

Avtals- och uppdragstexter med fokus på levnadsvanor

En exempelsamling

Kerstin Troedsson
Axelina Rydnert
Stockholm i juni 2012

INNEHÅLL

KAPITEL I	
Inledande ord	3
Bakgrund	3
Nätverket HFS.....	3
Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.....	4
Från pilottest till exempelsamling.....	4
KAPITEL II	
Syfte	5
Metod	5
I exempelsamlingen medverkande sjukhus och vårdorganisationer.....	5
Enkätens utformning.....	6
KAPITEL III	
Resultatsammanställning	7
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.1 <i>Tobak allmänt</i>	7
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.1.1 <i>Tobak specifikt – Tobaksfri i samband med operation</i>	11
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.2 <i>Alkohol allmänt</i>	14
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.2.1 <i>Alkohol specifikt – Riskbruk</i>	16
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.3 <i>Mat allmänt</i>	18
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.3.1 <i>Mat specifikt – Undernäring på sjukhus</i>	21
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.4 <i>Fysisk aktivitet allmänt</i>	22
Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.4.1 <i>Fysisk aktivitet specifikt – FaR (Fysisk aktivitet på Recept)</i>	25
Delmål 1B, Indikator 3. <i>Vårdgivaren ger systematiskt stöd (i form av patientutbildning/ stöd, individuellt eller i grupp) för att förbättra egenupplevd hälsa (fysisk, psykisk och social)</i>	28
KAPITEL IV	
Diskussion	32
En exempelsamling.....	32
Fördelningen mellan <i>Specifika, Allmänna</i> och <i>Inga texter</i>	32
Det hälsofrämjande perspektivet.....	33
Ersättningsmodeller.....	33
Arbetet väcker nya frågeställningar.....	33
Nästa steg.....	34
BILAGA I, Svar från indikatorenkäten för 2010	
BILAGA II, Enkäten (Exempelsamling/kartläggning avseende avtal/uppdrag som stöder det sjukdomsförebyggande arbetet (fokus levnadsvanor) inom HFS-nätverkets medlemsorganisationer 2011)	

KAPITEL I

Inledande ord

Denna rapport presenterar en samling exempel på avtals- och uppdragstexter från 2011 med fokus på levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Vi har velat visa på hur avtal och uppdrag inom HFS-nätverkets medlemsorganisationer beskrivs och följs upp. Vår förhoppning är att texten kommer användas som en praktisk exempelsamling bland nätverkets medlemmar.

Bakgrund

Nätverket HFS

Det svenska nätverket för Hälsofrämjande sjukhus (HFS) etablerades 1996. Nätverket är en del av det internationella nätverket *Health Promoting Hospitals and Health Services*, HPH, initierat av WHO. Detta svenska HFS-nätverk heter sedan hösten 2012 *Hälsofrämjande sjukvård*. Medlemmarna i nätverket är både hela landsting och enskilda vårdorganisationer så som sjukhus eller primärvårdsorganisationer. Idag har HFS-nätverket ett 80-tal medlemmar.

En hälsoorienterad verksamhet styr mot hälsoresultat och tydliggör hälso- och sjukvårdens uppdrag; att utöver evidensbaserad medicinsk behandling av sjukdom också utveckla insatser för att förebygga sjukdom och stärka patienternas självupplevda hälsa. Nätverkets vision är "en hälsofrämjande hälso- och sjukvård". Verksamhetsidén är "att främja utvecklingen av en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård med fokus på bästa möjliga hälsa för patienter, medarbetare och befolkning – bra vård och hälsa för pengarna".

Nätverket arbetar för att utveckla kunskap, kompetens och rutiner för en hälsoorientering av hälso- och sjukvården inom fyra perspektiv; patient-, befolknings-, medarbetar- och styr/ledningsperspektivet. Dessa fyra perspektiv skapar tillsammans en helhet som strävar mot en mer hälsoorienterad sjukvård.

Nätverkets arbete inom dessa perspektiv kanaliseras huvudsakligen till tolv temagrupper. Denna organisationsstruktur är analog med internationella HPH-nätverkets s.k. Task Forces. Temagrupperna har som uppgift att driva utvecklingen inom specifika områden av vikt för det hälsofrämjande arbetet, dvs medlemmarna i en temagrupp tillhör frontlinjen inom sitt område. Temagrupperna sprider sin kunskap inom nätverket bland annat genom workshops och rapporter. En av uppgifterna är också att skapa nationella och internationella kontaktytor. Samtliga temagrupper har handlingsplaner, som följs upp på årsbasis.

En av temagrupperna har inriktningen avtal- och ersättningssystem (A/E-gruppen). Denna grupp arbetar med att sprida kunskap om hur man i nätverket arbetar med avtal, uppdrag och ersättningssystem som styr mot en hälsoorientering av vården. Bland annat arbetar man med att identifiera de uppdrag till vårdgivare som idag används och som stödjer en hälsofrämjande inriktning, samt hur dessa följs upp. Ett annat område är att identifiera de ersättningsmodeller som används och som skapar incitament för uppdragen om en hälsoorientering av vården.

En annan temagrupp (indikator-gruppen) arbetar med att utveckla processindikatorer för de fyra perspektiven, som ett underlag för en årlig mätning, där medlemsorganisationerna skattar sitt arbete inom hälsofrämjande och förebyggande verksamheter (se Bilaga I). Resultatet sammanställs och ger både den enskilde medlemmen och nätverket som helhet en trendspeglning av utvecklingen. Dessa båda temagrupper (A/E-gruppen samt indikatorgruppen) har ett nära samarbete som bland annat resulterat i en samverkan kring denna rapport.

Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kom i preliminär version våren 2011 och i november samma år kom slutversionen "Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder avseende tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor". Det är de levnadsvanor som bidrar mest till ohälsa och kan tillskrivas ca en femtedel av den samlade sjukdomsbyrån. Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av effektiva och vetenskapligt utvärderade åtgärder samt att ge ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ställer tydligare och delvis nya krav på vården.

Från pilottest till exempelsamling

Att göra en sammanställning av hur indikatorerna i HFS årliga uppföljning beskrivs och följs upp i uppdrag och avtal inom HFS medlemsorganisationer startade i A/E-gruppen men är nu ett samarbete med indikatorgruppen.

I ett första steg gjordes ett pilottest med en enkät till medlemmarna i A/E-gruppen och indikatorgruppen. Resultatet från detta pilottest utgjorde sedan grunden för att gå vidare med en sammanställning av hela nätverkets avtalstexter med fokus på levnadsvanor. Ingår i enkäten gör således indikator 1, levnadsvanor. Avgränsning utgår från att det just nu finns ett stort intresse för uppdragstexter kring levnadsvanor kopplat till Socialstyrelsen nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för levnadsvanorna mat, fysisk aktivitet, alkohol och tobak. Därutöver valdes även indikator 3 som anger ett allmänt stödande och främjande perspektiv för att stärka individen och förbättra den egenupplevda hälsan.

Information om exempelsamlingen gavs på vårens processledarmöte och enkäten skickades ut på sensommaren (2011). En första muntlig genomgång av materialet gjordes på HFS-strategidagar, därefter har resultatet redovisats vid flera tillfällen bland annat på HFS nationella konferens våren 2012. Enkätens utformning och struktur samt sammanställning och analys har gjorts av Axolina Rydnert, leg. läkare och samordnare på avdelningen för Socialmedicin, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.

KAPITEL II

Syfte

Avsikten med detta arbete var att ta fram en sammanställning av hur indikatorerna (1.1, 1.1.1, 1.2, 1.2.1, 1.3, 1.3.1, 1.4, 1.4.1 och 3) beskrivs och följs upp i avtal och uppdrag inom HFS-nätverkets medlemsorganisationer samt att stärka en gemensam kunskapsbas om framgångsfaktorer och svårigheter vad gäller avtal och ersättningar för hälsoinriktat arbete. Målet var att få en övergripande sammanställning av ett urval av avtals- och uppdragstexter som kan fungera som en *praktisk exempelsamling* för nätverkets medlemmar. Förhoppningen är att samlingen ska kunna användas som verktyg och utgångspunkt vid implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder avseende levnadsvanor (tex vid formulering av avtal/uppdrag). De indikatorer som därför valts att undersöka är dem som berör frågor kring det direkt sjukdomsförebyggande arbetet, dvs dem som handlar om levnadsvanorna tobak, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet. En av indikatorerna skiljer sig dock något från de övriga då den mer omfattar det hälsofrämjande arbetet.

Viktigt att betona är att denna sammanställning varken är någon komplett kartläggning över samtliga medlemsorganisationers avtal eller en fullständig beskrivning kring uppföljning, eventuell ersättning eller åtgärder. Att genomföra en sådan kartläggning har aldrig varit vårt syfte.

Metod

Materialet till den här exempelsamlingen är inhämtad via en enkät som skickades ut till HFS-nätverkets samtliga medlemmar (vid tidpunkten 47) runt om i Sverige. Enkäten har dock besvarats på *regionnivå*, varpå exempelvis Region Skåne innefattar flera medlemmar, sjukhus och vårdorganisationer.

Enkäten skickades initialt ut till alla processledare under sensommaren 2011. Processledarna ombads att i sin tur förmedla enkäten till den kollega inom hans eller hennes organisation som hade bäst insikt i organisationens avtalstexter gällande det sjukdomsförebyggande arbetet, om det nu inte var så lämpat att det var processledaren själv som besatt denna kunskap.

I exempelsamlingen medverkande sjukhus och vårdorganisationer:

1. Alingsås lasarett, VG-regionen
2. Angereds sjukhus, VG-regionen
3. Landstinget Blekinge
4. Lasarettet i Enköping, Landstinget i Uppsala län
5. Region Gotland
6. Capio Lundby Göteborg
7. Hallands sjukhus
8. Landstinget i Jönköpings län
9. Landstinget Kronoberg
10. Norrbottens läns landsting
11. Sahlgrenska universitetssjukhuset, VG-regionen
12. Skaraborgs sjukhus, VG-regionen

13. Region Skåne
14. Stockholms läns landsting
15. Capio Närsjukvård Södra Sverige
16. Södra Älvsborgs sjukhus
17. Landstinget Sörmland
18. Landstinget i Uppsala län
19. Primärvården Landstinget i Uppsala län
20. Västerbottens läns landsting
21. Landstinget i Östergötland

Enkätens utformning

Enkäten (se Bilaga II) innehöll frågor kring avtalstexter/uppdrag, uppföljningsmått, eventuell ersättning samt åtgärder för följande nio indikatorer;

1. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.1 Tobak allmänt
2. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.1.1 Tobak specifikt – Tobaksfri i samband med operation
3. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.2 Alkohol allmänt
4. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.2.1 Alkohol specifikt – Riskbruk
5. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.3 Mat allmänt
6. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.3.1 Mat specifikt – Undernäring på sjukhus
7. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.4 Fysisk aktivitet allmänt
8. Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.4.1 Fysisk aktivitet specifikt – FaR
9. Indikator 3 Vårdgivaren ger systematiskt stöd (i form av patientutbildning/stöd, individuellt eller i grupp) för att förbättra egenupplevd hälsa (fysisk, psykisk och social)

Tillsammans med enkäten skickades instruktioner om hur denna enklast skulle fyllas i.

Instruktionerna var som följer;

- ❖ *Var så precis och kortfattad som möjligt.*
- ❖ *Saknas specifik avtals-/uppdragstext för någon indikator (exempelvis tobak), vänligen skriv att "specifik text saknas" samt skriv ner den allmänna texten vid ett tillfälle, skriv ej "var god se föregående svar.." i rutan för Avtalstext/Uppdrag för samtliga indikatorer.*
- ❖ *I kommentarsfälten kan ex information kring rutiner för användande av KVÅ-koder (klassifikations- och åtgärds-koder) antecknas.*
- ❖ *För ytterligare vägledning, ta en titt på det svarexempel som följer här nedan samt läs igenom den markerade texten i bifogad Lathund*

KAPITEL III

Resultatsammanställning

Samtliga inkomna avtalstexter granskades och delades sedan in i tre grupper beroende på lämplighet;

1. *Specifika texter*
- texter som direkt behandlar den specifika indikatorn
2. *Allmänna texter*
- texter som allmänt behandlar den specifika indikatorn (oftast i samband med andra indikatorer)
3. *Inga texter*
- inga texter alls som (varken direkt eller allmänt) behandlar den specifika indikatorn

Denna slutgiltiga exempelsamling av avtalstexter med fokus på levnadsvanor innehåller endast exempel på texter som kategoriserats som specifika texter.

Nedan följer indikatorerna och dess frågeställningar sammanfattade i tur och ordning. Efter varje indikator finns kommentarer från enkäten samlade.

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.1 **Tobak allmänt**

Specifika texter: 3
Allmänna texter: 18
Inga texter: 0

5 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 Tobak allmänt
Arbeta för att minska antalet barn som utsätts för passiv rökning. Erbjuda samtal om rökning med alla nya patienter.
Patienter med tobaksbruk ska motiveras till och rekommenderas tobaksstopp, få evidensbaserad rådgivning och erbjudas tobaksavvänjning oavsett om tobaksrelaterad sjukdom konstaterats eller ej. Tobaksbruk skall journalföras enligt PM; Rutin Medidoc Tobaksbruk. Åtgärdskod skall journalföras.
Utföraren ska identifiera riskgrupper och initiera hälsoinriktade insatser för dessa grupper. Registrering av patienter som fått frågan om tobaksvanor. Registrera antalet tobaksanvändare. Registrering av antalet remisser som skickats till tobaksavvänjning i primärvården.

Uppföljningsmått Tobak allmänt
Andel av alla patienter eller föräldrar till patienter som haft ett samtal om rökning vid sitt första besök.
Redovisning av antal patienter som fått fråga om tobaksvanor samt som är tobaksanvändare/enhet. Redovisning av antal patienter som fått remiss till tobaksavvänjning i primärvården/ enhet. (Journalgranskning på utvald enhet).
NYSAM (PV) Andel patienter med KOL där rökning reg. Andel läkarbesök (pat > 15 år) där tobaksvanor reg i journal. Uppföljning tobak: Antal patienter (eller anhöriga) som har fått frågan om tobaksbruk/Samtliga besökande patienter. Medidoc/Årligen/100 % /Bokslut.
Enligt Budget och flerårsplan: Andel vårdcentraler som regelbundet använder metoder för hälsofrämjande livsstil. (Målet: 100 %). Vårdcentralerna bedömer och rapporterar in hur utvecklad processen (skala 0-10) för tobaksavvänjning är.
Generellt i landstinget: Tobaksvanor. Vårdval 2011-2012: Tobaksvanor. Barnhälsovården: Uppföljning av antal familjer som fått tobakssamtal någon gång under första levnadsåret kommer att följas upp i barnhälsovårdens årsrapport.
Andelen tobaksfria gravida vid vecka 32 Andelen barn 8 månader som inte har någon förälder som röker Andelen ungdomar i gymnasiets första år som röker eller snusar minst någon gång i veckan (per kön, Hälsosamtalet i skolan) Ovanstående uppföljningsmått finns både i landstingsplanen och handlingsplanen för relevant åldersgrupp. Skrivningen i Div vuxenpsykiatri divisionsplan saknar specifika uppföljningsmått. Mått som följs årligen på verksamhetsområdes- samt divisions- och landstingsnivå, men inte målsatts specifikt: Preventiva program tillämpas angående tobak (HFS, genomsnittsindeks) Förekomst av rökslutarstöd (HFS, genomsnittsindeks)
Struktur/funktion för remittering av interventioner relaterade till levnadsvanorna ska finnas. Alla förvaltningar ska beskriva vilken kompetens och resurser de har, hur uppdraget för funktionen är formulerat och beslutat av ledningen samt hur de lokala rutinerna för arbetet med att stödja en förändring av levnadsvanorna ser ut. Specifikt ska resurserna för FaR och tobaksavvänjning beskrivas inklusive hur många av tobaksavvänjarna som är diplomerade tobaksavvänjare. Tobak - andel som är rökfria ett år efter rökstoppdatum ska öka. Antal patienter som är rökfria 1 år efter rökstoppdatum. Uppföljning för att få ett utgångsvärde. Tobak - rökstopp inför operation, struktur/funktion ska finnas .Rökstopp inför operation - beskrivning av lokalt arbete. Flödesbeskrivning av hur patienter som röker erbjuds rökavvänjning inför operation. Mätning av patientens självskattade hälsa (PROM) görs som en naturlig del av uppföljningen av den insatta interventionen/behandlingen.Genomförda mätningar och dess tillämpning (användning för utveckling av verksamheten) på patienter som genomgår rökavvänjningsbehandling redovisas. Minst en mätomgång per

<p>område redovisas. ÅR Tobak Antal utfärdade remisser till tobaksavvänjning (UV010) Ökn jmf m 2010.</p> <p>Antal patienter som påbörjat tobaksavvänjning behandling (UV011). Uppföljning för att få en utgångsvärde.</p> <p>HÄLSOVAL: Vårdgivaren ska följas upp genom att: Uppdragsgivaren mäter: Antal individer mellan 13-75 år, med vilka man fört samtal om rökning/1000 förtecknade medborgare på vårdenheten.</p>
<p>Antal individer mellan 13-75 år, med vilka man fört samtal om rökning/1000 förtecknade medborgare på vårdenheten. Registreras som åtgärds kod QX003. Kommer mätas en gång per år.</p>
<p>1.) Redovisa antal tillfrågade patienter. 2.) Redovisa antal patienter som fått stöd.</p>
<p>A. Vårdgivaren ska journalföra levnadsvanor för patienter enligt livsstilsformuläret. Andel som fått frågor om tobaksvanor, Audit 3, kost och fysisk aktivitet. I rapporteringen ska VC redovisa andel för respektive levnadsvana.</p> <p>B. Tobaksbrukande patienter som fått motiverande samtal och/eller tobakslutarstöd. Redovisa andel.</p>
<p>Kvalitetsersättning: 1. Andel patienter 13 år och äldre som tillfrågats om tobaksvanor. Uppföljning: Samtal om rökning, rökning bland gravida.</p>
<p>Tobaksavvänjning i primärvården. Antal patienter som påbörjat tobaksavvänjning inom 3 mån efter ordination.</p>
<p>Enligt Regelboken (för vårdcentralerna): Varje patient som deltagit i rökavvänjningsinsats minst vid minst tre tillfällen (individuellt eller i grupp) och är rökfri vid avslutad rökavvänjningsinsats registreras på särskild blankett.</p>

<p>Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs Tobak allmänt</p>
<p>Alla nyanställda får utbildning i Motiverande Samtal (MI), uppföljning av röksamtalsstatistik görs regelbundet. Man frågar även föräldrar till barnen som är patienter vid barnmottagningar och vi har ett samarbete med Non Smoking Generation där de erbjuder kostnadsfria klassbesök till alla grundskolor i Nordöstra Göteborg.</p>
<p>Vid besöket frågar läkare eller annan vårdpersonal om rökvanor och registrerar svaret i patientjournalen.</p>
<p>Läkare eller annan vårdpersonal frågar patienten vid besök eller så används livsstilsformuläret som patienten har fyllt i i väntrummet eller fått hemskickat till sig innan besöket. Om patienten är tobaksanvändare ska vårdgivaren informera patienten om fördelarna med att sluta använda tobak och om patienten vill ha mer hjälp finns en rutin om att skicka remiss till tobaksavvänjare inom primärvården.</p>
<p>Medarbetarperspektivet: Erbjudande av rökavvänjning, CLS bekostar nikotinersättningsmedel upp till 1000:-</p>

<p>/medarbetare.</p> <p>Patientperspektivet: Delta i HFS temagrupp Tobak och bidra till att gruppens handlingsplan uppnås, huvudsyfte att implementera SoS nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom området Tobak. Förbereder att lägga in tobaksvanor som sökord i Journalsystemet + att uppdatera operationsanmälan.</p> <p>Befolkningsperspektivet: Inför Tobaksveckan, vecka 47: kampanjmaterial i våra väntrum och på vår hemsida.</p>
<p>Vårdenheterna ska i patientmötet ta upp frågan som sambandet mellan patientens hälsa och tobaksvanor. Vid behov ska rökslutarstöd erbjudas.</p>
<p>Patienter som använder tobak erbjuds vid patientbesöket remiss/kontakt med tobaksavvänjare. Dokumentation i patientjournalen.</p>
<p>Information om och remiss till tobaksavvänjare, som finns på varje vårdcentral och de båda sjukhusen i länet, individuellt stöd eller grupp. Informationsmaterial.</p>
<p>Frågan om patienters tobaksvanor tas alltid upp vid inskrivning i våra verksamheter och vid mottagningsbesök till läkare och sjuksköterska. Folk tandvården arbetar med Tobaksfri duo.</p>
<p>SkaS arbetar med hälsofrämjande aktiviteter och ett salutogent förhållningssätt. Detta sker bl a genom att: - mäta, målsätta och förbättra patienters rökvanor.</p>
<p>Antal individer mellan 13-75 år, med vilka man fört samtal om rökning/1000 förtecknade medborgare på vårdenheten. Registreras som åtgärdskod QX003. Kommer mätas en gång per år.</p>
<p>En föreläsningsserie inkluderande 7 teman (Tobak, Alkohol, Matvanor, Fysisk aktivitet, Sömn, Stress, Beteendeförändring) genomförs en gång per termin. Föreläsningsserien riktar sig till såväl patienter som medarbetare och allmänhet.</p>
<p>På varje vårdcentral finns minst en namngiven person som utför tobaksavvänjning, Inom vissa enheter t.ex. Hälsoorget på Kullbergsska sjukhuset och i KOL-team sker även tobaksavvänjning.</p>
<p>Patienten tillfrågas om tobaksvanor och svaret registreras i patientens journal.</p>
<p>A. Vid patientbesöket frågar vårdpersonal patient om tobaksvanor. Frågan ställs direkt under samtal med patient alternativt att patienten fyller i ett formulär med frågor före patientmötet. Formuläret används som underlag till samtal om levnadsvanor. Svaret registreras i patientjournalen.</p> <p>B. För patienter med tobaksbruk ska motiverande samtal och/eller tobaksslutarstöd erbjudas/genomföras.</p> <p>Tobaksslutarstöd: Samtal där information, råd och vägledning ges och där åtgärden ej bedöms som ett motiverande samtal eller som tobaksavvänjning. Om lämpligt sker hänvisning till primärvårdens tobaksavvänjning individuellt eller i grupp. Åtgärd dokumenteras i elektroniska patientjournalen.</p>
<p>Revidera lokala riktlinjer. Broschyr i samverkan med vårdgrannar . Ta fram en handlingsplan för en tobaksfri</p>

vårdmiljö. Vid behov erbjuda stöd.
Vid besöket frågar läkare eller annan vårdpersonal om rökvanor och registrerar svaret i patientjournalen
1. Andel dssk-besök där motiverande samtal om rökning, alkoholförebyggande insatser, åtgärder mot övervikt, tagits upp. (Redovisat antal relateras till totala antalet distriktssköterskebesök)
2. Antal patienter där förekomst av rökning journalförts.

Kommentarer

På vår medicinavdelning och gynnottagning är resultatet nästan 100 procent medan det på barnmottagningar och Smärtmottagningen ligger runt 60-80 procent. (Kommentar till uppföljningsmålet "Andel av alla patienter eller föräldrar till patienter som haft ett samtal om rökning vid sitt första besök")

Det finns ytterligare mått som landstinget använder men som inte finns med i våra uppdrag/avtal. Tex den statistik som tobaksavvänjarna regelbundet rapporterar in till landstingets kansli.

Här prioriteras insatser på flera nivåer, inklusive tidigt föräldrastöd och motiverande samtal om livsstilsfrågor med både föräldrar, blivande föräldrar och ungdomar. (Kommentar till Styrdokumentet landstingets handlingsplan utifrån folkhälsopolitiska strategin, barn och unga)

Skaraborgs Sjukhus har i juni 2011 reviderat sjukhusets rökpolicy med utgångspunkt i ENSH standards.

Vårdavtal, målrelaterad ersättning. Ersättningen ges i budget och får betalas tillbaka vis årets slut om målet er uppnåtts, alltså ej tillägg utan avdrag. (Kommentar till "Målrelaterad ersättning för målet är 4,5 miljoner samt 2,5 miljoner)

Den målrelaterade ersättningen utgörs av fem procent av det faktiska belopp som utbetalas i kapiteringsersättning. Den målrelaterade ersättningen ingår i den månatliga utbetalningen av kapiteringsersättningen. Vid den årliga bedömningen av måluppfyllelse ställs eventuella krav på återbetalning till vårdgivaren för de mål som ej uppnåtts. (Kommentar till målrelaterad ersättning 10%)

Att arbeta med "att mäta, målsätta och förbättra patienters rökvanor" är en obligatorisk aktivitet enligt SkaS styrkort. Uppföljning av arbetet sker i samband med sjukhusets styrkortsdialogmöten (3 ggr/år) samt vid verksamheternas egna månatliga mätningar.

Att ställa frågor om din hälsa generallt ersätts idag. Att fråga och göra insats inom levnadsvaneområdet styrs i uppdrag "Hälsokoordinator" som också ersätts ekonomiskt idag.

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.1.1 Tobak specifikt – Tobaksfri i samband med operation

Specifika texter: 4

Allmänna texter: 2

Inga texter: 15 (varav tre icke-opererande verksamheter samt två verksamheter där Projekt tobaksfri i samband med operation pågår)

2 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 **Tobak specifikt – Tobaksfri i samband med operation**

Systematisk information om rökstopp ska ges inför planerade operationer.

Registrera antalet rökande patienter som fått rekommendation/information om rökstopp inför planerad operation samt registrering av dessa som fått remiss till tobaksavvänjning i primärvården.

Divisionens verksamheter ska utforma rutiner så att patienter som opereras elektivt blir rökfria före ingreppet. Patienterna ska erbjudas stöd för rökavvänjning inom primärvården. Uppföljning årsvis.

Leverantörens enheter skall upprätta rutiner kring tobak för patienter som är aktuella för operation. Rutinen innebär att fråga patienter om tobaksbruk, erbjuda/hänvisa till tobaksavvänjning samt dokumentera erbjudet stöd.

Patienterna ska få information om rökstopp inför planerade operationer.

Uppföljningsmått **Tobak specifikt – Tobaksfri i samband med operation**

Redovisa dokumenterade rutiner för preoperativ information om rökstopp inför operation.

Redovisa antal patienter som fått rekommendation/information om rökstopp inför planerad operation samt antalet rökande patienter (som ska opereras) som fått remiss till tobaksavvänjning i primärvården.

Vårdval 2011- 2012: Nydebuterade blodtryckspatienter som tillfrågats om rökvanor, 100%

Tobak - rökstopp inför operation, struktur/funktion ska finnas.

Rökstopp inför operation - beskrivning av lokalt arbete.

Flödesbeskrivning av hur patienter som röker erbjuds rökavvänjning inför operation.

Redovisa antalet patienter som har fått rekommendation/information om rökstopp inför planerade operationer.

Rökstatus dokumenteras i journalen hos patienter i samband med att planerad operation beslutas.

Redovisa förekomst av rökavvänjning i samband med elektiv operation, dokumentation av rökavvänjning i journalen.

Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs **Tobak specifikt – Tobaksfri i samband med operation**

Läkaren eller annan vårdpersonal ska tillfråga patienten om eventuellt bruk av tobak inför planerad operation. Vårdpersonalen berättar om vinsterna med att sluta använda tobak och om patienten vill ha mer hjälp ska en remiss skickas till tobaksavvänjning i primärvården. Vi ska under hösten 2011 utveckla dessa rutiner.

Rökslutarhjälp av tobaksrådgivare på Visby lasarett eller VC.
Information om och remiss till tobaksavvänjare, som finns på varje vårdcentral och de båda sjukhusen i länet. Individuellt stöd eller i grupp. Informationsmaterial.
Riktlinjer arbetas fram för att arbeta lika över hela sjukhuset, flera opererande enheter har haft lokala rutiner för tobaksanamnes och remitterat till tobaksavvänjning som rekommendation inför operation. Rökning finns med på checklista inför operation.
SkaS arbetar med hälsofrämjande aktiviteter och ett salutogent förhållningssätt. Detta sker bl a genom att: - införa 'Rökfri inför operation' genom att målsätta, mäta och förbättra patienters rökvanor i samband med operation.
Breddinförande av rökstopp i samband med operation pågår inom opererande verksamheter på SÅS. Ortopedkirurg- och kvinnokliniken har startat.
Tobaksavvänjning i samband med operation finns på 2 av länets 3 sjukhus, på det 3:e sjukhuset är arbetsgrupp för detta igång.
Patienten tillfrågas om tobaksvanor och rekommenderas/informerar om vikten av rökstopp inför operation samt ges råd, även rökavvänjning på specialenhet.
Nedskrivna rutiner ortopedicentrum, nedskrivna rutiner i primärvård i någon länsdel.

Kommentarer

Arbetet med tobaksfri i samband med operation kommer att träda igång med full kraft i oktober 2011 och för närvarande pågår ett utvecklingsarbete för säker uppföljning, där justeringar i journalsystemet kommer att göras. Det saknas specifika avtalstexter, men en ny tobakspolicy togs under våren 2011 där arbetet kring tobaksfrihet i samband med operation är prioriterat.

Arbetet gällande rutiner och aktiviteter runt "Tobaksfri inför operation" pågår.

Utvecklingsprojekt pågår för att verksamheterna ska praktisera rutiner för patienternas tobaksfrihet i samband med operation. Detta finns emellertid inte som något tydligt uppdrag eller avtal.

Skaraborgs Sjukhus har gjort en överenskommelse med primärvården Skaraborg (inkl. privata VC) om ett vårdflöde som gör det möjligt att få patienterna rökfri 4 veckor före operation till 6 veckor efter operation. Fö kommer SkaS under hösten starta upp en egen rökavvänjningsverksamhet som komplement till PV:s rökavvänjningsverksamhet.

Arbetet är pilotverksamheter under uppbyggnad.

Det finns ingen text i avtalen/uppdragen som uttryckligen anknyter till tobaksfri i samband med operation.

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.2 **Alkohol allmänt**

Specifika texter: 3

Allmänna texter: 16

Inga texter: 2

5 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 Alkohol allmänt
Registrering av patienter som fått frågan om alkohol enligt alkoholpreventiva programmet "**Drick mindre"/- **AUDIT 3.
Patienter med riskabel konsumtion av alkohol ska informeras om riskerna och motiveras till lägre alkoholkonsumtion. Vid behov ska patienten remitteras till alkoholordgivning. Dispenserad antabusbehandling ska erbjudas på vårdcentralen.
Minst 80 % av sjukhusets vårdavdelningar bedriver ett alkoholpreventivt arbete utifrån alkoholpreventiva programmet "**Drick mindre"/**AUDIT3/AUDITc/hela AUDIT.

Uppföljningsmått Alkohol allmänt
Redovisning av antal patienter som fått fråga om alkohol samt som är riskbrukare av alkohol/ enhet.
Barnhälsovården: Uppföljning av antal familjer som fått alkoholsamtal någon gång under första levnadsåret kommer att följas upp i barnhälsovårdens årsrapport.
Andelen ungdomar 16-24 år med riskabla alkoholvanor (per kön, Hälsa på lika villkor, jämförelseår 2006) Mått som följs årligen på verksamhetsområdes- samt divisions- och landstingsnivå, men inte målsatts specifikt: Preventiva program tillämpas angående alkohol (HFS, genomsnittsindeks)
Antal utfärdade remisser till intervention för förändring gällande alkoholvanor. Ökn jmf m 2010. Antal patienter som påbörjat ordination gällande förändring av alkoholvanor. Uppföljning för att få en utgångsvärde.
Att genomföra stödsamtal vid alkoholproblematik, antal insatser.
Redovisa antalet vårdavdelningar som bedriver detta alkoholarbete i procent av sjukhusets totala antal vårdavdelningar.
Uppföljning: Hälsocentralen följs upp genom mätning av samtal om alkoholvanor, målvärde 70 %.

Andel dssk-besök där motiverande samtal om rökning, alkoholförebyggande insatser, åtgärder mot övervikt, tagits upp. (Redovisat antal relateras till totala antalet distrikssköterskebesök)

Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs **Alkohol allmänt**

Vid besöket frågar läkare eller annan vårdpersonal om alkoholvanor och registrerar svaret i patientjournalen.

Läkare eller annan vårdpersonal frågar patienten vid besök eller så används livsstilsformuläret som patienten har fyllt i i väntrummet eller fått hemskickat till sig innan besöket. Om patienten är riskbrukare informerar vårdgivaren patienten om detta utifrån "Drick mindre". Om patienten vill ha extra stöd och hjälp så hänvisas patienten att själv kontakta beroendesköterska.

Läkare ger råd på med.kliniken och på vårdcentral. Beroendeenheten behandlar och fångar upp riskbrukare.

Befolkningsperspektivet: Möjlighet till behandling av personer med alkoholberoende – EBBA (åtgärdsprogram vid redan konstaterat alkoholberoende alt riskbruk).

Vårdenheterna ska i patientmötet ta upp frågan som sambandet mellan patientens hälsa och alkoholvanor. Vid behov ska stöd vid riskbruk av alkohol erbjudas.

Denna fråga finns med vid inskrivning i våra verksamheter eller vid mottagningsbesök till läkare eller sjuksköterska.

Inom ffa psykitrin och beroende används Audit.

SkaS arbete med alkoholprevention idag är inte systematiskt och strukturerat; frågan tas upp inom vissa verksamhetsområden av personer/medarbetare med fördjupad kunskap om alkoholens skadeverkningar och möjlig koppling till patientens besvär.

AUDIT-frågeformulär används vid behov för att identifiera riskbruk.

En föreläsningsserie inkluderande 7 teman (Tobak, Alkohol, Matvanor, Fysisk aktivitet, Sömn, Stress, Beteendeförändring) genomförs en gång per termin. Föreläsningsserien riktar sig till såväl patienter som medarbetare och allmänhet.

På varje vårdcentral finns minst en namngiven person som utför stöd vid ev. alkoholproblematik.

Arbeta enligt alkoholpreventiva programmet "Drick mindre".

Alkoholanamnes akutmottagning, dokumentation av alkoholanamnes i journalen för patienter med skada/olycksfall/trauma som besöksorsak.

Alkoholrådgivning akutmottagning, kort rådgivning för patienter med riskbruk i alkoholanamnes.

Kommentarer

* "Drink mindre" är ett alkoholpreventivt program där syftet är att hitta högkonsumenter och stödja dem att minska sin alkoholkonsumtion.

**AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test, är en generell metod utvecklad av WHO för att identifiera personer med tidiga alkoholproblem. Metoden är kort, snabb och flexibel. Den är konstruerad för primärvårdsarbete, överensstämmer med ICD-10-definitionen av alkoholberoende och skadlig alkoholkonsumtion och fokuserar på aktuella alkoholvanor.

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.2.1 Alkohol specifikt – Riskbruk

Specifika texter: 2

Allmänna texter: 4

Inga texter: 15

1 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 Alkohol specifikt – Riskbruk

Registrera antalet patienter med riskbruk av alkohol (positivt svar på AUDIT 3).
Patienter med riskbruk får rekommendationer/information om riskfri alkoholkonsumtion.

Mål: Riskbruk av alkohol uppmärksammas och patienter med riskbruk (positivt svar på AUDIT3 alt hela AUDIT) får rekommendation/information om riskfri alkoholkonsumtion.

Uppföljningsmått Alkohol specifikt – Riskbruk

Redovisning av antalet patienter med riskbruk av alkohol som fått information/ rekommendation om riskfri alkoholkonsumtion. (Journalgranskning på utvald enhet).

Uppföljning av enskilda arbetet utifrån identifikation av till exempel riskbruk i rehabiliteringsarbete.

Enligt Budget och flerårsplan:

Andel dagligrökare och riskabla alkoholvanor. (Målet: Minska 0,5 % per år).

Andel vårdcentraler som regelbundet använder metoder för hälsofrämjande livsstil. (Målet: 100 %).

Vårdcentralerna bedömer och rapporterar in hur utvecklad processen (skala 0-10) för riskbruk alkohol är.

Kvalitetsindikationer

<p>-Dokumentation av patientens alkoholvanor i journalen. -Personal på varje vårdenhet som har utbildning för att samtala om alkoholvanor och riskbruk.</p>
<p>Vårdval 2011-2012: Nydebuterade blodtryckspatienter som tillfrågats om alkoholvanor, 100 %.</p>
<p>Att genomföra stödsamtal vid riskbruk, antal insatser.</p>
<p>1.) Redovisa antalet screenade patienter 2.)Redovisa andelen screenade patienter med riskbruk (positivt svar på AUDIT3 alt. hela AUDIT) av alkohol fördelat på ålder och kön</p>
<p>Vårdgivaren ska journalföra levnadsvanor för patienter enligt livsstilsformuläret. Andel som fått frågor om tobaksvanor, Audit 3, kost och fysisk aktivitet. I rapporteringen ska VC redovisa andel för respektive levnadsvana.</p>

<p>Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs Alkohol specifikt – Riskbruk</p>
<p>Vid besöket frågar läkare eller annan vårdpersonal om alkoholvanor och registrerar svaret i patientjournalen.</p>
<p>I samband med hälsokontroller tas frågan om alkoholvanor upp, utifrån svaret kan man ge information om vart man kan vända sig för att få hjälp.</p> <p>Befolkningsperspektivet: Behandling av personer med alkoholberoende - EBBA (åtgärdsprogram vid redan konstaterat alkoholberoende alt riskbruk)</p>
<p>Information om och remiss till landstingets specialistenhet, Navet. Individuellt stöd eller i grupp. Informationsmaterial.</p>
<p>Identifiering med Audit inom delar av verksamheterna.</p>
<p>AUDIT genomförs som rutin (där så är lämpligt/möjligt) vid inskrivningssamtal inom vuxen- och barnpsykiatri. Arbete pågår för att utforma rutiner för användande av AUDIT inom somatiska enheter.</p>
<p>På varje vårdcentral finns minst en namngiven person som utför stöd vid riskbruk</p>
<p>Enkel intervention, patienten tillfrågas vid inskrivningssamtalet eller annat lämpligt tillfälle, specifika sökord och del i omvårdnadsanamnesen, screeningen identifierar riskkonsumtion (AUDIT), för patienter med positivt utfall görs tillsammans med patienten en veckokonsumtionsmätning och råd/information ges.</p>
<p>Vid patientbesöket frågar vårdpersonal patient om alkoholvanor. Frågan ställs direkt under samtal med patient alternativt att patienten fyller i ett formulär med frågor före patientmötet. Formuläret används som underlag till samtal om levnadsvanor. Svaret registreras i patientjournalen. Vid positiv screening av riskbruk av alkohol ska vårdpersonal genomföra veckokonsumtionsmätning och kort motiverande samtal. Vid behov hänvisar vårdpersonal</p>

till ytterligare stöd och behandling inom kommunen, beroendepsykiatri på Akademiska sjukhuset alternativt till beroendesköteskor som finns som en mobil verksamhet på vårdcentralerna.

Alkoholrådgivning akutmottagning, kort rådgivning för patienter med riskbruk i alkoholanamnes.

Kommentarer

Det finns ingenting skrivet i de regionala uppdragen till hälso- och sjukvårdens verksamheter som specifikt behandlar riskbruk.

Detta kan vi i nuläget inte få ut i den elektroniska patientjournalen eftersom detta skrivs i fritext. Vi jobbar på att få in KVÅ-koder för att på ett enklare sätt få utdata. I nuläget får vi journalgranska för att se resultat. (Kommentar till dokumentation av riskbruk alkohol)

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.3

Mat allmänt

Specifika texter: 2

Allmänna texter: 19

Inga texter: 0

2 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 **Mat allmänt**

Barn och ungdomar med fetma eller risk för fetma utreds och behandlas i enhetlighet med Västra Götalandsregionens handlingsprogram mot övervikt och fetma.

MATRELATERADE MÅL

Mål: Andelen 4-åringar med övervikt eller fetma ska understiga 10% för respektive kön, år 2011

Mål: Andelen med övervikt eller fetma bland vuxna norrbottningar ska minska med minst en tredjedel bland män respektive kvinnor från år 2006 till år 2020

* Landstinget ska bidra till att de äldre i länet ska ha en god och näringsriktig kost. Det sker genom samverkan med andra aktörer, liksom genom strategier inom landstingets egen verksamhet.

MATSPECIFIKT MÅL

Delmål: Mat som serveras i landstingets verksamheter ska följa Livsmedelsverkets riktlinjer till fullo år 2011.

** Landstinget ska bidra till att andelen barn och ungdomar med övervikt och fetma ska minska i länet..I mötet med barn och ungdomar inom landstinget ska livsstilsfrågor tas upp..Hänvisning till lämplig mottagare görs inom landstingets samtliga verksamheter med patientkontakt, då behov av särskilda åtgärder påvisats. Detta gäller avsnittets samtliga fokusområden (barn och unga: 1) psykisk hälsa, 2) övervikt och fetma, 3) tobak, alkohol, narkotika och dopning, 4) sexuell hälsa, samt 5) god livskvalitet) ...Livsstilsfrågor som har anknytning till överviktsutveckling tas upp med blivande och nyblivna föräldrar.. Frågan om vikt tas upp vid behov inom BVC, i motiverande samtal vid 4-årskontrollen.

Uppföljningsmått Mat allmänt
Andelen patienter som uppger att de har haft samtal kring sina levnadsvanor i samband med vårdkontakt.
Antalet patienter som tillfrågats om sin hälsa, alkohol, tobak, fysisk aktivitet, stress och kostvanor.
Andelen patienter där sambandet mellan patientens hälsa och livsstil tagits upp.
Kvalitetsindikatorer • Dokumentation av matvanor i patientens journal.
Generellt i landstinget: Matvanor, som en del i dokumentation av levnadsvanor.
Andel 4-åringar med övervikt eller fetma, uppdelat på flickor och pojkar (BVC). Andel med övervikt eller fetma (Hälsa på lika villkor). Hur stor andel i procent av de specifika målen i riktlinjerna som respektive sjukhus uppfyller. Målen i landstingsplanen finns också i handlingsplanen för relevant åldersgrupp. Delmålet om matsservering finns endast i Hpl, som nedbrytning av Lps mål inom fokusområde bra kostvanor för äldre. Skrivningen i Div vuxenpsykiatrins divisionsplan saknar specifika uppföljningsmått. Mått som följs årligen på verksamhetsområdes- samt divisions- och landstingsnivå, men inte målsatts specifikt: Preventiva program tillämpas angående mat (HFS, genomsnittindex).
Redovisning och rapportering till Sjukhusstyrelsen och sjukhusets ledningsgrupp samt information/Redovisning för Hälso- och sjukvårdsnämnderna.
Mat Antal utfärdade remisser till intervention för förändring gällande matvanor (UV040) Uppföljning för att få ett utgångsvärde. Antal patienter som påbörjat ordinationer för förändring gällande matvanor (UV041) Uppföljning för att få ett utgångsvärde.
Insatser för viktminskning.
A. Vårdgivaren ska journalföra levnadsvanor för patienter enligt livsstilsformuläret. Andel som fått frågor om tobaksvanor, Audit 3, kost och fysisk aktivitet. I rapporteringen ska VC redovisa andel för respektive levnadsvana. B. Ett systematiskt arbetssätt för arbete med övervikt och fetma för vuxna. Redovisa antal patienter: Individuell behandling, Gruppbehandling.
Redovisa andel patienter med diabetes/hypertoni där längd, vikt, midjemått, BMI registrerats i journalen.
Andel dssk-besök där motiverande samtal om rökning, alkoholförebyggande insatser, åtgärder mot övervikt, tagits upp. (Redovisat antal relateras till totala antalet distrikssköterskebesök)

Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs **Mat allmänt**

Utveckla och beskriva hur Alingsås lasarett ska arbeta med kost och nutrition, ta fram enhetliga riktlinjer för enteral nutrition samt pumpar och blanketter, kontinuerligt utbilda all personal. Verka för en ändamålsenlig dokumentation gällande nutrition. Utveckla rutiner för nutritionsfrågorna vid vårdplanering. Hålla nutritionshandboken på lasarettets hemsida uppdaterad.

Dietister deltar i utåtriktade insatser där de t.ex. besöker öppna förskolor och erbjuder samtal om mat. De deltar i hälsomässor och events i nordöstra Göteborg.

I patientmötet ställer läkare eller annan vårdpersonal frågor om matvanor och registrerar i journalsystemet.

Läkare eller annan vårdpersonal frågar patienten vid besök eller så används livsstilsformuläret som patienten har fyllt i i väntrummet eller fått hemskickat till sig innan besöket. Om patienten har "dåliga" matvanor informerar vårdgivaren patienten om vikten av att äta "bra". Om patienten vill ha extra stöd och hjälp så hänvisas patienten till lasarettets dietist eller så skickas en remiss till pv.

Kostråd/livsstilsgenomgång, obesitasbehandling inkl matdagbok och läkemedel Xenical.

Möjlighet att remittera pat till dietist som finns i verksamheten alt beteendenvetare för livsstilsfrågor när det gäller vikt, matvanor, motionsvanor, stresshantering o självtestning av blodsocker.
Individuella besök gällande ovanstående som stöd i egenvården.
Gruppverksamhet när det gäller ovanstående som stöd i egenvården.

Vårdenheterna ska i patientmötet ta upp frågan som sambandet mellan patientens hälsa och matvanor. Vid behov ska råd om kost och stöd vid övervikt och fetma erbjudas.

Informationsmaterial.

Näringsberäkning finns på de flesta sjukhus, alla är dock inte helt fullständiga.
Övervikt hos barn är ett aktuellt område. Detta följs även upp under området God hälsa (div planen) och där målet är: andelen 4 åringar med övervikt eller fetma ska understiga 10% för resp kön 2011.

SkaS arbete med kost och matvanor är systematiskt och strukturerat vid t ex St Helena Anorexi- och Bulimimottagning, inom Barnmedicin samt inom verksamhetsområden med patienter med diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, KOL eller patienter inom kirurgi (obesitas).

En föreläsningsserie inkluderande 7 teman (Tobak, Alkohol, Matvanor, Fysisk aktivitet, Sömn, Stress, Beteendeförändring) genomförs en gång per termin. Föreläsningsserien riktar sig till såväl patienter som medarbetare och allmänhet.

På varje vårdcentral finns minst en namngiven person som arbetar med stöd för viktminskning.

Vid patientbesöket frågar vårdpersonal patient om matvanor. Frågan ställs direkt under samtal med patient

alternativt att patienten fyller i ett formulär med frågor före patientmötet. Formuläret används som underlag till samtal om levnadsvanor. Svaret registreras i patientjournalen. Med utgångspunkt i vårdprogrammet för övervikt och fetma har primärvården arbetat fram ett strukturerat program som ger ramarna för behandling av övervikt /fetma individuellt eller i grupp.

Kommentarer

På två av fem sjukhus lagas maten i landstingets regi och på de övriga tre köper vi maten från andra aktörer. Samverkan mellan landstinget och de övriga aktörerna sker kontinuerligt. Viktigt att ha en bra dialog och tydliga avtal för att kunna uppnå målet.

Området matvanor är lågt prioriterat i Landstinget Blekinge idag och resurserna är få. Det innebär att både uppdrag, genomförande och uppföljning brister.

Inget mål för mat specifikt eller för undernäring på sjukhus finns. Lokala handlingsplaner finns men inget i avtalstext.

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.3.1 **Mat specifikt – Undernäring på sjukhus**

Specifika texter: 2

Allmänna texter: 1

Inga texter: 18 (varav tre organisationer där frågan ej är aktuell)

0 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 **Mat specifikt – Undernäring på sjukhus**

Målet är att ingen skada som går att undvika ska uppstå under vårdtiden på sjukhus eller i hemmet.

Ett tvärprofessionellt och tvärfunktionellt utvecklingsarbete pågår inom fall, undernäring, trycksår och smärta. Resultatet registreras och följs i Senior Alert (ett nationellt kvalitetsregister som används i samverkan med kommunerna).

Tillämpning av kvalitetsregistret Senior Alert.

Uppföljningsmåt **Mat specifikt – Undernäring på sjukhus**

Prevalens och incidens av vårdtagare med undernäring.

Beskrivning av antalet vårdtagare med risk, insatta åtgärder och resultaten av dessa.

Beskrivningen av andelen vårdtagare som undvikit vårdskada i form av undernäring under vårdtiden.

Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs **Mat specifikt – Undernäring på sjukhus**

I patientmötet görs bedömningar av status avseende nutrition, trycksador och fallrisk, vilket registreras i enlighet med standardiserade vårdprogram.

I vårt vårdavtal står det att vi ska gå med i senior alert vilket vi gjort under 2011. Vi har ett nutritionsråd på lasarettet som jobbar med dessa frågor. Det finns dock ännu inte med som specifikt mål i vårdavtalet.

Bedömningarna inom de tre riskområdena ska rutinmässigt göras samtidigt, vilket ger en jämlik vård och möjlighet att identifiera riskpatienter utifrån ett kvalitetssäkrat underlag. Det blir ett systematiskt arbete för att förebygga risker för undernäring, fall och trycksår.

Riskbedömning i slutenvård: Inom specialiteterna medicin, kirurgi, ortopedi och infektion ska riskbedömning göras vid ankomstsamtal. Riskbedömning ska även göras vid utskrivning om risk tillkommit under vårdtiden eller om risk finns.

Riskbedömning i Vårdval Halland: Riskbedömning ska göras vid hembesök av distriktssköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Information om och remiss till dietist. Individuellt stöd eller i grupp.
Informationsmaterial.

Näringsberäkning finns på de flesta sjukhus, alla är dock inte helt fullständiga. Andelen patienter 65 år och äldre riskbedöms för malnutrition inom ett dygn efter ankomsten till vårdenheten. Alla div medicins vårdavdelningar arbetar nu med detta verktyg som ingår i Senior Alert. Målsättningen är att 100% ska bli riskbedömda senast 2014.

Kommentarer

Vi har startat med implementering av Senior Alert på en avdelning på lasarettet för att senare kunna implementera arbetssättet på hela lasarettet.

Inom området undernäring pågår ett strukturerat arbete med standardiserade vårdprogram och ett utvecklingsarbete kring registreringen i Senior Alert. Det står dock ingenting skrivet i våra uppdragstexter och därmed ingenting i uppföljning på landstingsnivå.

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.4 **Fysisk aktivitet allmänt**

Specifika texter: 3

Allmänna texter: 16

Inga texter: 2

2 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 **Fysisk aktivitet allmänt**

Registrera patienter som tillfrågats om sin fysiska aktivitet.
Registrera antalet patienter med otillräcklig fysisk aktivitet.
Utveckla ett systematiskt arbetssätt för rekommendationer av fysisk aktivitet.

Fysiskt inaktiva patienter ska ges information, rådgivning och erbjudas FAR-recept. Samtlig legitimerad personal inom primärvården ska arbeta enligt FAR/FYSS och förskriva FAR. Patienter med BMI (body mass index) eller mer för män och 30 eller mer för kvinnor ska informeras om överviktsrisken och erbjudas utredning och behandling av samtliga till övervikt kopplade riskfaktorer.

FYSISK AKTIVITETSRELATERADE MÅL

Mål: Andelen 4-åringar med övervikt eller fetma ska understiga 10% för respektive kön, år 2011
Mål: Andelen med övervikt eller fetma bland vuxna norrbottningar ska minska med minst en tredjedel bland män respektive kvinnor från år 2006 till år 2020
* Delmål: 90 procent av vårdcentralerna skriver recept på fysisk aktivitet, år 2010
** Landstinget ska bidra till att andelen barn och ungdomar med övervikt och fetma ska minska i länet..I mötet med barn och ungdomar inom landstinget ska livsstilsfrågor tas upp..Hänvisning till lämplig mottagare görs inom landstingets samtliga verksamheter med patientkontakt, då behov av särskilda åtgärder påvisats. Detta gäller avsnittets samtliga fokusområden (barn och unga: 1) psykisk hälsa, 2) övervikt och fetma, 3) tobak, alkohol, narkotika och dopning, 4) sexuell hälsa, samt 5) god livskvalitet) ...
Livsstilsfrågor som har anknytning till överviktsutveckling tas upp med blivande och nyblivna föräldrar.. Frågan om vikt tas upp vid behov inom BVC, i motiverande samtal vid 4-årskontrollen.

Uppföljningsmått **Fysisk aktivitet allmänt**

Andelen patienter som uppger att de har haft samtal kring sina levnadsvanor i samband med vårdkontakt.

Redovisning av antal patienter som tillfrågats om sin fysiska aktivitet samt antal patienter med otillräcklig fysisk aktivitet.
Redovisa dokumenterade rutiner.

Åtgärd för att öka fysisk aktivitet: Antal journalförda FAR- recept/Antal totala recept. Medidoc. Årligen. Antalet FAR-recept skall öka jämfört med föregående år Bokslut.

Rapportera resultat i regionala och nationella samarbeten.

Andelen patienter där sambandet mellan patientens hälsa och livsstil tagits upp.

Kvalitetsindikatorer (Fakta levnadsvanor på intranätet) - Dokumentation av fysisk aktivitet i patientens journal.

Generellt i landstinget: Fysisk aktivitet, som en del i dokumentation av levnadsvanor.

Andel vårdcentraler som skriver recept på fysisk aktivitet

Mått som följs årligen på verksamhetsområdes- samt divisions- och landstingsnivå, men inte målsatts specifikt: Preventiva program tillämpas angående fysisk aktivitet (HFS, genomsnittindex)
Redovisning och rapportering till Sjukhusstyrelsen och sjukhusets ledningsgrupp samt information/Redovisning för Hälso- och sjukvårdsnämnderna.
(Sjukhus och psykiatri) Fysisk aktivitet. Antal ordinationer av fysisk aktivitet alternativt antal förskrivna recept Ökn jmf m 2010. Antal patienter som påbörjat ordination gällande fysisk aktivitet. Uppföljning för att få ett utgångsvärde. (Hälsoval Skåne) Vårdgivaren ska följas upp genom att: Uppdragsgivaren mäter: Antal individer mellan 13-75 år, med vilka man fört samtal om fysisk aktivitet/1000 förtecknade medborgare på vårdenheten. Registreras som åtgärdskod i PASIS eller i patientjournalen för automatisk överföring. Kommer att mätas en gång/år.
Antal individer, med vilka man fört samtal om fysisk aktivitet/1000 förtecknade medborgare på vårdenheten. Registreras som KVÅ-kod DV030. Kommer mätas en gång per år.
Vårdgivaren ska journalföra levnadsvanor för patienter enligt livsstilsformuläret. Andel som fått frågor om tobaksvanor, Audit 3, kost och fysisk aktivitet. I rapporteringen ska VC redovisa andel för respektive levnadsvana.

Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs Fysisk aktivitet allmänt
Samarbeteta med Sportlife och hälsostudion.
Vid besöket frågar läkare eller annan vårdpersonal om vanor angående fysisk aktivitet och registrerar svaret i patientjournalen.
Läkare eller annan vårdpersonal frågar patienten vid besök eller så används livsstilsformuläret som patienten har fyllt i i väntrummet eller fått hemskickat till sig innan besöket. Om patienten har bristfällig fysisk aktivitet informerar vårdgivaren patienten om vikten av att röra sig etc. Om patienten vill ha extra stöd och hjälp skrivs ett FAR.
Patientperspektivet: Vi avser öka förskrivningen av FaR genom att upprätta informationsmaterial, internt och externt. Informera i olika personalsammanhang. Stavgångsgrupper.
Vårdenheterna ska i patientmötet ta upp frågan som sambandet mellan patientens hälsa och motionsvanor. Vid behov ska råd om fysisk aktivitet erbjudas.
Dokumentation sker av patientens fysiska aktivitetsnivå enligt mätmetod.

SkaS arbetar med hälsofrämjande aktiviteter och ett salutogent förhållningssätt. Detta sker bl a genom att mäta, målsätta och förbättra patienters motionsvanor.
Det finns på de flesta skånska primärvårdsenheter finns en samordnare för FaR även om övrig leg. personal också ordinerar FaR.
En föreläsningsserie inkluderande 7 teman (Tobak, Alkohol, Matvanor, Fysisk aktivitet, Sömn, Stress, Beteendeförändring) genomförs en gång per termin. Föreläsningsserien riktar sig till såväl patienter som medarbetare och allmänhet.
På varje vårdcentral finns minst en namngiven person som arbetar med stöd för ökad fysisk aktivitet.
Rutiner upprättas och dokumenteras i sjukhusets Kvalitetshandbok för varje enhets mest frekventa diagnosgrupper samt utifrån medicinsk bedömning viktigaste.
Vid patientbesöket frågar vårdpersonal patient om vanor vad gäller fysisk aktivitet. Frågan ställs direkt under samtal med patient alternativt att patienten fyller i ett formulär med frågor före patientmötet. Formuläret används som underlag till samtal om levnadsvanor. Svaret registreras i patientjournalen.

Kommentarer

Att arbeta med "mäta, målsätta och förbättra patienters motionsvanor" är en obligatorisk aktivitet enligt SkaS styrkort. Uppföljning av arbetet sker i samband med sjukhusets styrkortsdialogmöten (3ggr/år) samt vid verksamheternas egna månatliga uppföljning.

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.4.1 **Fysisk aktivitet specifikt – FaR (Fysisk aktivitet på Recept)**

Specifika texter: 9

Allmänna texter: 8

Inga texter: 4

5 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 **Fysisk aktivitet specifikt – FaR (Fysisk aktivitet på Recept)**

Ha en tydlig preventiv ansats i vårdarbetet syftande till att öka den fysiska aktiviteten samt minska antalet rökare och personer med övervikt i befolkningen. Mottagning ska också aktivt medverka i forsknings- och utvecklingsarbete för att stärka ökad fysisk aktivitet, minska rökprevalens och övervikt samt förbättra den kardiovaskulära riskprofilen bland befolkningen i detta mångkulturella område.
"Öka andelen patienter som ordinerats fysisk aktivitet på recept".

Utföraren ska verka för en tillförlitlig och rationell förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR®, samt för rekommendation om fysisk aktivitet, avvägd mot farmakologiska behandlingsmetoder enligt FYSS (fysisk aktivitet

i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling).
Leverantören skall kunna ordinera FaR för att därigenom kunna få en lämplig avvägning mellan behandlingsmöjligheter för varje patient.
Budget 2011: Fysisk aktivitet på recept är långsiktigt prioriterat. Vårdval 2011-2012: Rådgivning och förskrivning av FaR.
Fortsatt införande av Fysisk aktivitet på Recept (FaR); ökad kunskap bland medarbetarna samt ökat förskrivande och utvärdering.
Region Skånes riktlinjer för Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) ska följas.
Utveckla ett systematiskt arbetssätt för förskrivning av Fysisk aktivitet på recept (FaR).
Region Skånes riktlinjer för Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) ska följas.
Utgångspunkt: i Handlingsplan Hälsa 2020/Folkhälsopolitiskt program: Genom att sprida arbetsmodellen för Fysisk aktivitet på Recept (FaR) till intresserade enheter inom landstinget, är målsättningen att fysisk aktivitet ska erbjudas som förstahandspreparat, komplement eller ersättning till läkemedel eller annan behandling. Även genom aktiviteter direkt mot befolkningen kan vi öka kunskapen om hur viktigt det är med fysisk aktivitet för att behålla och förbättra hälsan.

Uppföljningsmått Fysisk aktivitet specifikt – FaR (Fysisk aktivitet på Recept)

Antal utskrivna FAR.
Andelen patienter som uppger att de har haft samtal kring sina levnadsvanor i samband med vårdkontakt. - Andel patienter som fått frågor kring fysisk aktivitet. - Antal förskrivna FaR. - Finns även ytterligare parametrar som följs utifrån ett verksamhetsperspektiv (dos och duration, diagnosorsak m.m.).
Redovisa dokumenterade rutiner. Redovisa antalet FAR.
Andelen utfärdade FaR per 1000 besök och de vanligaste indikationerna för behandling.
Enligt Budget och flerårsplan (För landstingets vårdcentraler, ej de privata): Andel vårdcentraler som regelbundet använder metoder för hälsofrämjande livsstil. (Målet: 100 %). Vårdcentralerna bedömer och rapporterar in hur utvecklad processen (skala 0-10) för fysisk aktivitet på recept är. Kvalitetsindikatorer. Antal FaR-recept.

<p>Antal journalförda FaR, successivt ökande. Vårdval 2011-2012: Antal journalförda FaR, 1 % av antal listade.</p>
<p>Andel vårdcentraler som skriver recept på fysisk aktivitet</p>
<p>Redovisning och rapportering till Sjukhusstyrelsen och sjukhusets ledningsgrupp samt information/Redovisning för Hälso- och sjukvårdsnämnderna.</p>
<p>Antal förskrivna FaR.</p>
<p>Redovisa rutiner i kvalitetshandboken.</p>
<p>Förskrivna recept på fysisk aktivitet. Redovisa antal recept fördelat på diagnos, ålder och kön.</p>
<p>Andel listade vuxna patienter inom fastställda diagnosgrupper som ordinerats fysisk aktivitet på recept, FaR.</p>
<p>Fysisk aktivitet på recept i primärvården. Antal patienter som efter 3 månader är följsamma till förskrivna FAR ordinationer. Psykiatri: Antal förskrivna FAR under året.</p>
<p>Redovisa antal patienter som fått FaR förskrivet.</p>

Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs **Fysisk aktivitet specifikt – FaR (Fysisk aktivitet på Recept)**

Besök på APT av FAR-kunnig sjukgymnast. Regelbunden uppföljning som påminnelse.

Vid besöket frågar läkare eller annan vårdpersonal om vanor angående fysisk aktivitet och registrerar svaret i patientjournalen.

- Vid behov förskrivs recept på fysisk aktivitet direkt av läkaren alternativt skickas remiss till sjukgymnast eller distriktssköterska för förskrivning av FaR alternativt förskriver dessa direkt när de träffar en patient.
- Det finns specifika flödesbeskrivningar för FaR-förskrivning i slutna vård, öppen vård och psykiatri. Ordinationsblanketter och uppföljningsblanketter finns också i vårt journalsystem.

Patientperspektivet: Vi avser öka förskrivningen av FaR genom att upprätta informationsmaterial, internt och externt.
Informera i olika personalsammanhang.
Stavgångsgrupper.

Fysisk aktivitet på recept föreskrivs av läkare. Kan tyvärr inte i dagsläget ge någon uppgift om hur frekvent detta är.

<p>FaR finns i patientjournalen, Riktlinjer för FaR på SU är antagna och det finns ett verkställighetsbeslut. Fysisk inaktivitet med FaR som metod ska användas för patienter som är i behov av ökad fysisk aktivitet förebyggande och behandlande.</p>
<p>SkaS arbetar med hälsofrämjande aktiviteter och ett salutogent förhållningssätt. Detta sker bland annat genom att: införa FaR som behandlande/sjukdomsförebyggande aktivitet genom att mäta, målsätta och öka användande av FaR.</p>
<p>Det finns på de flesta skånska primärvårdsenheter en samordnare för FaR även om övrig leg. personal också ordinerar FaR.</p>
<p>Implementering av FaR som rutin pågår för patient- diagnosgrupper där det finns en tydlig evidens för att använda FaR för sjukdomsprevention/behandling. Dvs vi arbetar för att få sjukhusets verksamheter att se vinsterna med att lägga in förskrivning av FaR i standardvårdplaner, interna checklistor, klinikernas verksamhetsplaner mm.</p>
<p>På varje vårdcentral finns minst en namngiven person som arbetar med stöd för ökad fysisk aktivitet genom förskrivning av FaR och hjälp till slussning för fysisk aktivitet utanför sjukhuset.</p>
<p>Rutiner upprättas och dokumenteras i sjukhusets Kvalitetshandbok för varje enhets mest frekventa diagnosgrupper samt utifrån medicinsk bedömning viktigaste. Sökord och mall i elektroniska patientjournalen.</p>
<p>All legitimerad personal får förskriva FaR till patienter i enlighet med FYSS. Receptet finns som blankett i den elektroniska journalen. I arbetet med FaR har vårdpersonalen tillgång till friskvårdslotsen, lotsens uppdrag är att hjälpa patienten hitta lämplig aktivitet i friskvården.</p>

Kommentarer

Det är även några avdelningar på sjukhusen som rapporterar in antal förskrivna FaR. Utvecklingsprojekt för FaR i slutenvården pågår. Emellertid inget som finns med som uppdrag eller i avtal.

Att arbeta med "att införa FaR som behandlande/sjukdomsförebyggande metod" är en obligatorisk aktivitet enligt SkaS styrkort. Uppföljning av arbetet sker i samband med sjukhusets styrkortsdialogmöten (3ggr/år) samt vid verksamheteras egna månatliga uppföljningar.

Utdata på förskrivna FaR. Rapport från Friskvårdslots för de FaR som skickats för lotsning. Utvecklingsmål. Utföraren ska utveckla stödjande strukturer för att underlätta rekommendation och förskrivning av faR till äldre. Arbetet sker i samverkan med landstingets Friskvårdslotsar.

Delmål 1B, Indikator 3.

Vårdgivaren ger systematiskt stöd (i form av patientutbildning/stöd, individuellt eller i grupp) för att förbättra egenupplevd hälsa (fysisk, psykisk och social).

Specifika texter: 6

Allmänna texter: 4

Inga texter: 11

0 av 21 verksamheter beskriver ersättning specifikt för detta uppdrag.

<p>Avtalstext/uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011 Vårdgivaren ger systematiskt stöd för att förbättra egenupplevd hälsa</p>
<p>Patient- och närståendeutbildning för närstående till strokepatienter och för strokepatienter med afasi.</p>
<p>Enligt Budget 2011 och flerårsplan 2012-2013:</p> <p>Patientens perspektiv står alltid i centrum.</p> <p>Lärande och förnyelseperspektivet: Från patientskola till lärcafé. Patientrollen förändras - vilket ställer krav på ökad förståelse och lärande. En förstärkt medverkan för patienten i val av vård, behandlingar och medicinsk teknik är i fokus. Med utgångspunkt från två patientgrupper med kroniska sjukdomar byggs nätverk för att stärka det friska och skapa förutsättningar för stöd mellan patienter och närstående. Under 2011 planeras lärcaféer för ytterligare patientgrupper.</p>
<p>ÖVERGRIPANDE MÅL Mål: Norrbottningarna ska ha Sveriges bästa självskattade hälsa år 2020.</p> <p>Mål: Andel elever i gymnasiets första år som de senaste tre månaderna ofta eller alltid känt sig ledsna eller nedstämda, understiger 3 % år 2014.</p> <p>PROCESSMÅL Mål: Evidensbaserade metoder tillämpas för att stimulera och ta tillvara patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa. Minst 90 % av landstingets verksamheter med patientmöten år 2014.</p> <p>OMRÅDESPECIFIKT PROCESSMÅL Mål: Stöd ges till individer och grupper som lever med ökad sårbarhet. Minst 90 % av landstingets verksamheter med patientmöten år 2014.</p>
<p>Västra Götalandsregionens alla verksamheter ska medverka till att förebygga och motverka livsstilsrelaterade sjukdomar. Kunskap och erfarenhet ska finnas för att möta och stödja människor i att ta ansvar för sin hälsa. Ansvaret att värna sin hälsa handlar främst om att äta sunt, motionera och undvika stress, alkohol, tobak och droger. Genom egenvårdsinformation ges medborgare och patientgrupper med livsstilsrelaterade sjukdomar bättre förutsättningar att själva förändra och hantera sin livssituation. Hälso- och sjukvården har ett hälsofrämjande uppdrag. Det gäller både i det sjukdomsbehandlande och sjukdoms- och skadeförebyggande uppdraget.</p> <p>"Sjukhusets uppdrag: Fortsätta utveckla sitt hälsofrämjande uppdrag i enlighet med intentionerna för nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. Föreläsningar som riktar sig till befolkningen anordnas i hälsofrämjande syfte, föreläsare är SkaS egna experter."</p>
<p>Patientfokuserad hälso – och sjukvård</p> <p>En patientfokuserad hälso – och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Patienter med funktionsnedsättning/kroniska sjukdomar ska få erbjudande om patientutbildning oavsett var de får sin diagnos/behandling/habilitering/rehabilitering.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alla patienter ska få individuellt anpassad information. <p>Mål: Minst tjugo vårdenheter/kliniker/verksamhetsområden per område nedan kommer att väljas ut slumpmässigt</p>

för att under året redovisa:

- sitt förbättringsarbete med anledning av resultaten i Nationell patientenkät och utifrån återrapporterade patientärenden från patientnämnden
- hur patienter med funktionsnedsättning/kroniska sjukdomar får erbjudande om patientutbildning
- rutiner för hur patienter ges individuellt anpassad information

Allmän skrivning i Handlingsplan Hälsa2020/Folkhälsopolitiskt program: Stödja individer och grupper som är speciellt utsatta. Enligt SKL:s kunskapsöversikt Vård på (o)lika villkor slår Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 fast att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Kartläggningar visar dock att hälsan är ojämnt spridd mellan olika grupper och – eftersom socialt utsatta grupper lider av störst ohälsa – att hälsan dessutom är ojämnt spridd i befolkningen. Även om befolkningens hälsa till stor del bestäms av samhället i stort, dess ojämlikheter, skilda livsvillkor och det genetiska bagage var och en bär med sig så har hälso- och sjukvården ett stort ansvar. Den ska inte bara behandla sjukdomar, åkommor och ohälsa – den ska också utjämna skillnader i ohälsa för att uppnå målet om en god hälsa för alla.

Utgångspunkt

Syftet med de hälsofrämjande insatserna är att öka kunskapen hos landstingets medarbetare och hos samarbetspartners om utsatta gruppers hälsosituation. Det innebär också ett bra bemötande och ett gott omhändertagande för personer som besöker våra hälso- och sjukvårdsinrättningar.

Aktiviteter: Utveckla samarbetet med handikappverksamheterna för att stärka hälsan hos personer med funktionshinder av olika slag.

Anpassa informationsmaterial så att det blir tillgängligt för alla grupper.

Spridning av vårdprogrammet för arbete med våldsutsatta kvinnor och barn till funktionshinder- och habiliteringsverksamheterna.

Utveckla samarbete med SFI.

Uppföljningsmätt **Vårdgivaren ger systematiskt stöd**

Andel divisioner där stöd förekommer till individer och grupper som lever med ökad sårbarhet, vid mer än ca tre fjärdedelar av divisionens kliniker/motsv. (HFS, genomsnittsindex). Följs även per verksamhetsområde.

Redovisning och rapportering till Sjukhusstyrelsen och sjukhusets ledningsgrupp samt information/Redovisning för Hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Förvaltningarna ska verbalt beskriva hur de erbjuder patienter med funktionsnedsättning patientutbildning och hur rutinerna ser ut för individuellt anpassad information.

Antal MI-utbildade.

Åtgärder Tillämning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs **Vårdgivaren ger systematiskt stöd**

Grupputbildning som syftar till att stärka individen och ge möjlighet till att bilda ett nätverk eller att gå vidare i kommunens verksamhet för stöd.

Olika yrkeskategorier ingår i grupperna och tar upp frågor som rör levnadsvanor/livs faktorer som berör

respektive sjukdomsgrupp.
Center för egenvård bedriver kontinuerligt utbildning och stöd, individuellt eller i grupp i livsstilsfrågor. Hit kommer man på remiss/egenremiss.
Pat-skolor bedrivs för tex. KOL, hjärtkärl och diabetes. Pre- och postoperativa träffar för t.ex. obesitaspatienter. Motiverande samtalsutbildningar erbjuds all vårdpersonal.
Landstinget deltar i diverse aktiviteter på befolkningsnivå, t.ex. föreläsningar och projekt i samverkan med kommuner och olika organisationer. Inom hälso- och sjukvården erbjuds fördjupade samtal om upplevelse av hälsa av t.ex. FaR-samordnare, dietister, kuratorer inom Primärvården. Dessutom erbjuds vid behov KBT inom Primärvården, ACT inom vissa verksamheter, samtal med barnhälsovårdpsykiolog..
KOL-skola och hjärtsviktsgrupper genomförs i våra verksamheter.
SkaS arbete med patientutbildning sker systematiskt och/strukturerat inom flera verksamhetsområden, individuellt och/eller i grupp.
Antal individer mellan 13-75 år, med vilka man fört samtal om rökning/1000 förtecknade medborgare på vårdenheten. Registreras som åtgärdskod QX003. Kommer mätas en gång per år.
En föreläsningsserie inkluderande 7 teman (Tobak, Alkohol, Matvanor, Fysisk aktivitet, Sömn, Stress, Beteendeförändring) genomförs en gång per termin. Föreläsningsserien riktar sig till såväl patienter som medarbetare och allmänhet. Därutöver görs följande stödinsatser: Anestesi kliniken: Har en "post IVA" mottagning där patienter som vårdats på IVA under en längre tid får komma och tala om sina upplevelser och ev få ytterligare hjälp och stöd om de behöver. arn och ungdomskliniken: inom diabetesvården sker patientutbildning enskilt, i grupp och även i form av skol/dagsbesök. Rehabiliteringskliniken: Patientutbildning för hjärnskadade patienter. Rehabiliteringskliniken: Patientutbildning inom dagvården på R46. Rehabiliteringskliniken: Patientutbildning i form av smärtskola med inriktning på ergonomi till ett flertal patientdiagnoser. En del i utbildningen till patienterna handlar om balans mellan arbete och vila. Rehabiliteringskliniken: Har Reumaskola för reumatiker. Rehabiliteringskliniken: Har Bechterewskola för bechterewpatienter. Rehabiliteringskliniken: Har Post stroke-verksamhet för drabbade och deras anhöriga. Hjärt- lungkliniken: Har hjärtskola för patienter där information/utbildning om bl a kost, motion och livsstilsfrågor ingår. Ögonkliniken: Individuell patientinformation om nydiagnosticerad glaukom; samtal och film (fokus ögonsjd). Vuxenpsykiatri: Återfallsprevention i grupp för patienter med beroendeproblematik genomförs kontinuerligt på öppenvårdsmottagning. Vuxenpsykiatri: Det genomförs kontinuerligt anhörig/närståendeutbildning på Beroende- och andra psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Vuxenpsykiatri: Stödgrupp för att komma igång med fysisk aktivitet finns för patienter som ej initialt klarar att träna enligt ett utskrivet FaR. Kvinnokliniken: Har en barnmorska som är kursledare för sjukhusets gemensamma kurs (kirurgen, onkologen, kvinnokliniken) "Att leva med cancer" som vänder sig till patienter och anhöriga. Kvinnoklinik: Alla patienter som är abortsökande erbjuds kuratorskontakt, de träffar alltid en barnmorska individuellt och här sker en preventivmedelsrådgivning och identifiering av "riskbeteenden" med rådgivning. Kvinnoklinik: Kurator kopplas alltid in eller patienten erbjuds kontakt efter traumatiska upplevelser såsom våldtäkter, våld mot kvinnor mm.

Kirurgklinik: Obesitaspatienter får systematiskt stöd på kliniken (dietist och PAS).
Kirurgklinik: Stöd för patienter som just fått cancerdiagnos ges via kirurgklinikens resursteam.
Vuxenpsykiatri: Stödverksamhet för misshandlade kvinnor och deras barn bedrivs.
Vuxenpsykiatri: Familjeterapi bedrivs.

Främst EQ5D men även SF36 används exempelvis i flera av våra gruppbehandlingar såsom tobaksavvänjning, överviktsgrupper men även inom ramen för arbete med patienter inom rehabiliteringsgarantin samt vissa förbättringsarbete såsom "Bättre flyt Höft och knä"

Kommentarer

Här har vi ett jobb att göra framöver för att säkerställa kvalitén på patientskolorna.

EQ5D och SF36 finns som sökord i elektroniska patientjournalen men redovisning till beställaren sker enbart genom beskrivning av verksamheten.

KAPITEL IV

Diskussion

En exempelsamling

Resultatet av denna sammanställning har som redan nämnts redovisats vid ett flertal tillfällen. Det har då framkommit synpunkter på att resultaten kan tolkas på ett jämförande sätt och inte enbart som delar i en exempelsamling. Vi har i slutversionen av rapporten därför valt att ta bort information om vilken avtalstext som hör till vilket sjukhus eller vårdorganisation för att tydliggöra syftet med rapporten, att vara just en exempelsamling.

Information gavs om att enkäten skulle besvaras av någon i den egna organisationen som var väl insatt i avtal/uppdragsområdet. Men några valde att fylla i enkäten utan att ha relevant kunskap om området, varpå felaktiga uppgifter angavs och korrigeringar behövde göras.

I god tid på våren gavs information om enkäten, dess utformning och när den skulle komma, men flera kommenterade att tiden för att besvara enkäten upplevdes som knapp och till viss del kan den upplevelsen bero på att enkäten skickades ut direkt efter sommarsemestrarna.

Med tanke på det motstånd vi initialt mötte i det här arbetet kan det tyckas anmärkningsvärt att inga kommentarer inkom, från de sjukhus eller vårdorganisationer som lämnade sina svar, på varken enkätens eller dess instruktioners utformning.

Fördelningen av *Specifika, Allmänna och Inga texter*

Sett till fördelningen av avtals- och uppdragstexterna kan man se att indikatorerna för Tobak allmänt och den för Mat allmänt var de två indikatorer där samtliga svarande organisationer hade skrivningar, även om de allra flesta texterna räknades som allmänna.

Indikatorerna för Alkohol allmänt och Fysisk aktivitet allmänt visade en liknande fördelning som de för Tobak allmänt och Mat allmänt, även om dessa visade två verksamheter vardera där inga skrivningar alls förekom.

De tre indikatorer för vilka minst antal texter fanns var de som rörde Tobak specifikt – Tobaksfri i samband med operation, Alkohol specifikt - Riskbruk av alkohol samt Mat specifikt - Undernäring på sjukhus. Här bör noteras att tre icke-operativa verksamheter har besvarat enkäten samt att dessa även är vårdorganisationer utan inneliggande patienter, varpå Tobak specifikt och Mat specifikt - indikatorerna faller bort. Varför det finns ett så lågt antal avtalstexter kring riskbruk av alkohol tåls däremot att fundera på.

Indikatorn för Fysisk aktivitet specifikt – FaR var den som överlägset visade på flest specifika texter. Och vad gäller den sista indikatorn, den som behandlar det hälsofrämjande perspektivet, var fördelningen kring texter/inga texter ca 50/50.

Det hälsofrämjande perspektivet

Indikator 3 fokuserar på det hälsofrämjande perspektivet och har en vidare ansats än enbart att direkt koppla mot levnadsvanorna. Resultatet visar på att det finns ett flertal allmänna texter med uppdrag för detta område och de flesta är övergripande i sina formuleringar. Under åtgärder finns även relativt många exempel och där är flertalet någon form av patientutbildning men det saknas nästan helt uppföljningsmått. Det finns inga precisa mått utan mer beskrivningar kring vad man gör. En fråga är - hur följer vi upp och kvalitetssäkrar exempelvis patientutbildningar?

Ersättningsmodeller

Resultatet från enkäten visar på relativt få exempel på ersättningar som direkt är kopplade till uppdrag. Ersättningar kan vara utformade som direkta ersättningar för att något mål uppnåtts, exempelvis att ett visst antal FaR har förskrivits. Det finns även en form av målrelaterad ersättning där ett visst mått ska ha uppnåtts annars får man "betala tillbaka" och det systemet kan ses som mer repressivt. I region Skåne har man den så kallade "Skånemodellen" som är en ersättningsmodell för samtal om hälsa inom sjukhusvård och inom psykiatri. Modellen kan kort sammanfattas med att i ett patientsamtal ställs frågor om levnadsvanor och detta journalförs och en KVÅ-kod sätts, därefter diskuteras åtgärd och remiss skickas och även åtgärden KVÅ-kodas. När sedan remissvaret kommit till den förskrivande mottagningen ersätts enheten ekonomiskt, registreringen sker i PASIS. Systemet omfattar alla sjukhus och all psykiatri i region Skåne.

Arbetet väcker nya frågeställningar

Resultatet och arbetet med att sammanställa resultatet har väckt några tankar på frågor som kan vara intressanta att lyfta och arbeta vidare med. Den första är att det vore spännande att göra om enkäten för att se utvecklingen över tid. En tänkbar utveckling är en ökad aktivitet och fler uppdrag i och med implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

En annan frågeställning är om tydliga uppdrag och uppföljningskrav inom något område får en undanträngningseffekt på andra, eller om det ger en stimulering och uppmärksamhet som medför ett större fokus på levnadsvanor i stort?

Ytterligare en frågeställning är hur det är möjligt att följa upp samt att stödja processer om det endast finns övergripande formuleringar alternativt inga uppdragsbeskrivningar alls?

Nästa steg

En reflektion är att dagens vård präglas i relativt stor utsträckning av ett stramt ekonomiskt läge och att det då blir extra viktigt att avtal och uppdrag är framtagna i en process präglad av god kommunikation samt att de är väl och tydligt formulerade. Nästa steg är noga utkommunicerade uppdrag samt god och meningsskapande uppföljning. Inom HFS-nätverket finns en modell och en tradition av kollegial granskning. Ett förslag är att arbeta med kollegial granskning avgränsat till just avtal och uppdrag.

Antal deltagande organisationer uppdelat på de tre åren är enligt följande;

2008 – 33 st

2009 – 47 st

2010 – 44 st

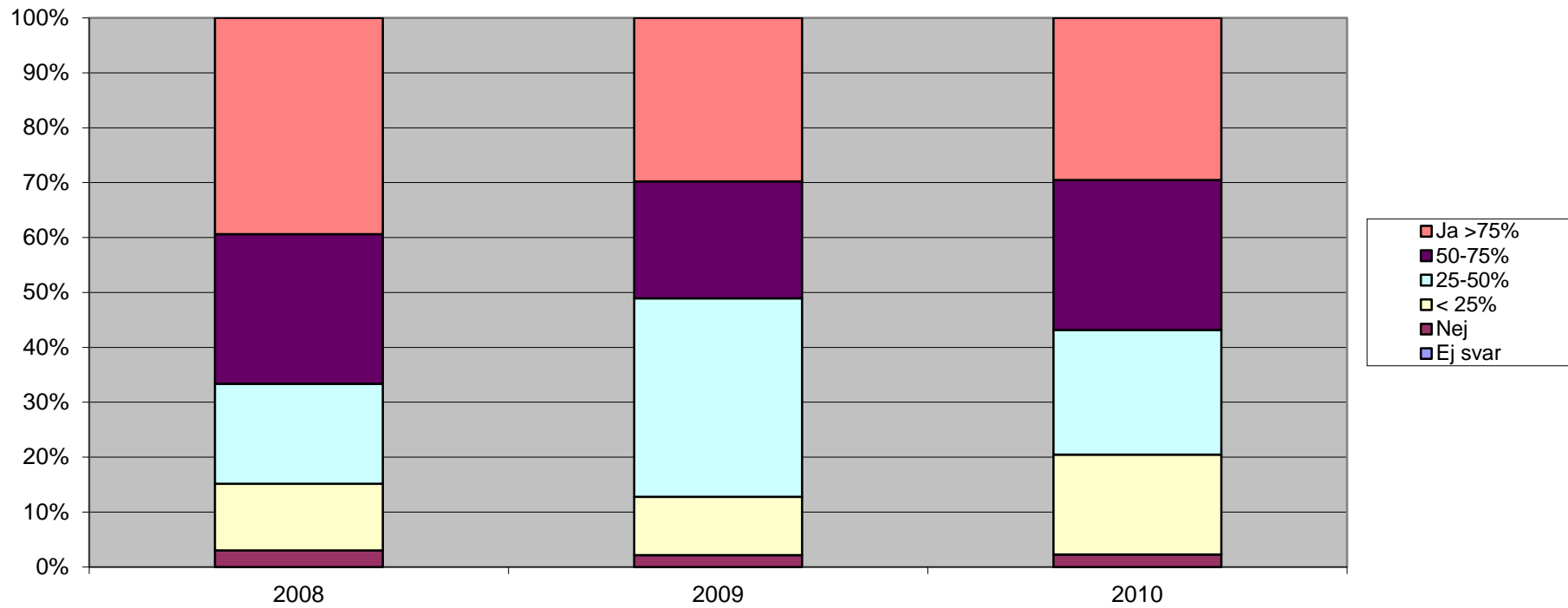
Allmänt kan man säga att det på alla indikatorerna (där vi har data för alla tre åren) ser likadant ut;

2008 bra resultat dvs att man arbetar med indikatorerna i stor utbredning,

2009 nedgång i arbetet

2010 början till uppgång

1.1 Preventiva program tillämpas angående tobak

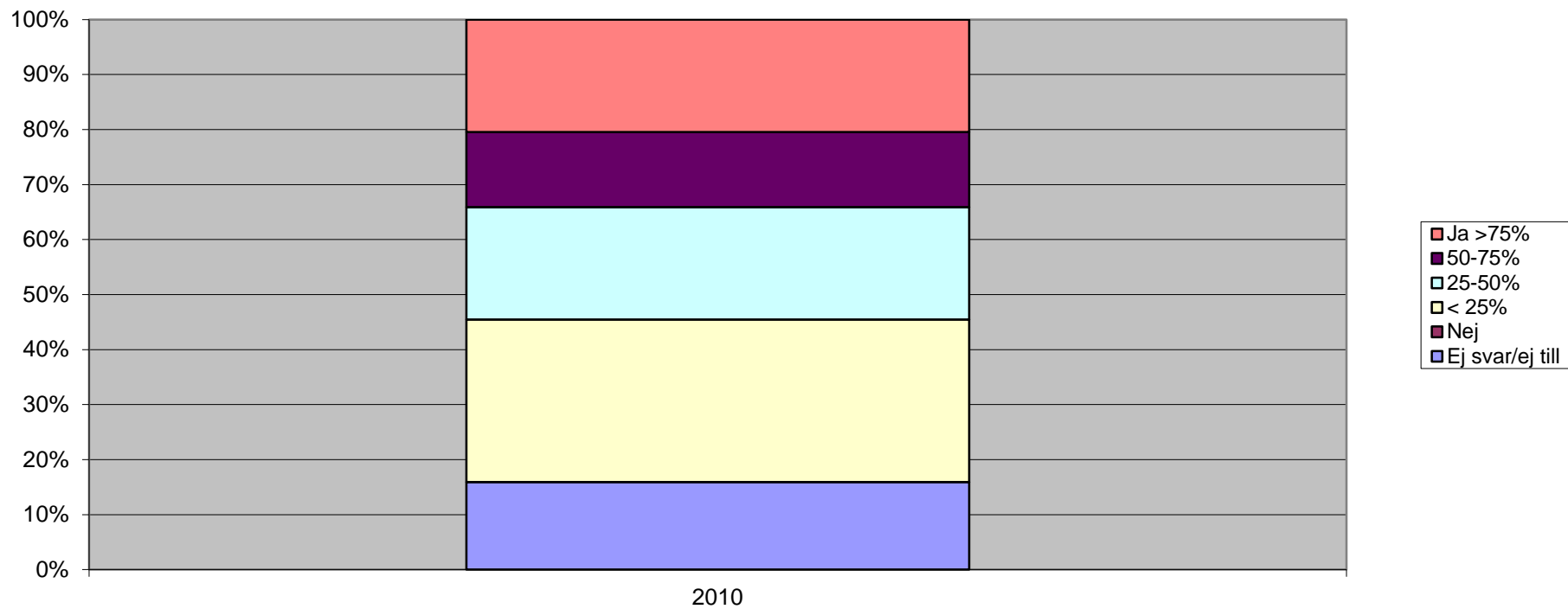


2008: Knappt 70 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Ungefär 50 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

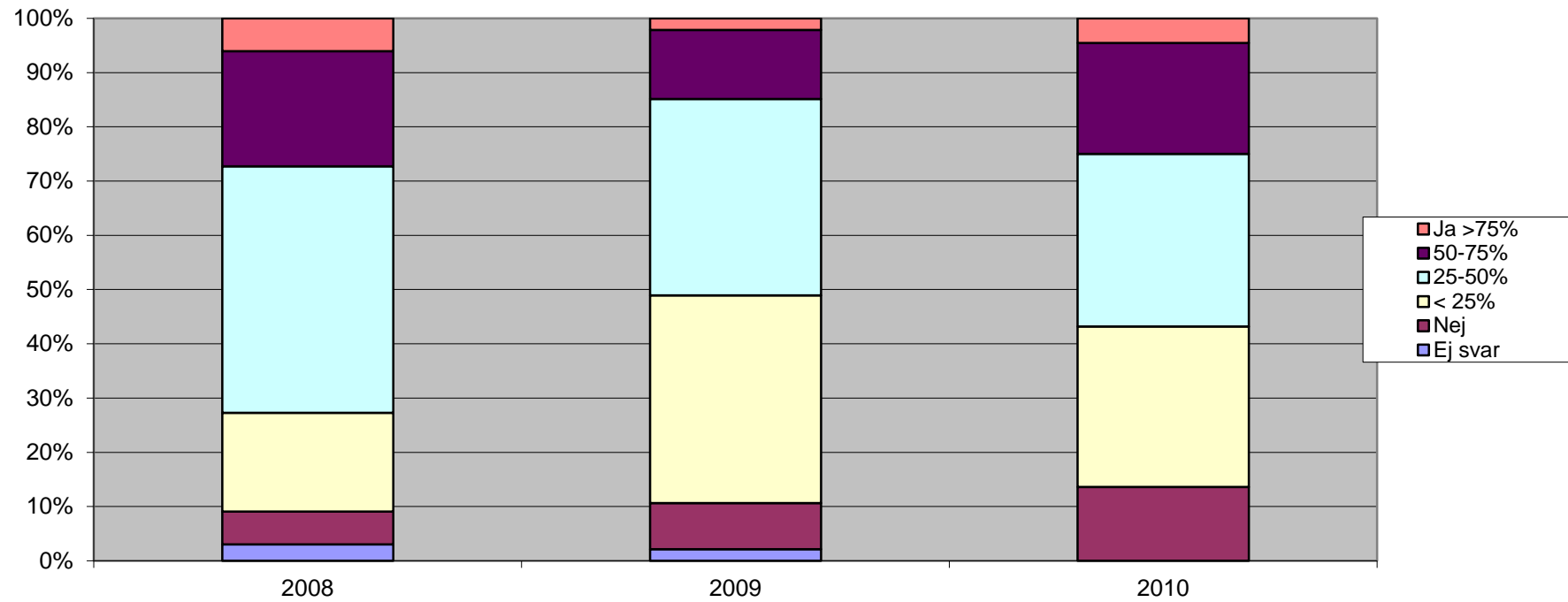
2010: Strax över 50 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

1.1.1 Preventiva program tillämpas angående tobaksfri i samband med operation



2010: Strax över 30 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

1.2 Preventiva program tillämpas angående alkohol

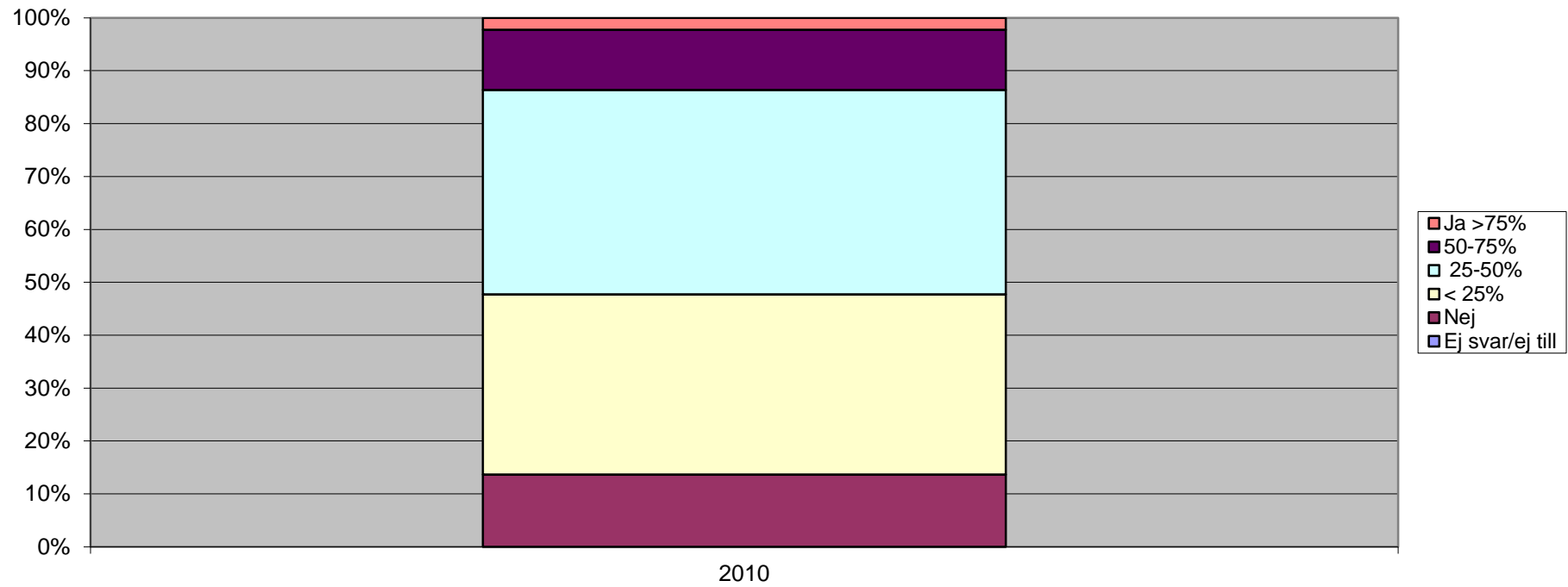


2008: Knappt 30 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Ungefär 15 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

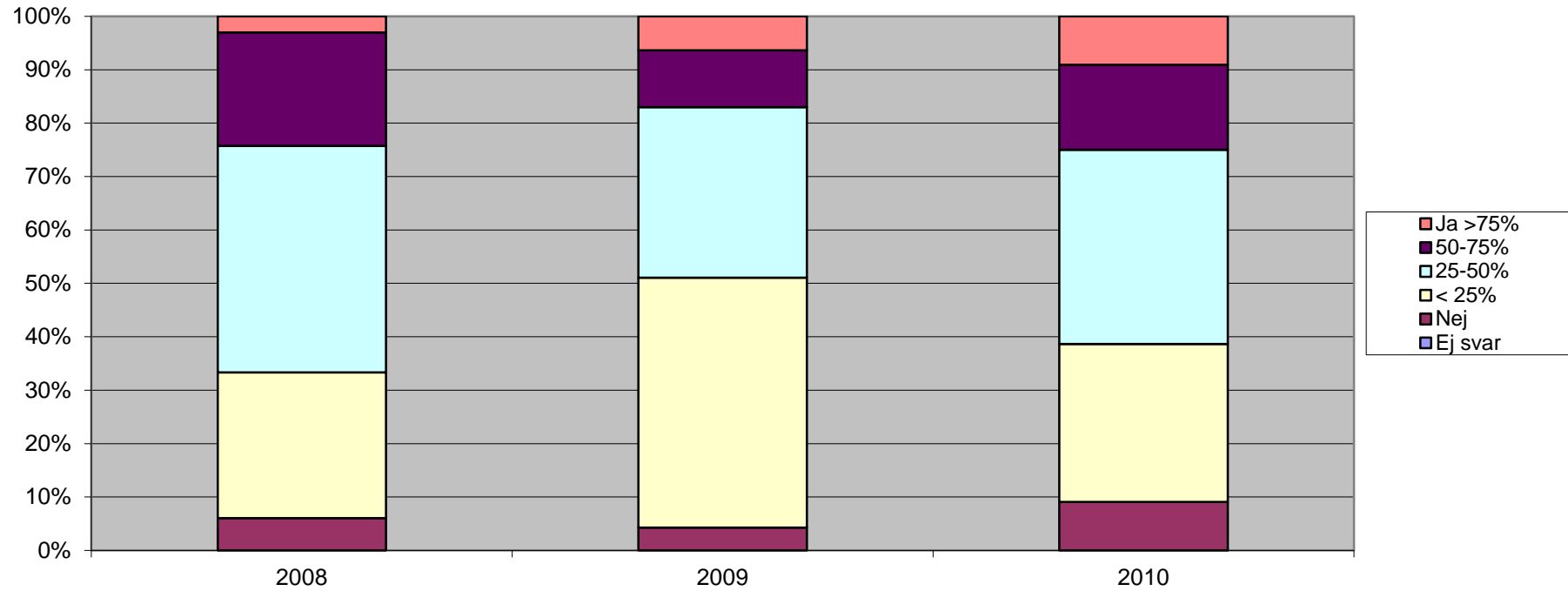
2010: Strax över 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

1.2.1 Preventiva program tillämpas angående riskbruk



2010: Strax över 10 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

1.3 Preventiva program tillämpas angående mat

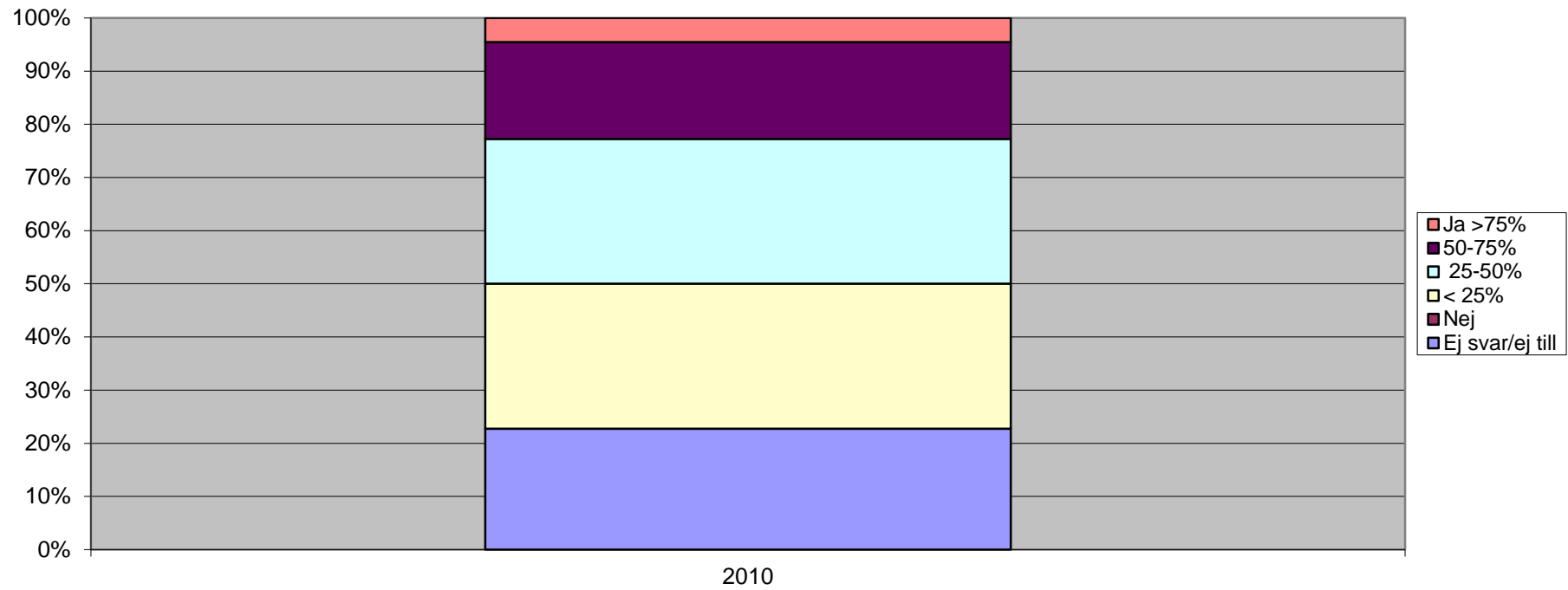


2008: Strax över 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Knappt 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

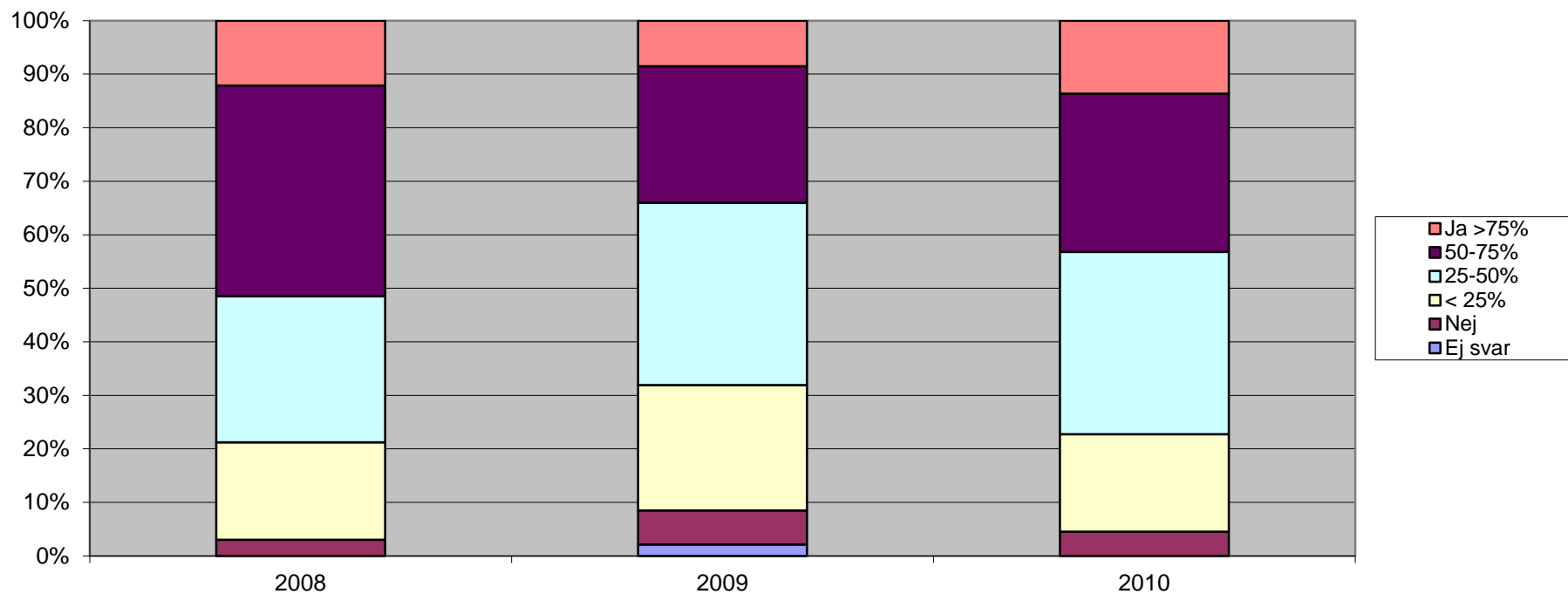
2010: Strax över 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

1.3.1 Preventiva program tillämpas angående undernäring på sjukhus



2010: Strax över 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

1.4 Preventiva program tillämpas angående fysisk aktivitet

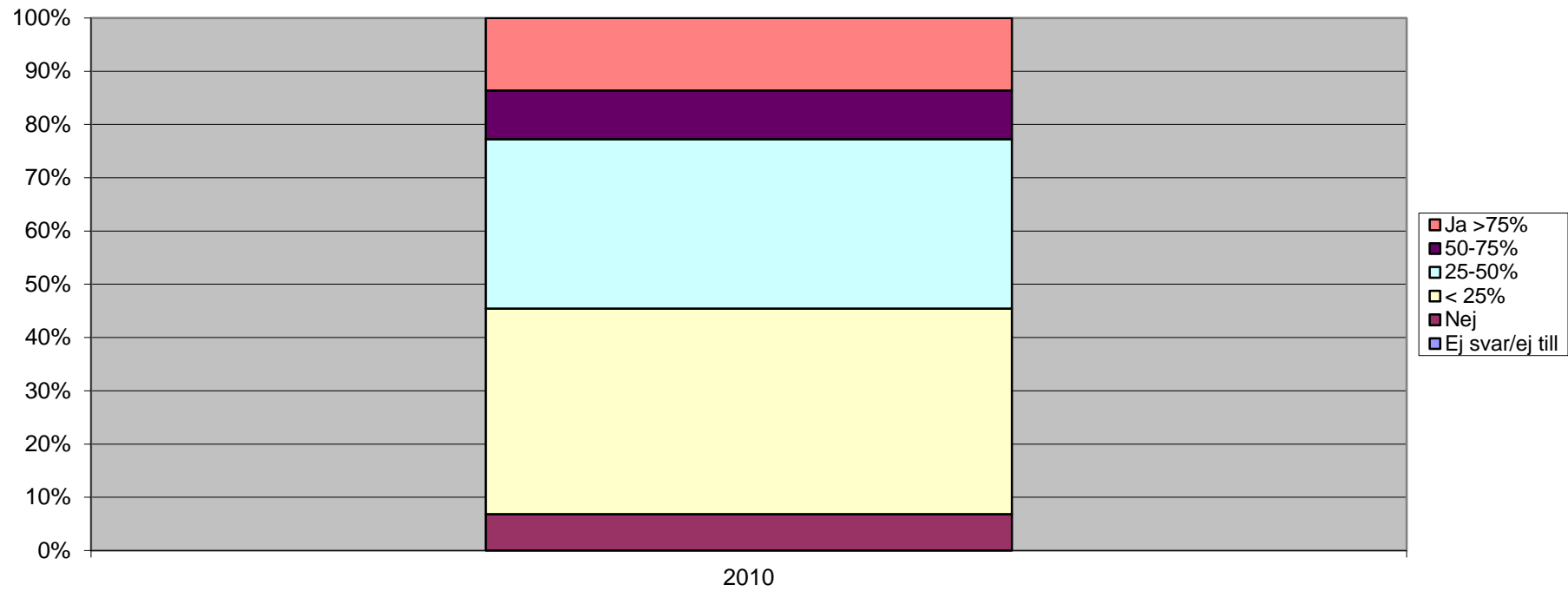


2008: Strax över 50 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Strax över 30 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

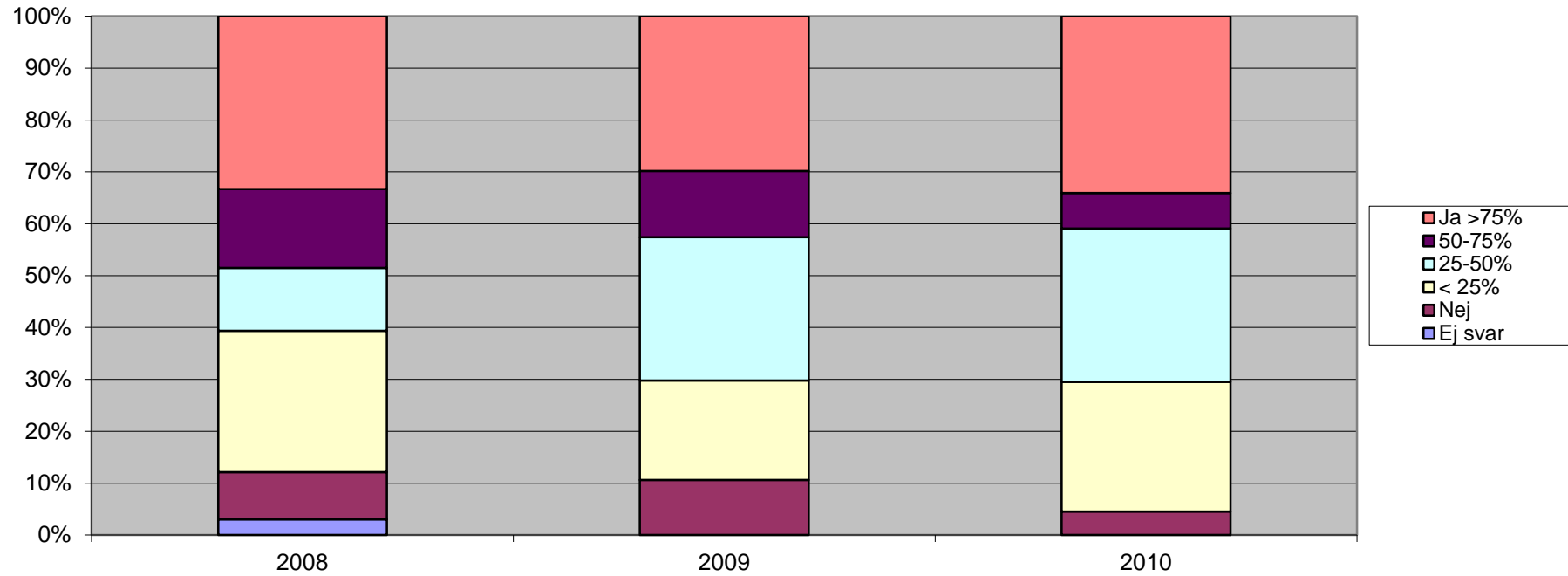
2010: Strax över 40 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

1.4.1 Preventiva program tillämpas angående FaR



2010: Strax över 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2.1 Stödsystem för systematisk uppföljning finns för tobak

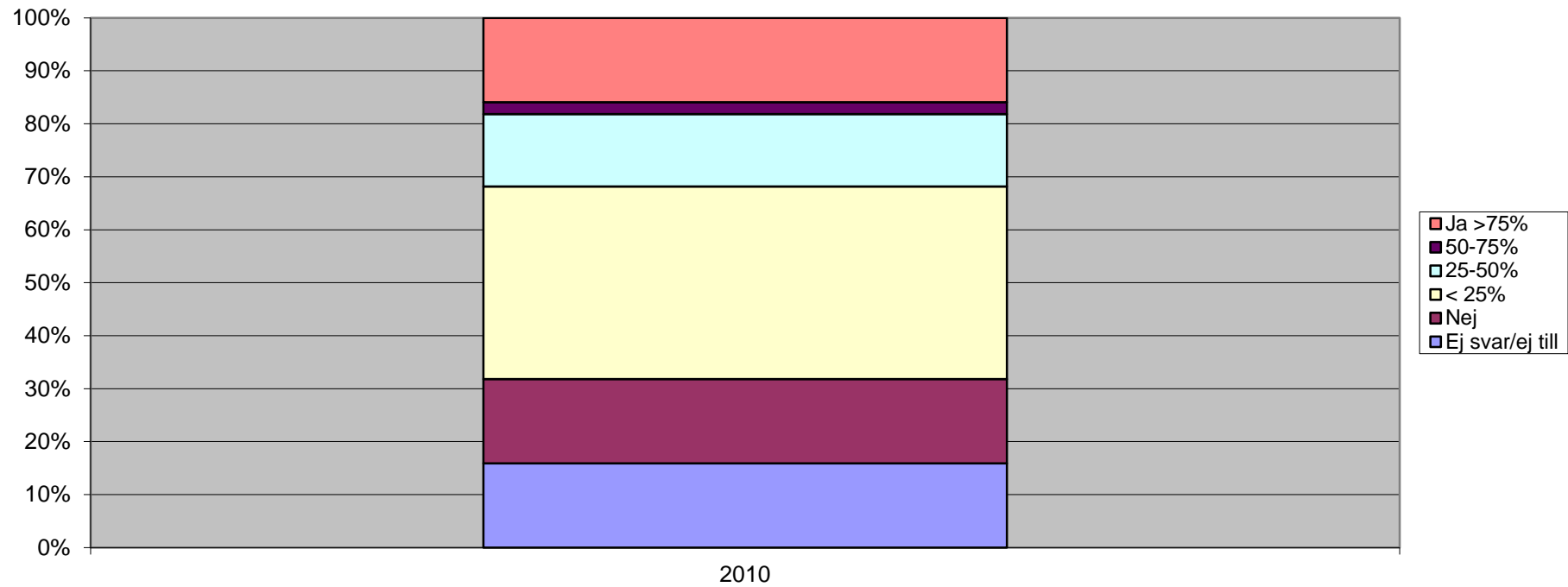


2008: Knappt 50 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Strax över 40 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

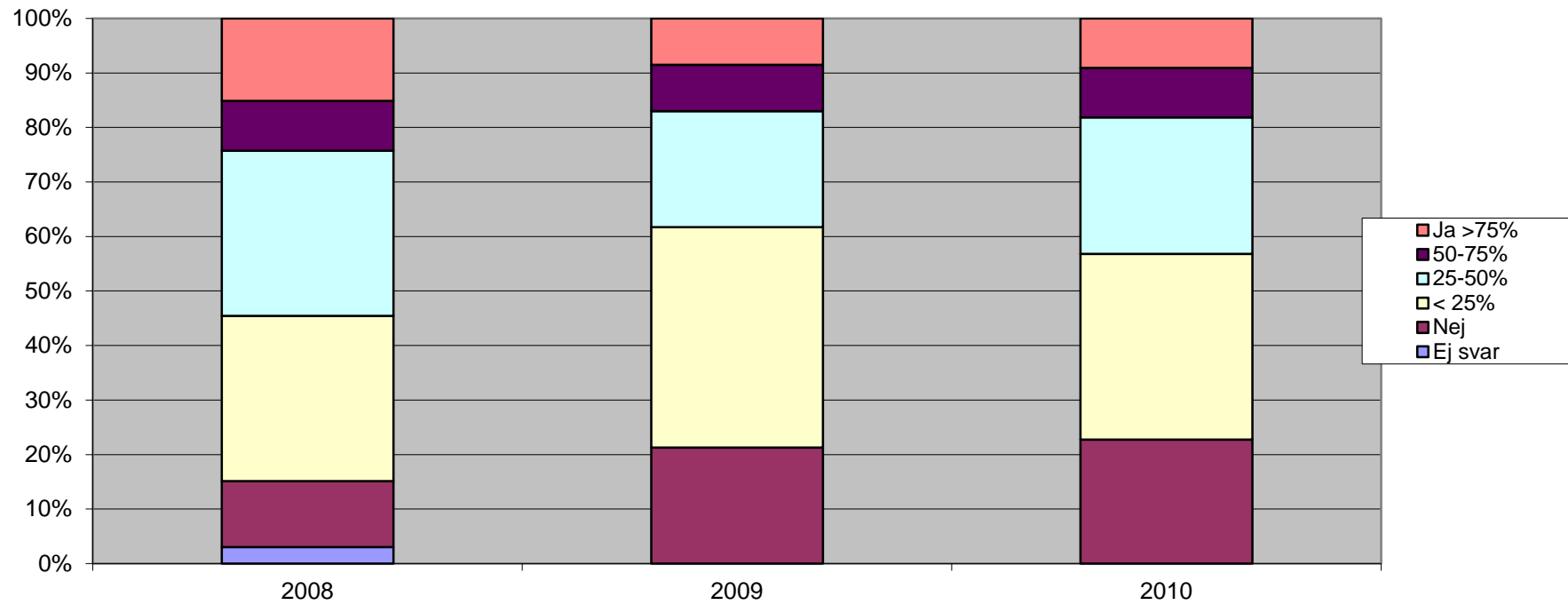
2010: Ungefär 50 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2.1.1 Stödsystem för systematisk uppföljning tillämpas för tobaksfri i samband med operation



2010: Knappt 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2.2 Stödsystem för systematisk uppföljning finns för alkohol

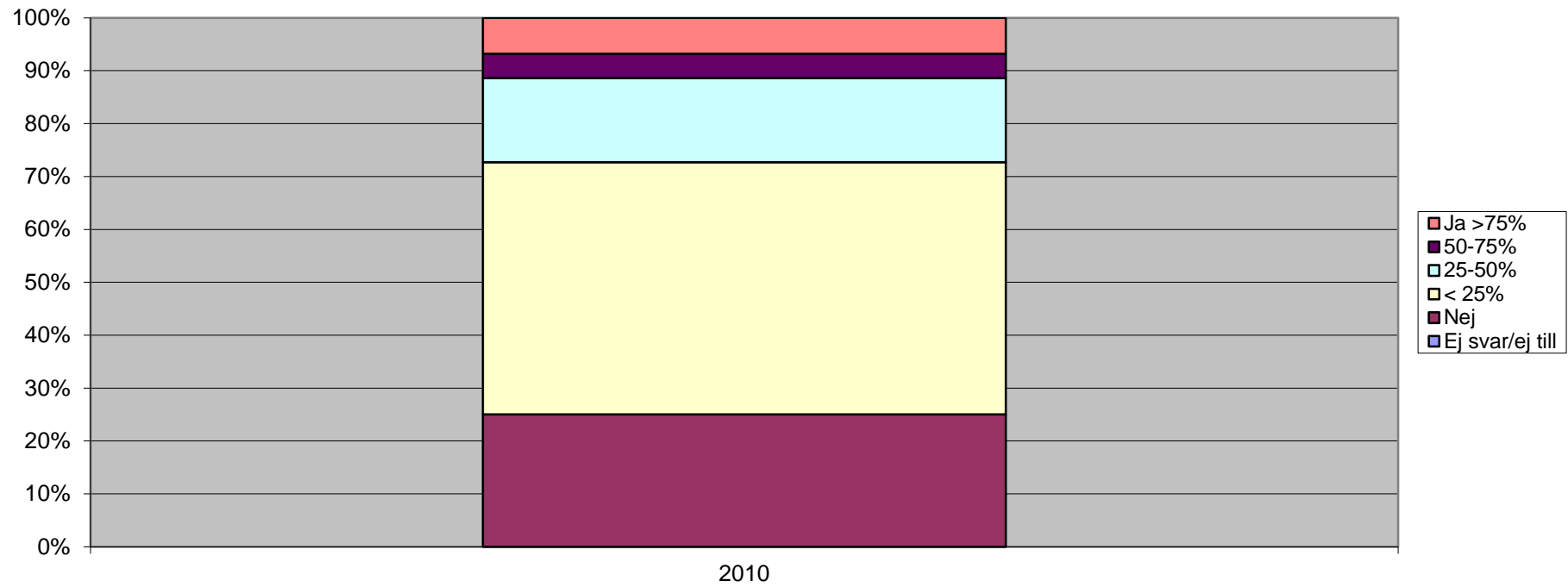


2008: Strax över 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Knappt 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

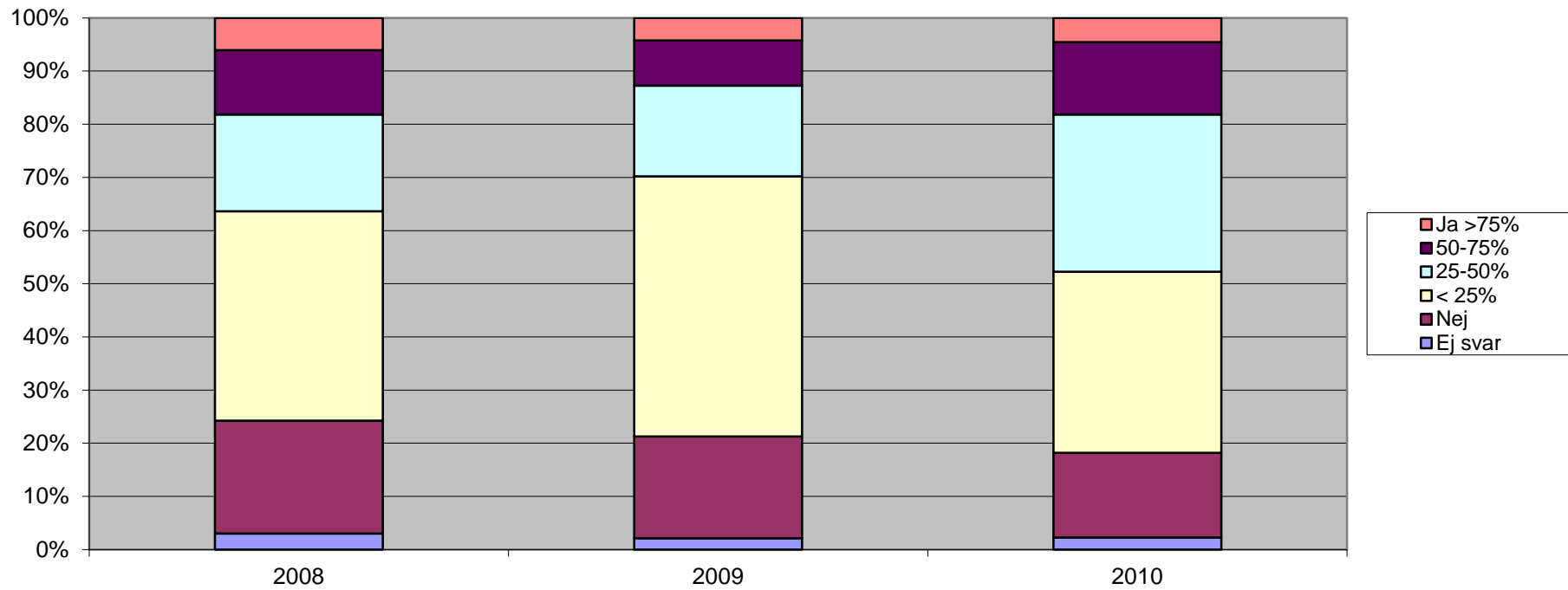
2010: Knappt 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2.2.1 Stödsystem för systematisk uppföljning tillämpas för riskbruk



2010: Strax över 10 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2.3 Stödsystem för systematisk uppföljning finns för mat

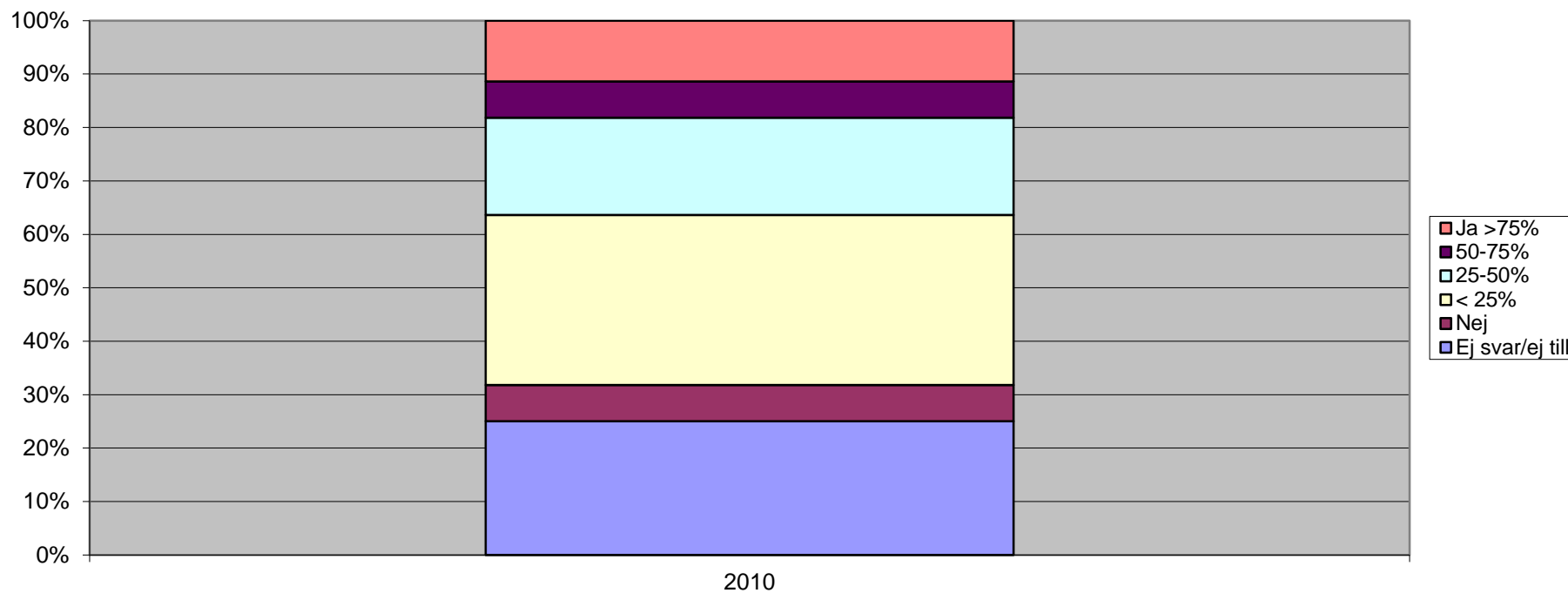


2008: Knappt 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Strax över 10 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

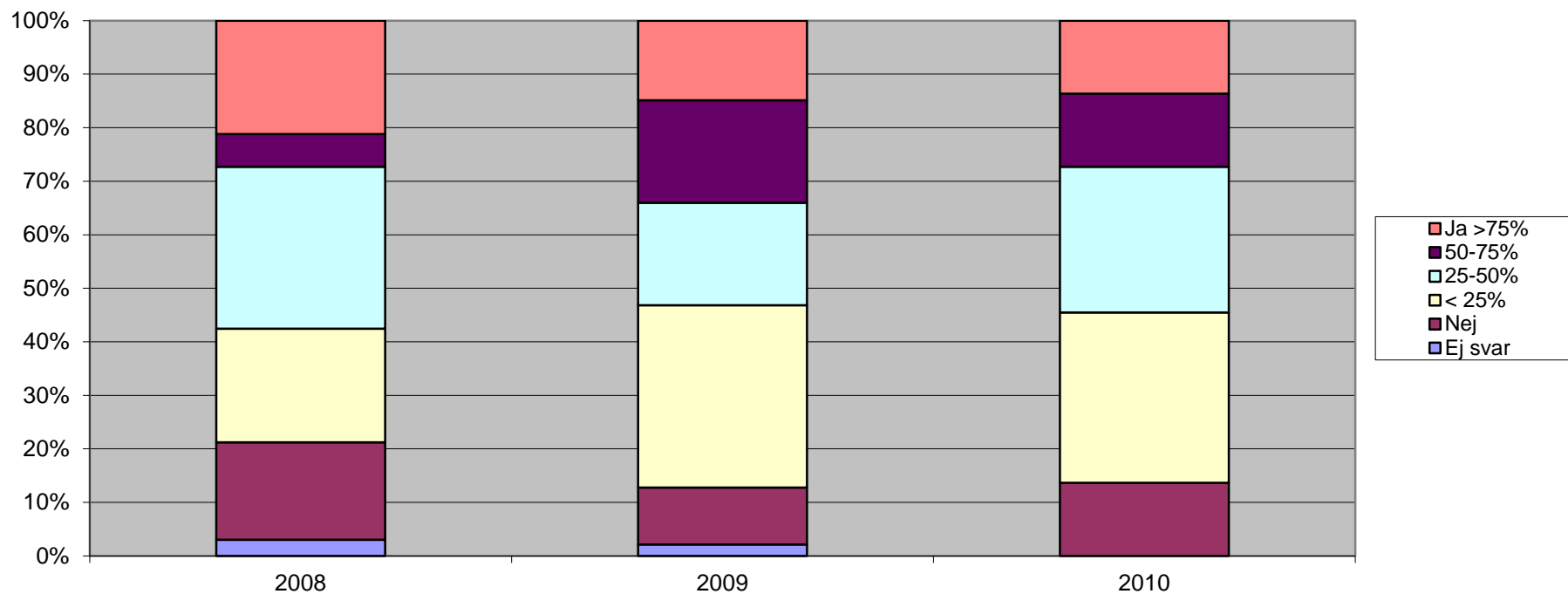
2010: Knappt 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2.3.1 Stödsystem för systematisk uppföljning tillämpas för undernäring på sjukhus



2010: Knappt 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2.4. Stödsystem för systematisk uppföljning finns för fysisk aktivitet

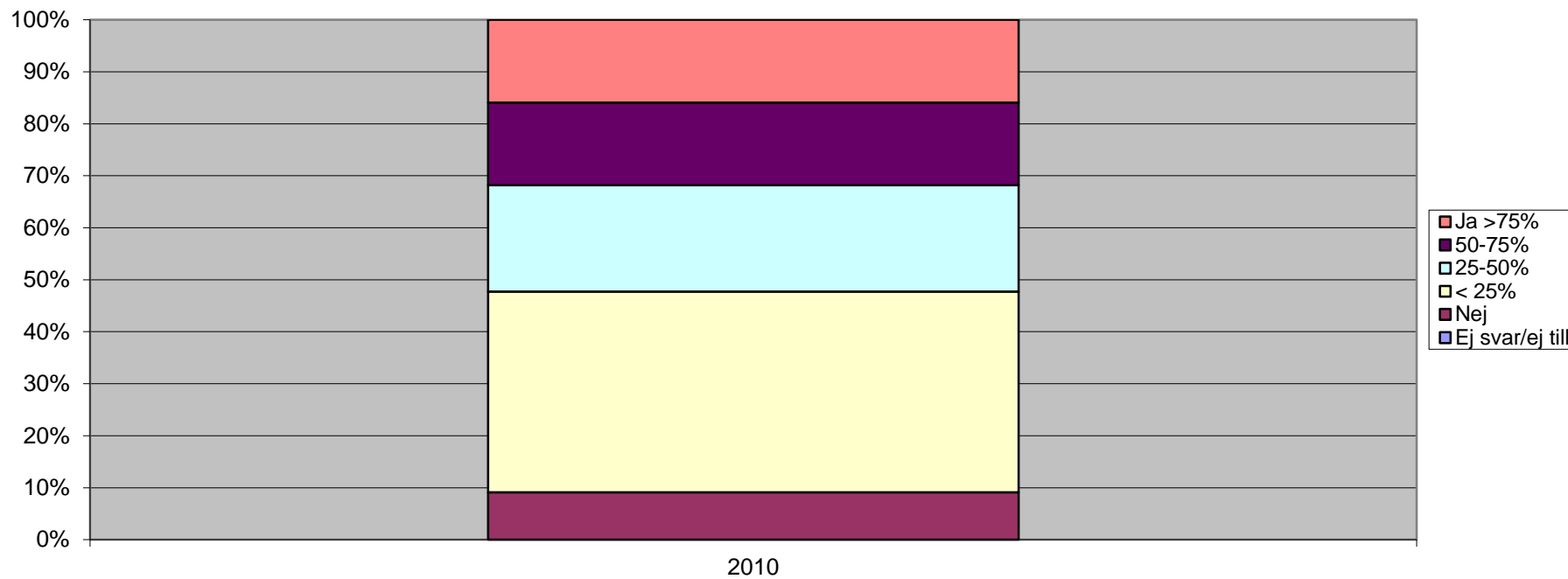


2008: Knappt 30 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Strax över 30 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2010: Knappt 30 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

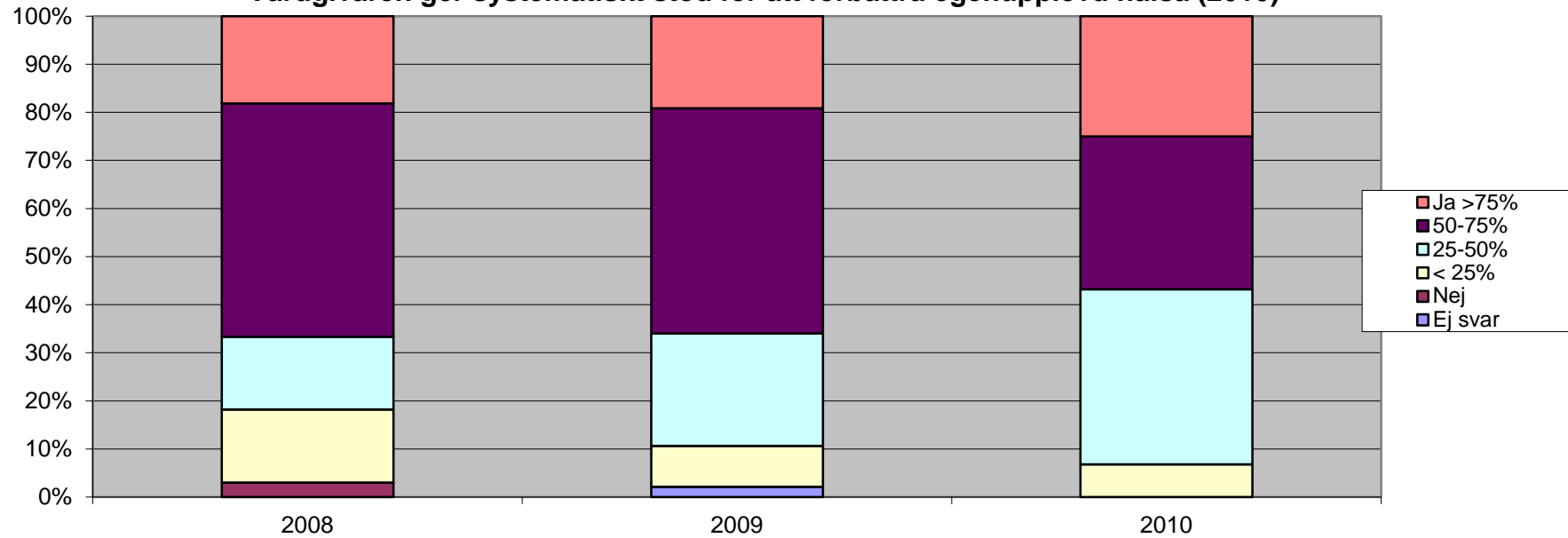
2.4.1 Stödsystem för systematisk uppföljning tillämpas för FaR



2010: Strax över 30 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

3. Metoder tillämpas för att stimulera och tillvarata patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa (2008-2009).

Vårdgivaren ger systematiskt stöd för att förbättra egenupplevd hälsa (2010)

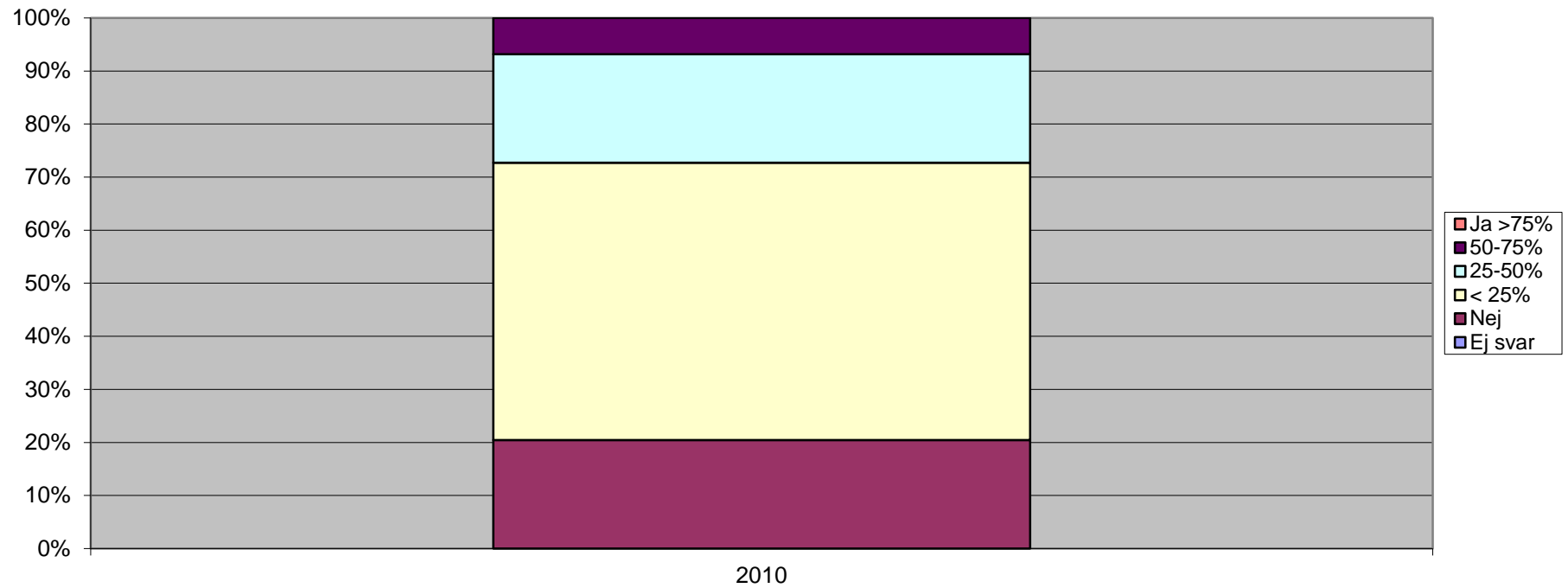


2008: Knappt 70 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Ungefär 65 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

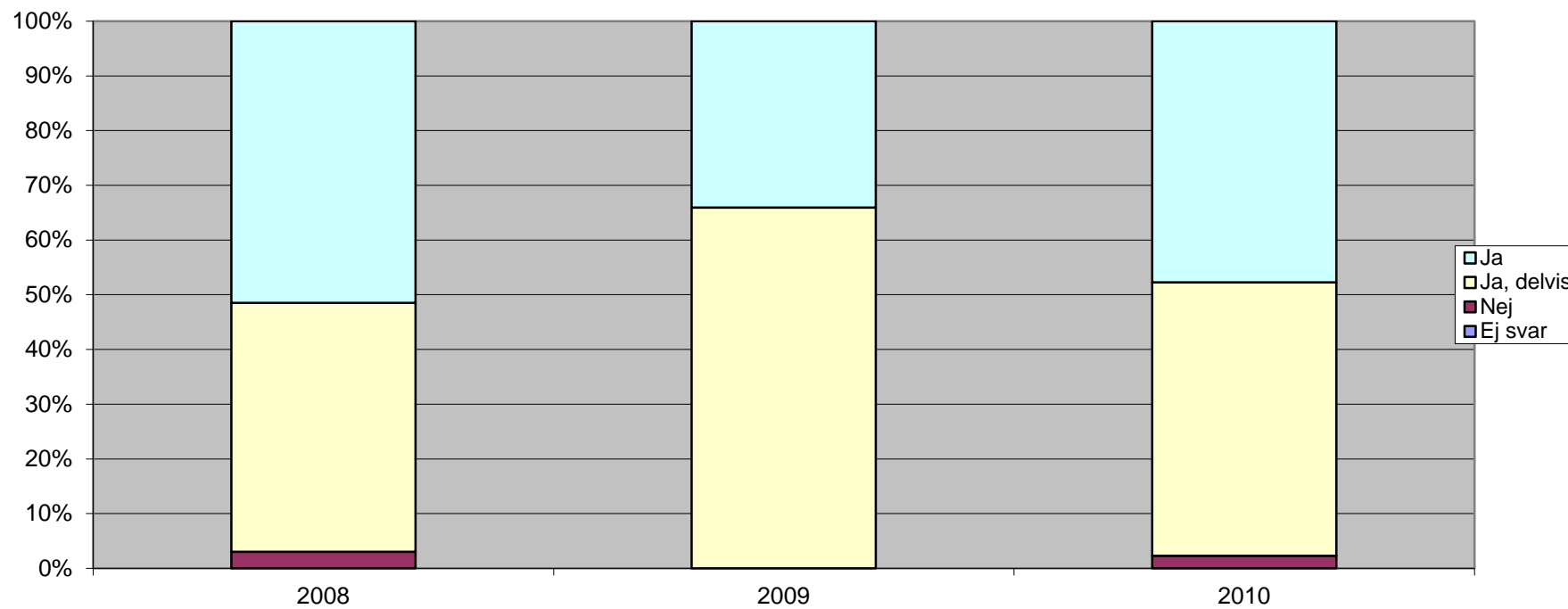
2010: Knappt 60 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

4. Resultat av mätning av hälsorelaterad livskvalitet används för verksamhetsutveckling



2010: Knappt 10 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

5. Aktiv kunskapsförmedling bedrivs

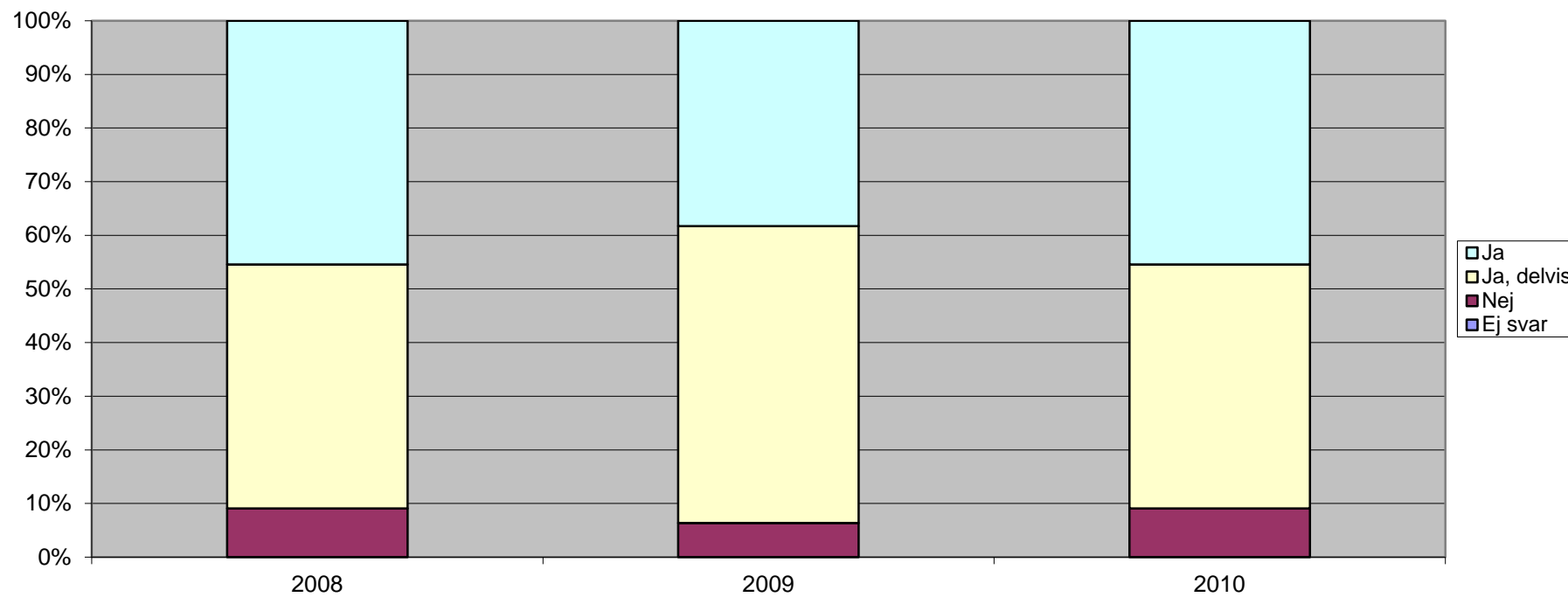


2008: Strax över 50 % svarar med svaret JA.

2009: Strax över 30 % svarar med svaret JA.

2010: Knappt 50 % svarar med svaret JA.

6. Utvecklade samverkansformer för folkhälsoarbete finns på lokal/regional nivå

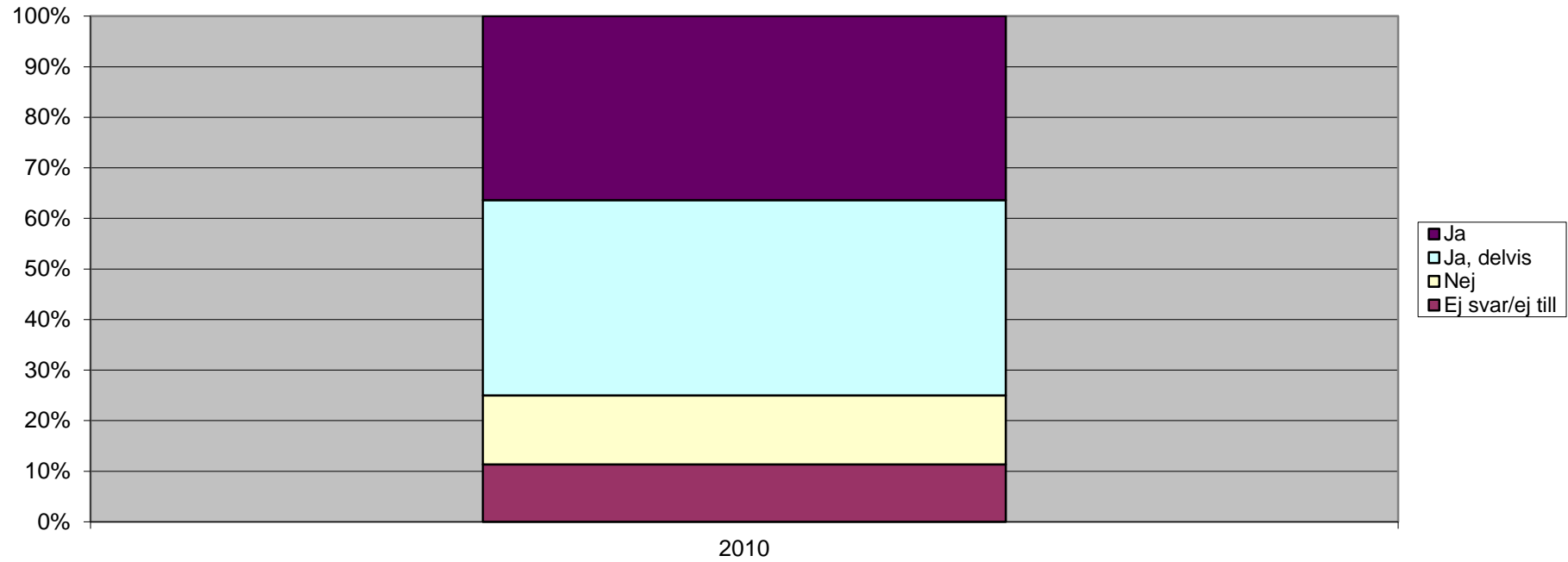


2008: Ungefär 45 % svarar med svaret JA.

2009: Knappt 40 % svarar med svaret JA.

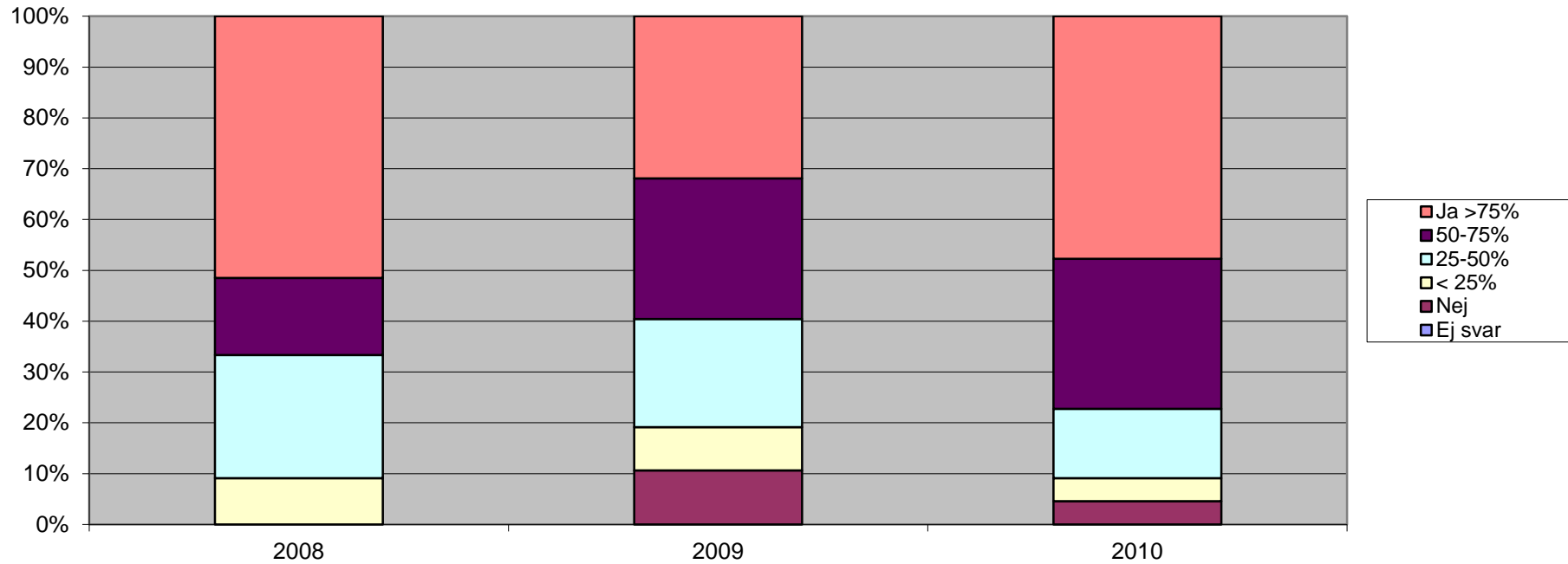
2010: Ungefär 45 % svarar med svaret JA.

6.1 Skaderegistrering bedrivs och utgör grund för skadepreventivt arbete i samarbete med kommuner etc



2010: Ungefär 35 % svarar med svaret JA.

7. Organisationen följer en dokumenterad plan för att skapa hälsofrämjande arbetsplats (2008-2009). Stödstrukturer finns för utveckling av en hälsofrämjande arbetsplats (2010)

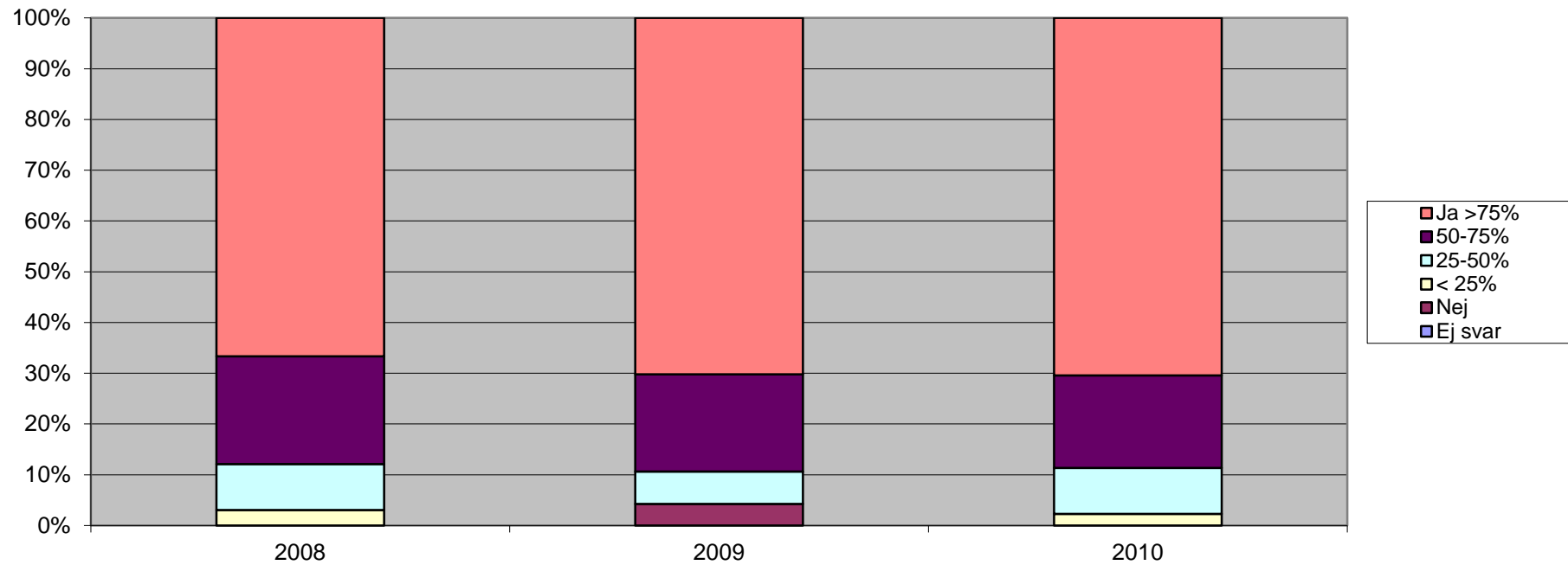


2008: Knappt 70 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Ungefär 60 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2010: Knappt 80 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

**8.1 För medarbetare bedriver organisationen systematiskt friskvård (2008-2009).
Stöd finns för medarbetarna att förbättra/behålla sina levnadsvanor - friskvård (2010)**

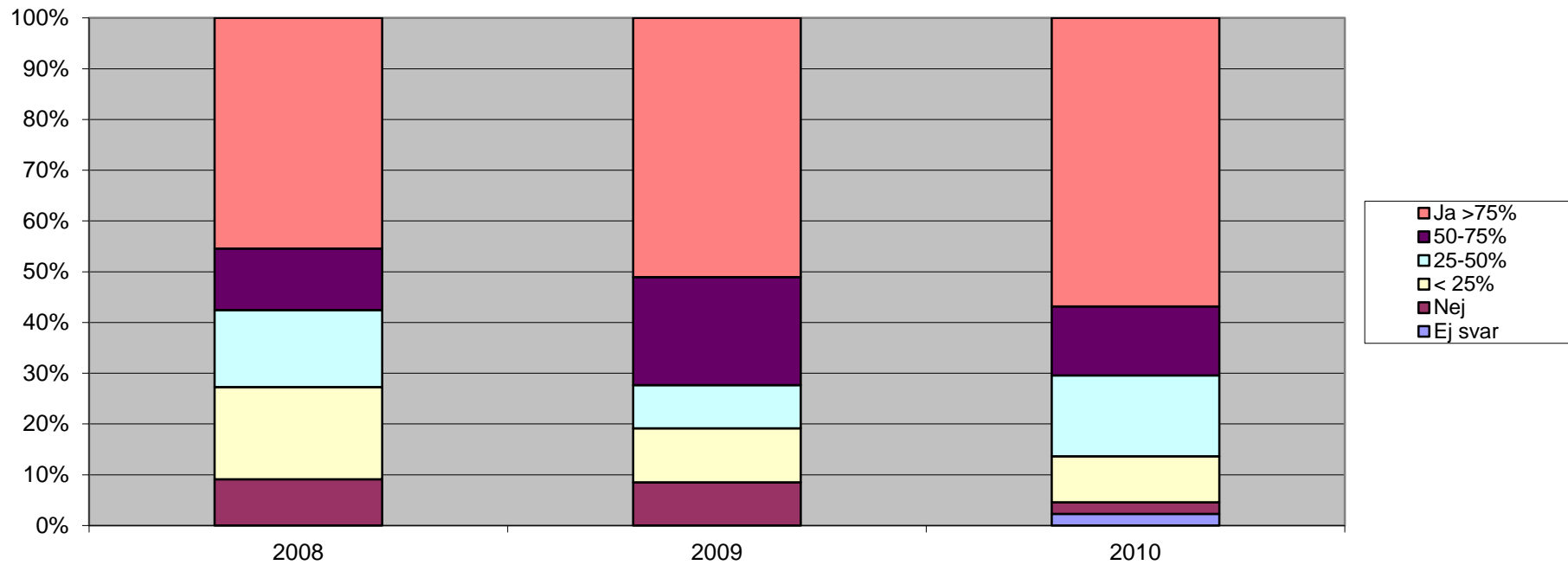


2008: Knappt 90 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Ungefär 90 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2010: Knappt 90 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

**8.2. För medarbetare bedriver organisationen systematiskt tobaksprevention (2008-2009).
Stöd finns för medarbetarna att förbättra/behålla sina levnadsvanor - tobaksprevention (2010)**

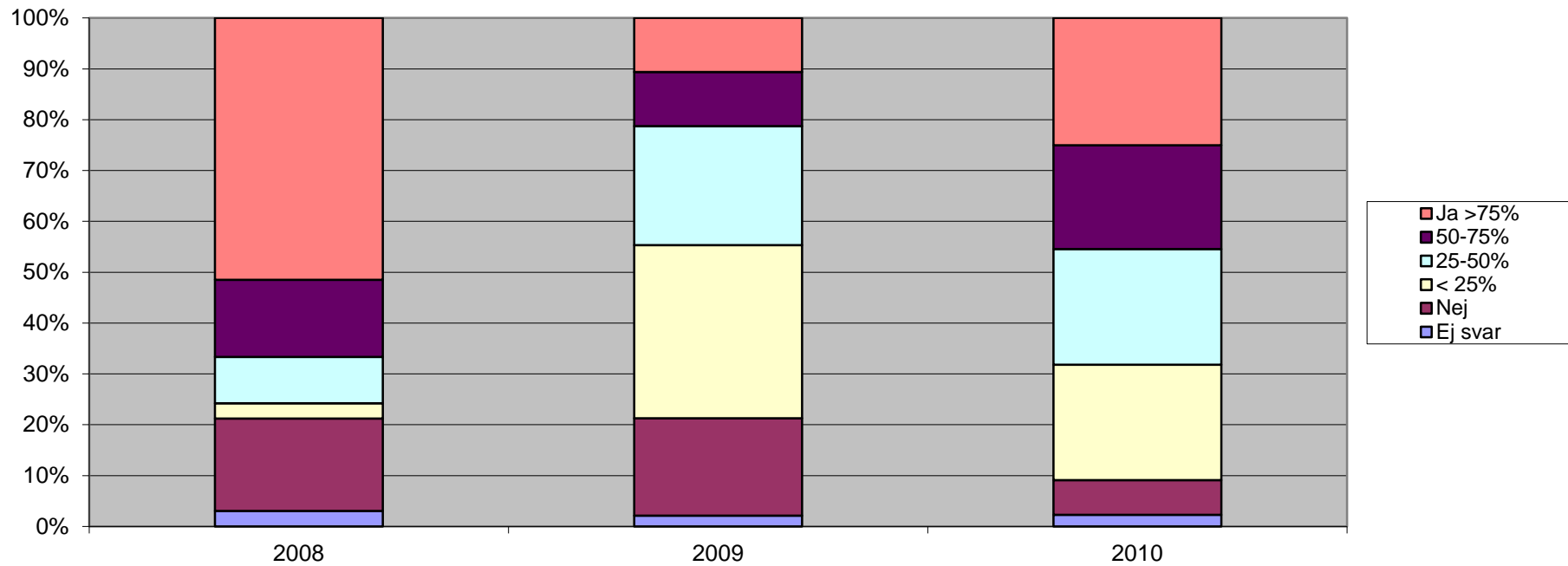


2008: Knappt 60 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Strax över 70 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2010: Ungefär 70 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

8.3 För medarbetare bedriver organisationen systematiskt alkoholprevention (2008-2009). Stöd finns för medarbetarna att förbättra/behålla sina levnadsvanor - alkoholprevention (2010)

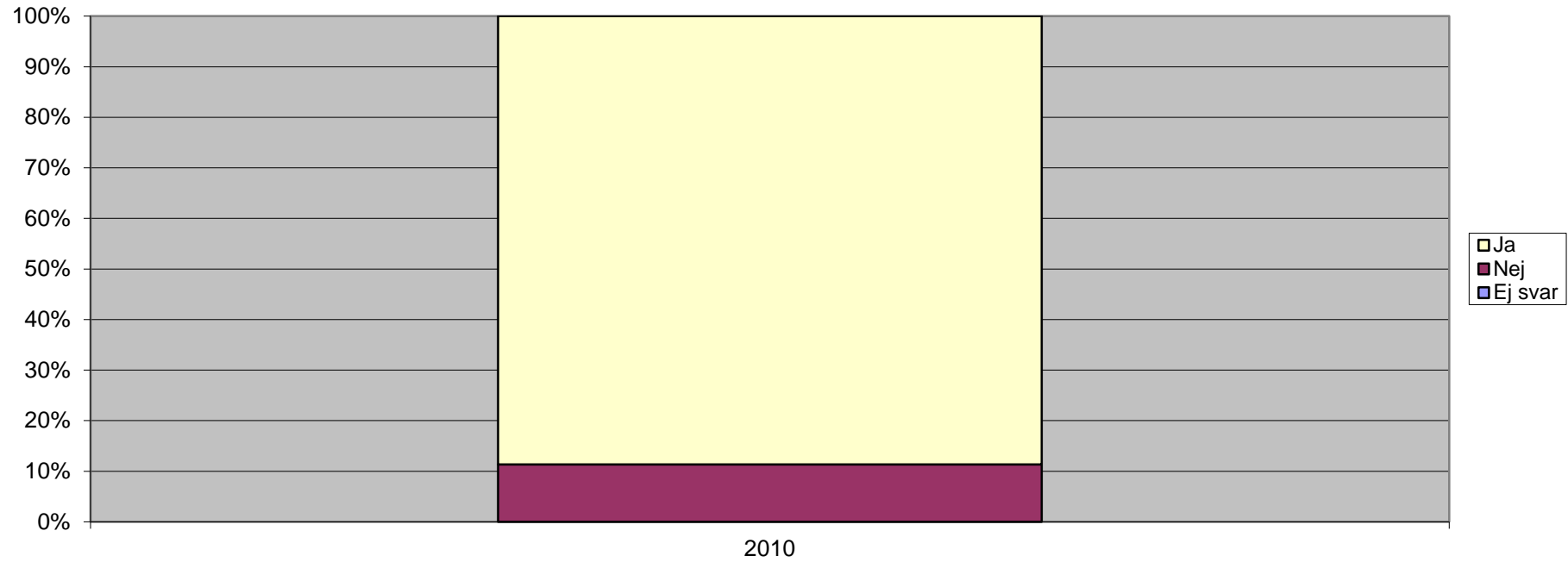


2008: Knappt 70 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

2009: Strax över 20 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

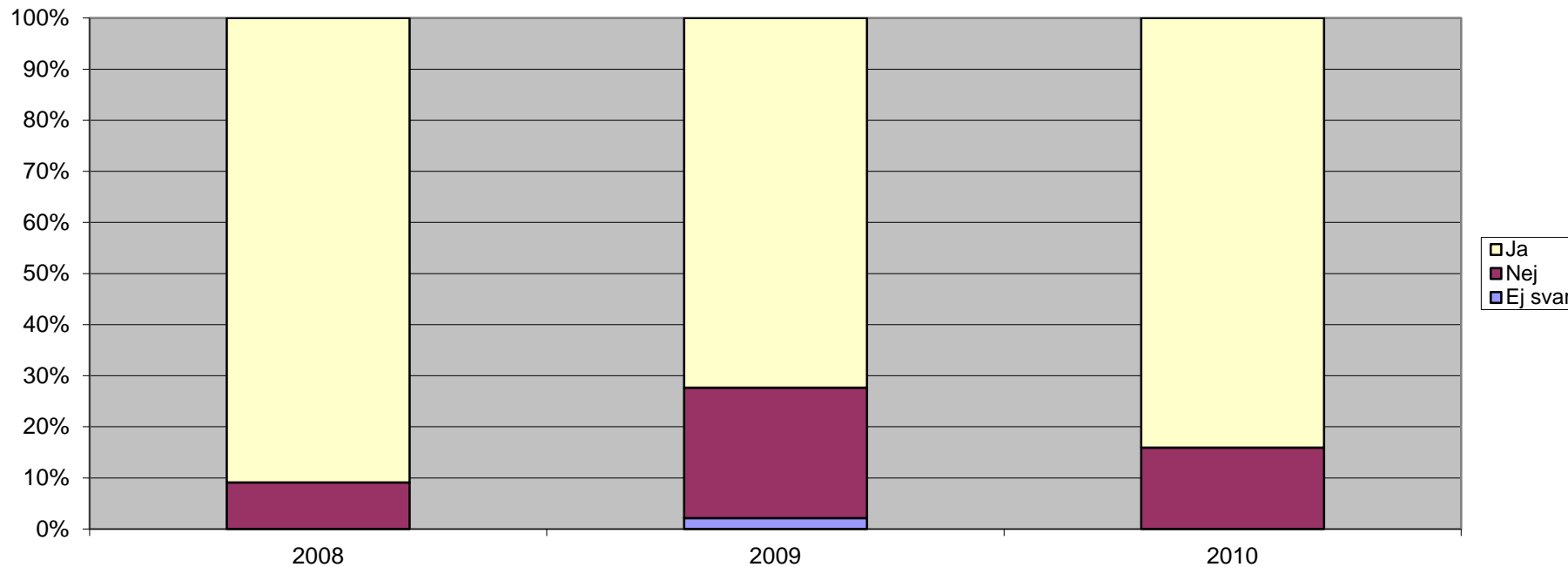
2010: Ungefär 45 % arbetar med denna indikator till minst 50 %.

**9. Mätbara mål om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete finns i
vårdgivarens/vårdorganisationens ledningssystem**



2010: Knappt 90 % svarar med svaret JA.

10. Det finns en styrgrupp till stöd för HFS (2008-2009).
Det finns en styrgrupp/motsv till stöd för det hälsoinriktade arbetet (2010)

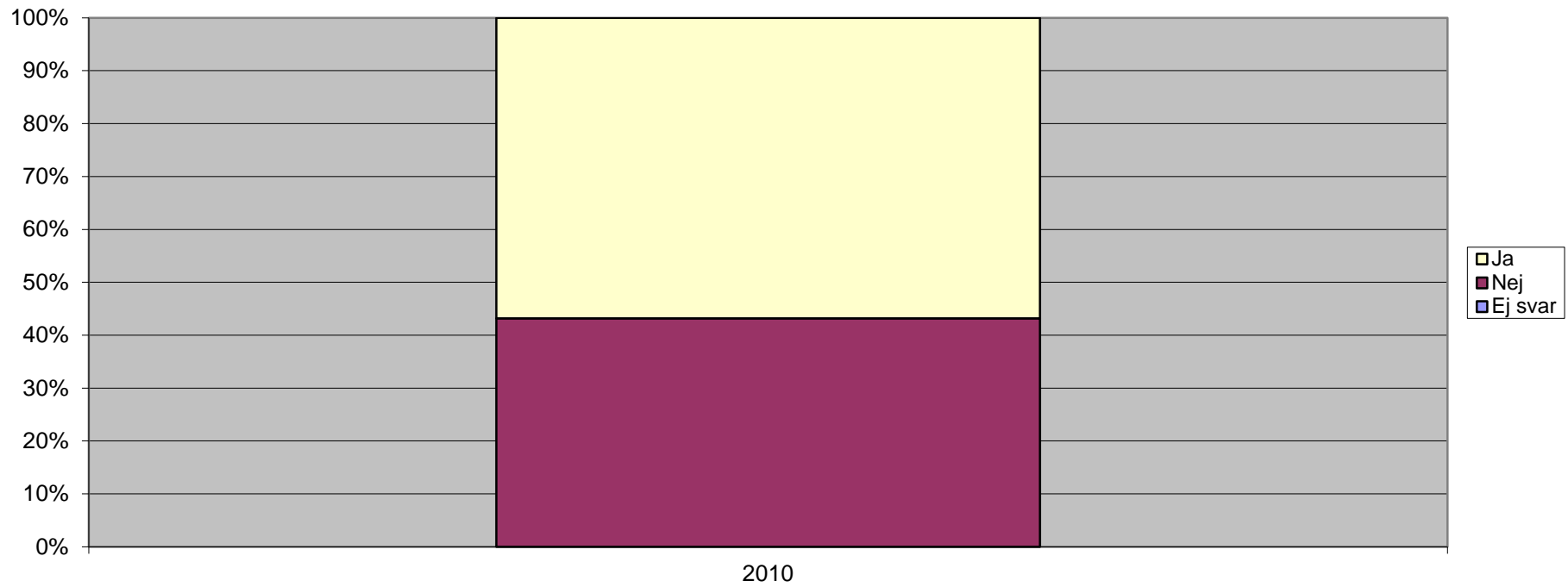


2008: Ungefär 90 % svarar med svaret JA.

2009: Strax över 70 % svarar med svaret JA.

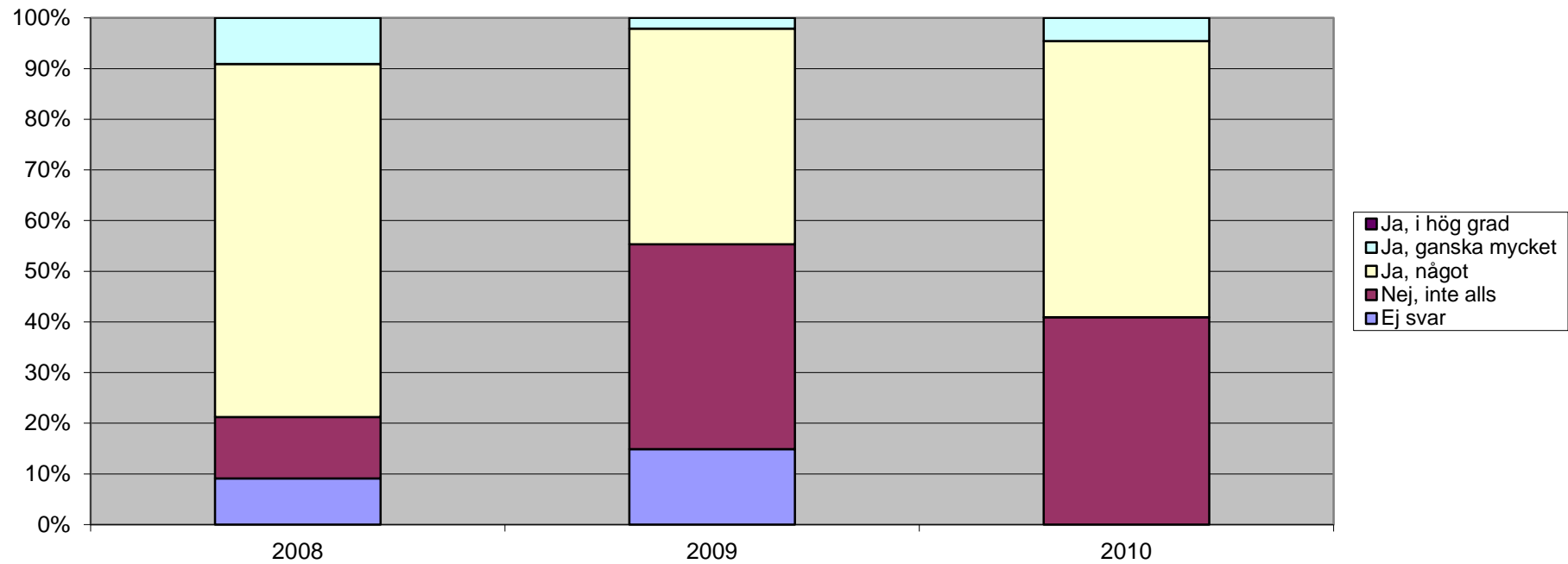
2010: Strax över 80 % svarar med svaret JA.

11. Verksamheten (eller delar av den) får särskild ersättning för det hälsoinriktade arbetet



2010: Knappt 60 % svarar med svaret JA.

M2. Har resultatet från förra årets indikatoruppföljning bidragit till verksamhetsutveckling inom organisationen?



2008: Knappt 10 % svarar med svaret Ja i hög grad/Ja ganska mycket.

2009: Ungefär 2 % svarar med svaret Ja i hög grad/Ja ganska mycket.

2010: Ungefär 5 % svarar med svaret Ja i hög grad/Ja ganska mycket.

Exempelsamling/kartläggning avseende avtal/uppdrag som stöder det sjukdomsförebyggande arbetet (fokus levnadsvanor) inom HFS-nätverkets medlemsorganisationer 2011

Med denna enkät hoppas vi kunna samla in det underlag som krävs för att skapa en exempelsamling/kartläggning avseende de avtals-/uppdragstexter samt faktiska åtgärder kopplade till det sjukdomsförebyggande arbetet inom HFS-nätverkets medlemsorganisationer.

Syftet med kartläggningen är att få en övergripande sammanställning av avtals-/uppdragstexter som kan fungera som en praktisk exempelsamling för medlemmarna i nätverket. Sammanställningen kan komma att ligga till grund för utformning av egna formuleringar samt till att användas i diskussion med beställare/uppdragsgivare.

Kartlägningsarbetet utgår från de områden som ingår i HFS-nätverkets årliga indikatormätning. Alla medlemsorganisationer deltar i indikatormätningen vilket gör att alla är förtrogna med områdena.

Området levnadsvanor är även viktigt att fokusera på utifrån det faktum att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för levnadsvanorna tobak, alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk aktivitet skall implementeras från 2011. Det kommer att innebära att många av nätverkets medlemmar får skrivningar i sina avtal/uppdrag och därmed finns ett behov av att ta del av olika avtals-/uppdragsformuleringar. Några medlemmar har kommit längre och har idag även ersättning kopplad till indikatorer. För primärvården används formuleringarna i den senaste versionen av Regelböckerna.

Frågorna, som här följer, är medvetet vida för att i ett första led ge en bred fångst av svarsexempel och inbegriper främst uppgifter kring det aktuella sjukdomsförebyggande arbetet. Den sista frågan skiljer sig från de övriga och innefattar uppgifter kring det hälsofrämjande arbetet. Senare under hösten 2011 kommer nätverket i ett särskilt fördjupningsdokument att specifikt efterfråga vad som görs inom just detta område.

Som hjälp för att förstå hur svarsmallen/enkäten tydligast ska besvaras bifogas även

- ❖ Bilaga 1: Instruktioner för hur svarsmallen/enkäten enklast fylls i
- ❖ Bilaga 2: Lathund (indikatormall)

Vi önskar era svar *senast onsdagen den 31 augusti*, med förhoppning om att därmed kunna ha en preliminär sammanställning klar till höstens strategidagar (8-9 september). Utifall ni anser det ogenomförbart att under denna korta tid besvara enkäten, vänligen hör då av er till någon av oss!

Svaren skickas per e-post till axelina.rydnert@ki.se

Med önskan om en fortsatt fin sommar,

HFS-nätverkets temagrupper Avtal/ersättningssystem och Indikatorer, augusti 2011

För att svara på frågorna, "klicka" på det färgade fältet under respektive fråga.

Medlemsorganisation:
Jag som besvarar enkäten är: Presidieledamot <input type="checkbox"/> Processledare <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>
Kontaktuppgifter:
Övrig information frivillig

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.1 Tobak allmänt**Avtalstext/Uppldrag** Utdrag ur avtalstext/uppldrag aktuellt för 2011**Uppföljningsmått****Dokument/datakälla****Eventuell ersättning****Kommentar** Frivillig**Åtgärder** Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs**Dokument/datakälla****Kommentar** Frivillig

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.1.1 Tobak specifikt - Tobaksfri i samband med operation**Avtalstext/Uppdrag** Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011**Uppföljningsmått****Dokument/datakälla****Eventuell ersättning****Kommentar** Frivillig**Åtgärder** Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs**Dokument/datakälla****Kommentar** Frivillig

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.2 Alkohol allmänt**Avtalstext/Uppdrag** Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011**Uppföljningsmått****Dokument/datakälla****Eventuell ersättning****Kommentar** Frivillig**Åtgärder** Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs**Dokument/datakälla****Kommentar** Frivillig

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.2.1 Alkohol specifikt - Riskbruk**Avtalstext/Uppdrag** Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011**Uppföljningsmått****Dokument/datakälla****Eventuell ersättning****Kommentar** Frivillig**Åtgärder** Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs**Dokument/datakälla****Kommentar** Frivillig

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.3 Mat allmänt**Avtalstext/Uppdrag** Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011**Uppföljningsmått****Dokument/datakälla****Eventuell ersättning****Kommentar** Frivillig**Åtgärder** Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs**Dokument/datakälla****Kommentar** Frivillig

Delmål 1A, Indikator 1. Preventiva program tillämpas angående 1.3.1 Mat specifikt - Undernäring på sjukhus

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011

Uppföljningsmått

Dokument/datakälla

Eventuell ersättning

Kommentar Frivillig

Åtgärder Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs

Dokument/datakälla

Kommentar Frivillig

Delmål 1A, Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.4 Fysisk aktivitet allmänt

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011

Uppföljningsmått

Dokument/datakälla

Eventuell ersättning

Kommentar Frivillig

Åtgärder Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs

Dokument/datakälla

Kommentar Frivillig

Delmål 1A, Indikator 1 Preventiva program tillämpas angående 1.4.1 Fysisk aktivitet specifikt - FaR (Fysisk aktivitet på Recept)**Avtalstext/Uppdrag** Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011**Uppföljningsmått****Dokument/datakälla****Eventuell ersättning****Kommentar** Frivillig**Åtgärder** Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs**Dokument/datakälla****Kommentar** Frivillig

Delmål 1B, Indikator 3 Vårdgivaren ger systematiskt stöd (i form av patientutbildning/stöd, individuellt eller i grupp) för att förbättra egenupplevd hälsa (fysisk, psykisk och social).

Avtalstext/Uppdrag Utdrag ur avtalstext/uppdrag aktuellt för 2011

Uppföljningsmått

Dokument/datakälla

Eventuell ersättning

Kommentar Frivillig

Åtgärder Tillämpning av preventiva program/Beskrivning av det som faktiskt görs

Dokument/datakälla

Kommentar Frivillig