaresällskapet*
3. Socialstyrelsen. 2014. *Läkemedelsboken: Alkohol – riskbruk, missbruk och beroende.*
4. SKL. 2014. <http://www.v%C3%A5rdguiden.1177.se>
5. Lu B, Solomon DH, Costenbader KH, Karlson EW. 2014. Alcohol consumption and risk of incident rheumatoid arthritis in women: a prospective study. *Arthritis Rheumatol* 66: 1998-2005
6. Svenska Sjuksköterskeförbundet. 2013. Sjuksköterskors samtal om levnadsvanor. <http://www.swenurse.se/contentassets/b98c1e4e2da649efac94112b6fb6e473/ssf-folder-alkohol-och-mat.pdf.pdf>
7. Huidekoper AL, van der Woude D, Knevel R, van der Helm-van Mil AH, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Kloppenburg M, Huizinga TW. 2013. Patients with early arthritis consume less alcohol than controls, regardless of the type of arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 52: 1701-7
8. Eliassen M, Gronkjaer M, Skov-Ettrup LS, Mikkelsen SS, Becker U, Tolstrup JS, Flensburg-Madsen T. 2013. Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 258: 930-42
9. Bergstrom U, Jacobsson LT, Nilsson JA, Wirfalt E, Turesson C. 2013. Smoking, low formal level of education, alcohol consumption, and the risk of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 42: 123-30
10. Bergman S, Symeonidou S, Andersson ML, Soderlin MK. 2013. Alcohol consumption is associated with lower self-reported disease activity and better health-related quality of life in female rheumatoid arthritis patients in Sweden: data from BARFOT, a multicenter study on early RA. *BMC Musculoskelet Disord* 14: 218
11. Wåhlin S. 2012. *Alkohol : en fråga för oss i vården*. Lund: Studentlitteratur. 248 s. pp.
12. Nova E, Baccan GC, Veses A, Zapatera B, Marcos A. 2012. Potential health benefits of moderate alcohol consumption: current perspectives in research. *Proc Nutr Soc* 71: 307-15
13. Di Giuseppe D, Alfredsson L, Bottai M, Askling J, Wolk A. 2012. Long term alcohol intake and risk of rheumatoid arthritis in women: a population based cohort study. *BMJ* 345: e4230
14. Socialstyrelsen. 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning.
15. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. 2011. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 342: d671
16. Frampton GK. 2011. Comment on: alcohol consumption is inversely associated with risk and severity of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 50: 423-4
17. Price S, James C, Deighton C. 2010. Methotrexate use and alcohol. *Clin Exp Rheumatol* 28: S114-6
18. Maxwell JR, Gowers IR, Moore DJ, Wilson AG. 2010. Alcohol consumption is inversely associated with risk and severity of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 49: 2140-6
19. Kallberg H, Jacobsen S, Bengtsson C, Pedersen M, Padyukov L, Garred P, Frisch M, Karlson EW, Klareskog L, Alfredsson L. 2009. Alcohol consumption is associated with decreased risk of rheumatoid arthritis: results from two Scandinavian case-control studies. *Ann Rheum Dis* 68: 222-7
20. Jonsson IM, Verdrengh M, Brisslert M, Lindblad S, Bokarewa M, Islander U, Carlsten H, Ohlsson C, Nandakumar KS, Holmdahl R, Tarkowski A. 2007. Ethanol prevents development of destructive arthritis. *Proc Natl Acad Sci U S A* 104: 258-63

## Fysisk aktivitet och reumatisk sjukdom (1-27)

1. Brodin N, Swardh E. 2015. [In Process Citation]. *Läkartidningen* 112
2. van der Goes MC, Hoes JN, Cramer MJ, van der Veen MJ, van der Werf JH, Bijlsma JW, Jacobs JW. 2014. Identifying factors hampering physical activity in longstanding rheumatoid arthritis: what is the role of glucocorticoid therapy? *Clin Exp Rheumatol* 32: 155-61
3. Sandberg ME, Wedren S, Klareskog L, Lundberg IE, Opava CH, Alfredsson L, Saevarsdottir S. 2014. Patients with regular physical activity before onset of rheumatoid arthritis present with milder disease. *Ann Rheum Dis* 73: 1541-4
4. O'Dwyer T, Rafferty T, O'Shea F, Gissane C, Wilson F. 2014. Physical activity guidelines: is the message getting through to adults with rheumatic conditions? *Rheumatology (Oxford)* 53: 1812-7
5. Nessen T, Opava CH, Martin C, Demmelmaier I. 2014. From clinical expert to guide: experiences from coaching people with rheumatoid arthritis to increased physical activity. *Phys Ther* 94: 644-53
6. Lundberg IE, Vencovsky J, Alexanderson H. 2014. Therapy of myositis: biological and physical. *Curr Opin Rheumatol* 26: 704-11
7. Hernandez-Hernandez V, Ferraz-Amaro I, Diaz-Gonzalez F. 2014. Influence of disease activity on the physical activity of rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford)* 53: 722-31
8. Chang RW, Semanik PA, Lee J, Feinglass J, Ehrlich-Jones L, Dunlop DD. 2014. Improving physical activity in arthritis clinical trial (IMPAACT): study design, rationale, recruitment, and baseline data. *Contemp Clin Trials* 39: 224-35
9. Börjesson M. 2014. Ställ rätt fråga om fysisk aktivitet. *Läkartidningen* 48
10. Bak EE, ed. 2014. *Långvarigt stillasittande en hälsofara i tiden*
11. Alexanderson H, Bergegard J, Bjornadal L, Nordin A. 2014. Intensive aerobic and muscle endurance exercise in patients with systemic sclerosis: a pilot study. *BMC Res Notes* 7: 86
12. Alemo Munters L, Alexanderson H, Crofford LJ, Lundberg IE. 2014. New insights into the benefits of exercise for muscle health in patients with idiopathic inflammatory myositis. *Curr Rheumatol Rep* 16: 429
13. Stavropoulos-Kalinoglou A, Metsios GS, Veldhuijzen van Zanten JJ, Nightingale P, Kitas GD, Koutedakis Y. 2013. Individualised aerobic and resistance exercise training improves cardiorespiratory fitness and reduces cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 72: 1819-25
14. Demmelmaier I, Bergman P, Nordgren B, Jensen I, Opava CH. 2013. Current and maintained health-enhancing physical activity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 65: 1166-76
15. van den Berg R, Baraliakos X, Braun J, van der Heijde D. 2012. First update of the current evidence for the management of ankylosing spondylitis with non-pharmacological treatment and non-biologic drugs: a systematic literature review for the ASAS/EULAR management recommendations in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 51: 1388-96
16. Perandini LA, de Sa-Pinto AL, Roschel H, Benatti FB, Lima FR, Bonfa E, Gualano B. 2012. Exercise as a therapeutic tool to counteract inflammation and clinical symptoms in autoimmune rheumatic diseases. *Autoimmun Rev* 12: 218-24
17. Lee J, Dunlop D, Ehrlich-Jones L, Semanik P, Song J, Manheim L, Chang RW. 2012. Public health impact of risk factors for physical inactivity in adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 64: 488-93
18. Katz P, Julian L, Tonner MC, Yazdany J, Trupin L, Yelin E, Criswell LA. 2012. Physical activity, obesity, and cognitive impairment among women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 64: 502-10

19. Feinglass J, Song J, Semanik P, Lee J, Manheim L, Dunlop D, Chang RW. 2012. Association of functional status with changes in physical activity: insights from a behavioral intervention for participants with arthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 93: 172-5
20. Eriksson K, Svenungsson E, Karreskog H, Gunnarsson I, Gustafsson J, Moller S, Pettersson S, Bostrom C. 2012. Physical activity in patients with systemic lupus erythematosus and matched controls. *Scand J Rheumatol* 41: 290-7
21. Baillet A, Vaillant M, Guinot M, Juvin R, Gaudin P. 2012. Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology (Oxford)* 51: 519-27
22. Socialstyrelsen. 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Indikatoer. Bilaga.  
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/Document/s/nr-sjukdomsforebyggande-inikatorer.pdf>
23. Socialstyrelsen. 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning.
24. Baillet A, Zeboulon N, Gossec L, Combescurie C, Bodin LA, Juvin R, Dougados M, Gaudin P. 2010. Efficacy of cardiorespiratory aerobic exercise in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 62: 984-92
25. YFA. 2008 och 2014. FYSS, Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling. <http://www.fyss.se>: Yrkes föreningar för Fysisk Aktivitet
26. Strombeck B, Jacobsson LT. 2007. The role of exercise in the rehabilitation of patients with systemic lupus erythematosus and patients with primary Sjogren's syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 19: 197-203
27. Munneke M, de Jong Z, Zwinderman AH, Roodenrys HK, van Schaardenburg D, Dijkmans BA, Kroon HM, Vliet Vlieland TP, Hazes JM. 2005. Effect of a high-intensity weight-bearing exercise program on radiologic damage progression of the large joints in subgroups of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 53: 410-7

### **Komorbiditet vid reumatisk sjukdom och levnadsvanor (1-6)**

1. Peters MJ, van Halm VP, Voskuyl AE, Smulders YM, Boers M, Lems WF, Visser M, Stehouwer CD, Dekker JM, Nijpels G, Heine R, Dijkmans BA, Nurmohamed MT. 2009. Does rheumatoid arthritis equal diabetes mellitus as an independent risk factor for cardiovascular disease? A prospective study. *Arthritis Rheum* 61: 1571-9
2. Barber CE, Smith A, Esdaile JM, Barnabe C, Martin LO, Faris P, Hazlewood G, Noormohamed R, Alvarez N, Mancini GB, Lacaille D, Keeling S, Avina-Zubieta JA, Marshall D. 2015. Best practices for cardiovascular disease prevention in rheumatoid arthritis: a systematic review of guideline recommendations and quality indicators. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 67: 169-79
3. Demir S, Artim-Esen B, Sahinkaya Y, Pehlivan O, Alpay-Kanitez N, Omma A, Erer B, Kamali S, Gul A, Aral O, Ocal L, Inanc M. 2015. Metabolic syndrome is not only a risk factor for cardiovascular diseases in systemic lupus erythematosus but is also associated with cumulative organ damage: a cross-sectional analysis of 311 patients. *Lupus*
4. Haroon NN, Paterson JM, Li P, Inman RD, Haroon N. 2015. Patients With Ankylosing Spondylitis Have Increased Cardiovascular and Cerebrovascular Mortality: A Population-Based Study. *Ann Intern Med* 163: 409-16
5. Nurmohamed MT, Heslinga M, Kitis GD. 2015. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 11: 693-704
6. Zoli A, Bosello S, Comerci G, Galiano N, Forni A, Loperfido F, Ferraccioli GF. 2015. Preserved cardiorespiratory function and NT-proBNP levels before and during exercise in patients with recent onset of rheumatoid arthritis: the clinical challenge of stratifying the patient cardiovascular risks. *Rheumatol Int*

## Kost och reumatisk sjukdom (1-28)

### Livsstilsintervention och reumatisk sjukdom (1-15)

1. Zoli A, Bosello S, Comerci G, Galiano N, Forni A, Loperfido F, Ferraccioli GF. 2015. Preserved cardiorespiratory function and NT-proBNP levels before and during exercise in patients with recent onset of rheumatoid arthritis: the clinical challenge of stratifying the patient cardiovascular risks. *Rheumatol Int*
2. Zeun P, Thoms B, Shivji S, Mmesi J, Abraham S. 2015. Stubbing it out: tackling smoking in rheumatology clinics. *Rheumatology (Oxford)* 54: 1528-30
3. Wojciechowski J, Wiese MD, Proudman SM, Foster DJ, Upton RN. 2015. A population model of early rheumatoid arthritis disease activity during treatment with methotrexate, sulfasalazine and hydroxychloroquine. *Br J Clin Pharmacol* 79: 777-88
4. van Breukelen-van der Stoep DF, Zijlmans J, van Zeven D, Klop B, van de Geijn G, van der Meulen N, Hazes M, Birnie E, Cabezas MC. 2015. Adherence to cardiovascular prevention strategies in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 44: 443-8
5. Tselios K, Sheane BJ, Gladman DD, Urowitz MB. 2015. Optimal Monitoring For Coronary Heart Disease Risk in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *J Rheumatol*
6. Primdahl J, Ferreira RJ, Garcia-Diaz S, Ndosi M, Palmer D, van Eijk-Hustings Y. 2015. Nurses' Role in Cardiovascular Risk Assessment and Management in People with Inflammatory Arthritis: A European Perspective. *Musculoskeletal Care*
7. Huffman KM, Pieper CF, Hall KS, St Clair EW, Kraus WE. 2015. Self-efficacy for exercise, more than disease-related factors, is associated with objectively assessed exercise time and sedentary behaviour in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 44: 106-10
8. Hollan I, Dessein PH, Ronda N, Wasko MC, Svenungsson E, Agewall S, Cohen-Tervaert JW, Maki-Petaja K, Grundtvig M, Karpouzas GA, Meroni PL. 2015. Prevention of cardiovascular disease in rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev* 14: 952-69
9. Aimer P, Stamp L, Stebbings S, Valentino N, Cameron V, Treharne GJ. 2015. Identifying barriers to smoking cessation in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 67: 607-15
10. Sparks JA, Iversen MD, Miller Kroouze R, Mahmoud TG, Triedman NA, Kalia SS, Atkinson ML, Lu B, Deane KD, Costenbader KH, Green RC, Karlson EW. 2014. Personalized Risk Estimator for Rheumatoid Arthritis (PRE-RA) Family Study: rationale and design for a randomized controlled trial evaluating rheumatoid arthritis risk education to first-degree relatives. *Contemp Clin Trials* 39: 145-57
11. Reimold AM, Chandran V. 2014. Nonpharmacologic therapies in spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 28: 779-92
12. Kjekken I, Berdal G, Bo I, Dager T, Dingsor A, Hagfors J, Hamnes B, Eppeland SG, Fjerstad E, Mowinckel P, Nielsen M, Rorstad RW, Sand-Svartrud AL, Slungaard B, Wigert SH, Hagen KB. 2014. Evaluation of a structured goal planning and tailored follow-up programme in rehabilitation for patients with rheumatic diseases: protocol for a pragmatic, stepped-wedge cluster randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord* 15: 153
13. Cunningham NR, Kashikar-Zuck S. 2013. Nonpharmacological treatment of pain in rheumatic diseases and other musculoskeletal pain conditions. *Curr Rheumatol Rep* 15: 306
14. Arvidsson S, Bergman S, Arvidsson B, Fridlund B, Tingstrom P. 2013. Effects of a self-care promoting problem-based learning programme in people with rheumatic diseases: a randomized controlled study. *J Adv Nurs* 69: 1500-14
15. Newton JM, Falkingham L, Clearihan L. 2011. Better knowledge, better health: piloting an education intervention in chronic condition self-management support. *Aust J Prim Health* 17: 4-9

## Rökning och reumatisk sjukdom (1-25)

1. Wagner CA, Sokolove J, Lahey LJ, Bengtsson C, Saevarsdottir S, Alfredsson L, Delanoy M, Lindstrom TM, Walker RP, Bromberg R, Chandra PE, Binder SR, Klareskog L, Robinson WH. 2015. Identification of anticitrullinated protein antibody reactivities in a subset of anti-CCP-negative rheumatoid arthritis: association with cigarette smoking and HLA-DRB1 'shared epitope' alleles. *Ann Rheum Dis* 74: 579-86
2. Sakellariou GT, Anastasilakis AD, Kenanidis E, Potoupnis M, Tsiridis E, Savvidis M, Kartalis N, Sayegh FE. 2015. The effect of smoking on clinical and radiographic variables, and acute phase reactants in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*
3. Ramiro S, Landewe R, van der Heijde D, Harrison D, Collier D, Michaud K. 2015. Discontinuation rates of biologics in patients with rheumatoid arthritis: are TNF inhibitors different from non-TNF inhibitors? *RMD Open* 1: e000155
4. Hensvold AH, Magnusson PK, Joshua V, Hansson M, Israelsson L, Ferreira R, Jakobsson PJ, Holmdahl R, Hammarstrom L, Malmstrom V, Askling J, Klareskog L, Catrina AI. 2015. Environmental and genetic factors in the development of anticitrullinated protein antibodies (ACPAs) and ACPA-positive rheumatoid arthritis: an epidemiological investigation in twins. *Ann Rheum Dis* 74: 375-80
5. Soderlin MK, Andersson M, Bergman S. 2013. Second-hand exposure to tobacco smoke and its effect on disease activity in Swedish rheumatoid arthritis patients. Data from BARFOT, a multicenter study of RA. *Clin Exp Rheumatol* 31: 122-4
6. Soderlin MK, Petersson IF, Geborek P. 2012. The effect of smoking on response and drug survival in rheumatoid arthritis patients treated with their first anti-TNF drug. *Scand J Rheumatol* 41: 1-9
7. Roseman C, Truedsson L, Kapetanovic MC. 2012. The effect of smoking and alcohol consumption on markers of systemic inflammation, immunoglobulin levels and immune response following pneumococcal vaccination in patients with arthritis. *Arthritis Res Ther* 14: R170
8. Andersson ML, Bergman S, Soderlin MK. 2012. The Effect of Stopping Smoking on Disease Activity in Rheumatoid Arthritis (RA). Data from BARFOT, a Multicenter Study of Early RA. *Open Rheumatol J* 6: 303-9
9. Soderlin MK, Petersson IF, Bergman S, Svensson B. 2011. Smoking at onset of rheumatoid arthritis (RA) and its effect on disease activity and functional status: experiences from BARFOT, a long-term observational study on early RA. *Scand J Rheumatol* 40: 249-55
10. Soderlin MK, Bergman S. 2011. Absent "Window of Opportunity" in smokers with short disease duration. Data from BARFOT, a multicenter study of early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 38: 2160-8
11. Saevarsdottir S, Wedren S, Seddighzadeh M, Bengtsson C, Wesley A, Lindblad S, Askling J, Alfredsson L, Klareskog L. 2011. Patients with early rheumatoid arthritis who smoke are less likely to respond to treatment with methotrexate and tumor necrosis factor inhibitors: observations from the Epidemiological Investigation of Rheumatoid Arthritis and the Swedish Rheumatology Register cohorts. *Arthritis Rheum* 63: 26-36
12. Kallberg H, Ding B, Padyukov L, Bengtsson C, Ronnelid J, Klareskog L, Alfredsson L. 2011. Smoking is a major preventable risk factor for rheumatoid arthritis: estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. *Ann Rheum Dis* 70: 508-11
13. Klareskog L, Gregersen PK, Huizinga TW. 2010. Prevention of autoimmune rheumatic disease: state of the art and future perspectives. *Ann Rheum Dis* 69: 2062-6
14. Abhishek A, Butt S, Gadsby K, Zhang W, Deighton CM. 2010. Anti-TNF-alpha agents are less effective for the treatment of rheumatoid arthritis in current smokers. *J Clin Rheumatol* 16: 15-8
15. Oliver JE, Silman AJ. 2009. What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 11: 223
16. Nyhall-Wahlin BM, Petersson IF, Nilsson JA, Jacobsson LT, Turesson C. 2009. High disease activity disability burden and smoking predict severe extra-articular manifestations in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 48: 416-20

17. Matthey DL, Brownfield A, Dawes PT. 2009. Relationship between pack-year history of smoking and response to tumor necrosis factor antagonists in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 36: 1180-7
18. Lundstrom E, Kallberg H, Alfredsson L, Klareskog L, Padyukov L. 2009. Gene-environment interaction between the DRB1 shared epitope and smoking in the risk of anti-citrullinated protein antibody-positive rheumatoid arthritis: all alleles are important. *Arthritis Rheum* 60: 1597-603
19. Manfredsdottir VF, Vikingsdottir T, Jonsson T, Geirsson AJ, Kjartansson O, Heimisdottir M, Sigurdardottir SL, Valdimarsson H, Vikingsson A. 2006. The effects of tobacco smoking and rheumatoid factor seropositivity on disease activity and joint damage in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 45: 734-40
20. Klareskog L, Stolt P, Lundberg K, Kallberg H, Bengtsson C, Grunewald J, Ronnelid J, Harris HE, Ulfgren AK, Rantapaa-Dahlqvist S, Eklund A, Padyukov L, Alfredsson L. 2006. A new model for an etiology of rheumatoid arthritis: smoking may trigger HLA-DR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination. *Arthritis Rheum* 54: 38-46
21. Papadopoulos NG, Alamanos Y, Voulgari PV, Epagelis EK, Tsifetaki N, Drosos AA. 2005. Does cigarette smoking influence disease expression, activity and severity in early rheumatoid arthritis patients? *Clin Exp Rheumatol* 23: 861-6
22. Padyukov L, Silva C, Stolt P, Alfredsson L, Klareskog L. 2004. A gene-environment interaction between smoking and shared epitope genes in HLA-DR provides a high risk of seropositive rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 50: 3085-92
23. Harrison BJ, Silman AJ, Wiles NJ, Scott DG, Symmons DP. 2001. The association of cigarette smoking with disease outcome in patients with early inflammatory polyarthritis. *Arthritis Rheum* 44: 323-30
24. Wolfe F. 2000. The effect of smoking on clinical, laboratory, and radiographic status in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 27: 630-7
25. Saag KG, Cerhan JR, Kolluri S, Ohashi K, Hunninghake GW, Schwartz DA. 1997. Cigarette smoking and rheumatoid arthritis severity. *Ann Rheum Dis* 56: 463-9