

Kollegialt lärande

– levnadsvanemottagning på två vårdcentraler i Malmö våren 2014



Innehållsförteckning

1. Syfte	3
2. Frågeställningar	3
3. Steg i modellen	3
4. Tidsåtgång	4
5. Medverkande	4
6. Beskrivning från vårdcentralen Eden	4
7. Beskrivning från vårdcentralen Fosietorp	5
8. Reflektioner från vårdcentralen Eden	7
9. Reflektioner från vårdcentralen Fosietorp	8

Bilaga 1. Egenremiss till Levnadsvanemottagningen VC Fosietorp

Bilaga 2. Hälsoenkät VC Fosietorp

Bilaga 3. Flödesschema för levnadsvanemottagningen VC Fosietorp

Bilaga 4. Mätvärdeslista VC Fosietorp

1. Syfte

- Genomgång av arbetet med förebyggande insatser mot ohälsosamma levnadsvanor på VC Eden och VC Fosietorp i Malmö
- Hitta effektiva former för kollegialt lärande
- Anpassa till vardagsarbetet

2. Frågeställningar:

- Beskriv flödet för arbetet avseende:
 - Tobak
 - Alkohol
 - Mat
 - Fysisk aktivitet
- Vem gör bedömningen, frågar om mängd och motivation till förändring, vem åtgärdar, vem följer upp?
- På respektive levnadsvana?
- Resurser i tid per levnadsvana?
- Har någon ett uttalat ansvar för arbetet med respektive levnadsvana?
- Vem dokumenterar och registrerar?
- Vilka dokument/rutiner finns?

3. Steg för steg i modellen

Steg 1

Varje deltagande vårdcentral tillsatte ett team, bestående av vårdcentralschefen och två medarbetare. Vid ett första inledande möte träffades teamen för att tillsammans gå igenom instruktionen, så att alla hade samma utgångsläge och en gemensam förståelse för innehållet och hur det skulle gå till (inkl. eventuella sekretessfrågor). Vid detta tillfälle deltog även Ingemar Götestrand i mötet som resursperson.

Steg 2

Varje deltagande vårdcentral gick igenom instruktionen och besvarade frågorna, inklusive de skriftliga handlingsplaner, rutiner, PM, flödesschema och uppföljningsdokument som finns på vårdcentralen.

Allt överlämnades till den andra vårdcentralen som läste igenom och förberedde sig för steg 3.

Teamen gick igenom det material man fått och gjorde bedömningar av vad man ansåg vara starka sidor som bedömdes välfungerande, samt förbättringsområden.

Steg 3

Teamen träffades och gav varandra återkoppling.

Steg 4

Förbättringsarbeten inom den egna verksamheten.

Steg 5

Uppföljningsträff kommer att planeras in till våren 2015 för att gå igenom vilka förbättringar man har åstadkommit utifrån lärandeprocessen? Hur vidmakthålla förbättringsarbetet?

4. Tidsåtgång

Totalt: 12,5 timmar per vårdcentral

5. Medverkande

Vårdcentralen Eden

Anna Löfving, leg. distriktssjuksköterska.

Elina Svärd, leg. sjukgymnast.

Vårdcentralen Fosietorp

Linda Karlsson, Leg. Sjukgymnast

Hanna Flärd, Leg. Sjuksköterska

Charlotte Liljevall, Leg. Läkare

6. Beskrivning från vårdcentralen Eden

Vårdcentralen Eden ligger i området Möllevången i Malmö. Vårdcentralen har 14920 listade patienter. Det socioekonomiska indexet är 1.31 men det går i nuläget inte att få fram specifik statistik gällande socioekonomisk status på de listade patienterna, vilken typ av långvariga besvär patienter söker för mest eller hur många som är utlandsfödda/födda i Sverige. Men utifrån erfarenhet från vårdgivarna kan man säga att Vårdcentralen Eden har många unga vuxna som listade patienter där det ofta finns psykosomatiska besvär, det kommer frekvent personer som är i behov av tolk vid besöken och antalet patienter över 65 år är 1400 personer.

Vi riktar vårt erbjudande om hälsosamtal till personer i alla åldrar och i alla livssituationer som har funderingar kring hälsa och livsstil, kring hur man kan förbättra sina levnadsvanor och därmed öka sitt fysiska och psykiska välbefinnande och de som vill veta om man är i riskzonen för att utveckla sjukdom och ohälsa. De listade patienterna kan på eget initiativ efterfråga Hälsosamtal, alternativt erbjuds patienter via triagering internt inbokad tid till samtal kring ohälsosamma levnadsvanor med rätt vårdgivare inom varje levnadsvana.

Grunden i vårt erbjudande är något som vi kallar **Hälsosamtal Bas** och som innebär ett strukturerat samtal med livsstilssjuksköterska kring livsstil, fysisk aktivitet, sömn, kost, tobak och alkohol. Här ingår också mätning av blodtryck.

Den som så önskar kan därefter gå vidare med något som kallas **Hälsosamtal Läkare/Sjukgymnast**, där det ingår viss provtagning, bland annat blodvärde, blodsocker och blodfetter, och ett rådgivande samtal med en specialist i allmänmedicin. Vi mäter också fysisk kondition och ger ett fördjupande samtal med en sjukgymnast.

För den som önskar en fördjupad diskussion kring sina alkoholvanor erbjuder vi **Hälsosamtal Kurator**.

Sammanställt av Ingemar Götstrand, folkhälsostrateg på primärvårdsdivisionerna i Skåne, september 2014

För den som önskar fördjupad diskussion kring sina matvanor erbjuder vi **Hälsosamtal Mat** hos en sjuksköterska med specialinriktning mot kost alternativt dietistkontakt inom primärvården.

7. Beskrivning från vårdcentralen Fosietorp

- Vårdcentralen Fosietorp ligger i Malmö och tillhör Stadsområde Söder. I dagsläget har vårdcentralen 14046 listade patienter.
- CNI, det socioekonomiska indexet är 1,36.
- Vi har knappt 3000 listade patienter som är över 65 år.
- Genomsnittsåldern för Malmöborna är 36 år. I Skåne är genomsnittsåldern 40 år och i Sverige 41 år.
- 31 % (97 320) av Malmöborna är födda i utlandet. Antalet födda i utlandet ökar i alla Malmös fem stadsområden, vilket kan ses som ett tecken på integration. Det stadsområde där antalet utlandsfödda ökar mest är Söder, som ökade med ca 700 personer under år 2013. Detta stadsområde har också flest antal födda i utlandet och även den högsta andelen, 44 % av totalbefolkningen i området.
- Av stadens ca 136 500 hushåll är 70 % småhushåll med en eller två personer.
- I befolkningsgruppen 25-64 år har 46 % av Malmöborna eftergymnasial utbildning. I Stadsdelen Söder är andelen 27 %. Andelen för Sverige i stort är 40 %.

(Källa: malmo.se)

På Levnadsvanemottagningen Fosietorp har vi riktat in oss på områdena tobak, alkohol, kost och motion, detta i enlighet med socialstyrelsens riktlinjer. Tanken är att patienter som ligger i riskzonen för att utveckla livsstilsrelaterade sjukdomar, eller redan har gjort det, ska få hjälp att lägga om sina vanor till ett mer hälsosamt liv. Målet är dels att minska risken för sjukdom och ohälsa samt att förbättra patientens subjektiva upplevelse av sin hälsa.

En sjuksköterska, och en sjukgymnast, arbetar i genomsnitt 4 timmar/vecka vardera för att bygga upp och driva mottagningen. Till mottagningen finns en läkare knuten. Den primära rollen för ansvarig läkare för levnadsvanemottagningen är att vara rådgivare till sjuksköterska och sjukgymnast i frågor rörande fortsatt handläggning av pat. Läkaren kan även göra sambedömning med sjuksköterska/sjukgymnast om behov finns.

Sedan uppstarten av Levnadsvanemottagningen, våren -13 har besöken varit kostnadsfria. Med anledning av förändringar av Regionens debiteringssystem kommer besöken från och med hösten -14 att kosta 160 kr.

Inflöde av patienter

Patienter inkommer antingen via **egenremiss** som finns i vårdcentralens väntrum samt på hemsidan, eller på remiss från personal (läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, sjukgymnast) på vårdcentralen som varit i kontakt med patienten, var god se **bifogad** fil. Från och med hösten -14 kommer vi skapa en ny rutin för inflödet av patienter. Alla nydebuterade hypertoniker ska informeras om, och erbjudas kontakt med Levnadsvanemottagningen. När det gäller patienter med BMI över 30 är tanken att dessa ska informeras om möjligheten att få hälsoråd via Levnadsvanemottagningen och erbjudas egenremiss att fylla i. Detta skulle exempelvis kunna röra sig om patienter som man möter på vårdcentralens laboratorium.

Förstabetesöket

I dagsläget bokas patienten in på ett första samtal som beräknas ta ca 60 minuter. Före samtalet får patienten fylla i en **hälsoenkät** avseende de fyra levnadsvanorna, var god se **bifogad** fil. Besöket inleds av sjuksköterskan som kontrollerar vikt, BMI, midjemått, blodtryck och p-glukos, dessa mätvärden registreras till patientens listningsläkare. Därefter går man tillsammans med patienten igenom hälsoenkäten. Med denna som utgångspunkt diskuterar vi tillsammans med patienten vilken eller vilka levnadsvanor som skulle kunna förbättras. Vi försöker även bedöma och samtala med patienten om dennes motivation att faktiskt genomföra en livsstilsförändring.

Vi upplever att det stora flertalet av patienter som kommer till Levnadsvanemottagningen har för lite fysisk aktivitet och fysisk träning i sitt liv. Vid första samtalet får därför samtliga patienter träffa en sjukgymnast för fördjupad information kring detta.

Flödesschema som beskriver hur patienterna tas om hand utifrån provsvar eller bristande levnadsvana finns som **bifogad** fil.

Levnadsvanorna

I de fall man noterar ett lätt förhöjt blodtryck hos patienten (140-159/90-99) bokas patienten in för tre nya blodtryckskontroller hos distriktssköterska (1 gång/vecka). Relevant rådgivning angående levnadsvanor ges. Patientens förändringsarbete fortsätter följas via Levnadsvanemottagningen.

Vid måttligt förhöjt blodtryck (160-179/100-109) bokas patienten till sin listningsläkare. Patienten följs vidare på Levnadsvanemottagningen avseende livsstilsförändringar i samband med hypertoni.

Vid ett kraftigt förhöjt blodtryck (>180/110) bokas patienten in på en mycket snar läkartid.

Rådgivning/uppföljning sker på Levnadsvanemottagningen.

Vid förhöjt fp-glukos (>6,1) eller p-glukos > 7,0 vid första besöket ombeds patienten återkommande för ytterligare två fastande p-glukos. Vid lätt förhöjda fp-glukos (6,1-6,9) vid två provtagningstillfällen, remitteras patienten vidare till Diabetesmottagningen. När fastande p-glukos över 7,0 noteras, bokas patienten till sin läkare för vidare utredning.

Patienter som är rökare eller före detta rökare screenas alltid med COPD-6. Om detta ger positivt utslag tas läkarkontakt för bedömning av eventuell spirometriundersökning hos astma/KOL-sköterska på vårdcentralen. Se **mätvärdeslista** i **bifogad** fil.

Alla patienter med tobaksbruk erbjuds kontakt med rökavvänjningssköterska på vårdcentralen.

Önskas receptbelagt läkemedel för tobaksstopp lämnas förfrågan vidare till patientens listningsläkare. Recept utfärdas endast till patienter som har regelbunden kontakt med tobaksavvänjare. Tobaksavvänjning erbjuds både som individuella samtal och i grupp. Det finns två sjuksköterskor med vidareutbildning inom tobaksavvänjning.

I de fall det förekommer misstanke om riskbruk av alkohol får patienten fylla i AUDIT hos sjuksköterska med kompetens inom AUDIT. Vid så kallat riskbruk (8-15p på AUDIT) förs samtal och ges adekvat rådgivning, uppföljning sker på Levnadsvanemottagningen inom en månad. Vi skadligt bruk av alkohol (16-20p AUDIT) remitteras patienten vidare till sin listningsläkare. Vid alkoholberoende (20p+ AUDIT) initieras en snar läkarkontakt för eventuell remiss till Beroendecentrum.

Hos patienter där man uppmärksammat "brist på fysisk aktivitet och/eller träning" diskuteras denna vana utifrån tidigare erfarenheter och intressen. Med MI, motiverande samtal, som grund diskutera man för att komma fram till eventuella levnadsvane-förändringar, samt patientens motivation till detta. FaR, Fysisk aktivitet på Recept används och information hämtas bland annat från www.cih.nu (Centrum för Idrott och Hälsa). Tillsammans med patienten sätts kortsiktiga och långsiktiga mål som följs upp enligt en individuell plan. Generellt sätt görs löpande uppföljningar allt från 2 veckor till 6 månader. Man kan också använda träningsdagbok, stegräknare och så vidare. Vi erbjuder Submax konditionstest på ergometercykel samt utformning av individuella träningsprogram och möjlighet att i vårdcentralens gym träna 6-8 veckor, för att öka motivation och för att skapa en träningsstruktur.

För patienter med bristande kostvanor tas en djupare kostanamnes. Kostrådgivning utifrån Socialstyrelsens riktlinjer ges. Vi lämnar ut broschyren "Livsstilsförändring – Maten" (Sanofi Aventis) och diskuterar innehållet i denna. För de patienter som är intresserade av fördjupade kunskaper rekommenderas exempelvis www.sundkurs.se samt www.skane.se/dietistpv. Patienten uppmuntras också föra kostdagbok under en vecka. Tillsammans med patienten sätts kortsiktiga och långsiktiga mål som följs upp enligt en individuell plan. Uppföljning sker efter behov. Patienter som är i behov av att få ytterligare kostråd eller beräkning av näringsintag remitteras till dietist, som finns på vårdcentralen ett par dagar i veckan.

8. Reflektioner från Eden

Upplägget på hälsoarbetet på vårdcentralen Eden, med ett specifikt arbetsflöde där de olika vårdgivarna ansvarar för olika delar i hälsoarbetet, är strukturerat och lätt att följa. I hälsosamtal bas kartläggs levnadsvanorna. Om ohälsosam levnadsvana upptäcks, erbjuds patienten specifik kontakt med den vårdgivaren som har god kunskap inom just det området tex fysisk aktivitet, alkohol, kostvanor.

Vi inom hälsoteamet ser ofta att patienter som söker har en annan grundläggande problematik som ej har med levnadsvanor att göra, tex ofta psykisk ohälsa. Hälsosamtalet berör då inte levnadsvanorna i den utsträckning som erbjuds, patienten blir då ofta hänvisad vidare till familjeläkare eller psykolog/kurator för bedömning/behandling av de besvären.

Arbetet går i vågor gällande patientinflöde. I nuläget finns ingen specifikt avsatt tid/vecka för hälsoarbetet, vilket medför svårighet att ha kontinuitet och ett bra inflöde av patienter. En kontinuitet i det arbete man gör leder till förbättrad kvalitet av patientarbete, vilket även gäller för hälsosamtalen.

Om patienten hänvisas vidare efter hälsosamtal bas, kan vårdgivaren inom de olika levnadsvanorna själva lägga upp uppföljningar och antal besök, dock finns inte heller där specifikt avsatt tid till hälsoarbetet. Om risk för sjukdom som kräver läkarkontakt hänvisas patienten till sin ansvariga familjeläkare för vidare utredning/behandling.

För att fånga upp fler patienter som är i behov av hälsosamtal, skulle man på vårdcentralen kunna erbjuda tex alla nyupptäckta hypertoniker/diabetiker/de med bukfetma som överstiger riktlinjerna en tid till hälsosamtal. Vid ökat inflöde av patienter kan avsatt tid prioriteras lättare från annat arbete.

Det kollegiala lärandet med Fosietorp Vårdcentral har fått oss att reflektera över hur hälsoarbetet kan utföras på ett annat tillvägagångssätt, som vi uppfattar mer effektivt och pga kontinuiteten i arbetet ger en bättre kvalitet. På Fosietorp Vårdcentral har två personer ansvar och avsatt tid varje vecka till hälsoarbetet, vilket medför en lättare kontinuitet i förändringsarbetet för patienten. I hälsoteamet på Vårdcentralen Eden ser vi fördelen i att engagera rätt vårdgivare med spetskompetens inom de olika levnadsvanorna.

Det har även varit lärorikt att tillsammans diskutera de svårigheter som hälsoarbete på en vårdenhet kan medföra, tex resurser, patientflöde och det ekonomiska perspektivet.

På Vårdcentralen Eden fanns redan tillgängligt material med en beskrivning av hälsoarbetet på enheten, det materialet tog ca 8 timmar att utarbetar från start. Därefter har vi reviderat materialet, reflekterat över det kollegiala lärandet där vi uppskattningsvis har lagt 8.5 timmar inklusive möten och administration.

9. Reflektioner från Fosietorp

Vårt mål är att nå ut till en stor del av befolkningen i området för att öka möjligheterna till god hälsa. Ett av problemen som både vi på Vårdcentralen Fosietorp och personal på Edens vårdcentral noterat, är dock ett relativt litet inflöde av patienter. Vi planerar därför att erbjuda samtliga patienter med nydebuterad hypertoni kontakt på Levnadsvanemottagning. Detsamma gäller även patienter med BMI >30. På sikt planerar vi även att erbjuda samtliga patienter i vissa åldersgrupper så kallade hälsosamtal. Ytterligare en del i arbetet för att nå ut till fler personer i vårt område är marknadsföring, både inom och utanför vår verksamhet. Vi upplever att personalen på den egna enheten ofta behöver påminnas om möjligheten att remittera patienter. I framtiden hoppas vi även kunna nå ut till allmänheten via lokaltidningar, på apotek och olika mötesplatser i området. Det vi på Fosietorp upplever som positivt i vårt arbete i jämförelse med Edens arbetssätt är att vi har avsatt tid varje vecka specifikt för Levnadsvanemottagningen. Vid ökat inflöde kommer vi vara i behov av ökade resurser.

Vår erfarenhet är att patienten upplever det viktigt med kontinuitet när det gäller kontakt med vården. Vi strävar efter att samma sjukgymnast/sjuksköterska följer patienten genom hela förändringsprocessen och andra kompetenser används som konsulter vid enstaka tillfällen då behov finns. Förutom detta har vi också upplevt att många patienter har behov av täta kontakter, framförallt vid uppstarten av ett förändringsarbete.

För att lättare kunna erbjuda tätare kontakter planerar vi att starta upp grupper för överviktiga, så kallade viktgrupper. Gruppbehandlingar har många gånger den positiva effekten att deltagarna upplever det motiverande att träffa andra personer i liknande livssituation. I gruppbehandling för överviktiga planerar vi att använda oss av ett upplägg från boken *Obesitas – behandling med KBT-inriktning/ Obesitas – arbetsbok för dig som vill gå ner i vikt*, av Ingela Melin.

Många patienter lider idag av upplevd psykisk ohälsa. Detta kan visa sig som symtom i form av dålig sömn, oro, stress, spänningshuvudvärk eller långvarig värk. Dålig psykisk hälsa är nära korrelerad till de övriga levnadsvanorna så som låg fysisk aktivitet, dåliga kostvanor, rökning samt alkoholöverkonsumtion. I vår levnadsvanemottagning strävar vi efter att identifiera psykisk ohälsa och ser detta som den "femte levnadsvanan". Vid behov har vi psykolog och kurator att tillgå och vi planerar att öka samarbetet med dem och om möjligt erbjuda sömn/stressgrupper.

Egenremiss till Levnadsvanemottagningen på Vårdcentralen Fosietorp

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon/mobilnummer: _____

På Levnadsvanemottagningen har vi riktat in oss på områdena tobak, kost, motion och alkohol. Vårt mål är att tillsammans med dig utarbeta en plan för att förändra de vanor som är mindre bra, så att du både kan minska risken för allvarliga sjukdomar och dessutom känna dig piggare.

Nedan ber vi dig att beskriva vad du inom dessa fyra områden önskar hjälp med och är intresserad av att förändra.

Lämna blanketten i receptionen, så tar vi kontakt med dig snarast möjligt

Besöket kostar 160 kr.



Vårdcentralen Fosietorp

En del av Region Skåne

Levnadsvanemottagningen Vårdcentralen Fosietorp

Inför besöket är vi tacksamma om du vill fylla i nedanstående formulär

Datum _____ Personnummer _____

Namn _____

Adress _____

Telefonnummer/mobil _____ Yrke/sysselsättning _____

Civilstånd (kryssa) Gift/Sambo/Särbo Ensamboende Antal hemmavarande barn _____

Sjukdomar _____

Mediciner _____

Förälder eller syskon som har/haft diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, stroke eller kärlkramp i benen?

1. Fysisk aktivitet

Skriv ner hur mycket du tränar eller är fysiskt aktiv varje dag under en normal vecka:

Måndag _____

Tisdag _____

Onsdag _____

Torsdag _____

Fredag _____

Lördag _____

Söndag _____

2. Kost – markera ett alternativ på varje fråga, det du brukar göra!

Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen Nästan varje dag
 Några gånger i veckan En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagande)?

- Två gånger per dag eller oftare En gång per dag
 Några gånger i veckan En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverkade, juice etc)?

- Två gånger per dag eller oftare En gång per dag
 Några gånger i veckan En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- Två gånger per dag eller oftare En gång per dag
 Några gånger i veckan En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du kakor, choklad, godis eller chips?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Två gånger per dag eller oftare | <input type="checkbox"/> En gång per dag |
| <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan | <input type="checkbox"/> En gång i veckan eller mer sällan |

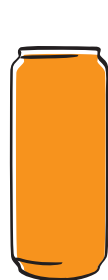
Hur ofta dricker du juice, läsk eller saft?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Två gånger per dag eller oftare | <input type="checkbox"/> En gång per dag |
| <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan | <input type="checkbox"/> En gång i veckan eller mer sällan |

3. Alkohol – markera ett alternativ på varje fråga, det du brukar göra!

För att kunna jämföra olika typer av alkoholhaltiga drycker använder vi ett mått som kallas standardglas.

Ett standardglas motsvarar exempelvis:



folköl
(50 cl)



starkö/cider
(33 cl)



vin
(12–15 cl)



starkvin
(8 cl)



Sprit
(4 cl)

Hur många standardglas dricker du under en vanlig vecka?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mindre än ett standardglas eller inte alls | <input type="checkbox"/> 1–4 standardglas |
| <input type="checkbox"/> 5–9 standardglas | <input type="checkbox"/> 10–14 standardglas |
| <input type="checkbox"/> 15 eller fler standardglas | |

Hur ofta dricker du (kvinna fyra, man fem) standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång i månaden |
| <input type="checkbox"/> Varje månad | <input type="checkbox"/> Varje vecka |
| <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan dagligen | |

Hur ofta under det senaste året ha du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång i månaden |
| <input type="checkbox"/> Varje månad | <input type="checkbox"/> Varje vecka |
| <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan dagligen | |

Har en släkting, vän, en läkare (eller en annan person inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, men inte under det senaste året | <input type="checkbox"/> Ja, under det senaste året |
|------------------------------|--|---|

4. Tobak – markera ett alternativ på varje fråga, det du brukar göra!

Mina rökvanor:

Jag har aldrig varit rökare

Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan

Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan

Jag röker, men inte dagligen

Jag röker dagligen: 1–9 cigaretter/dag

10–19 cigaretter/dag

20 eller fler cigaretter/dag

Mina snusvanor:

Jag har aldrig varit snusare

Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan

Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sedan

Jag snusar, men inte dagligen

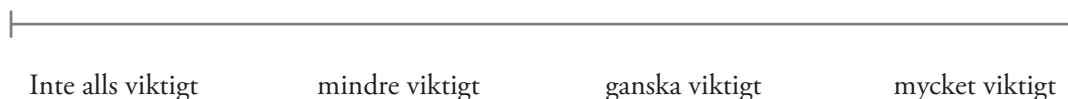
Jag snusar dagligen: 1–3 dosor/vecka

4–6 dosor/vecka

7 eller fler dosor/vecka

6. Hur viktigt är det för sig att förändra dina levnadsvanor inom den närmaste tiden?

Markera på linjen



Flödesschema levnadsvanemottagningen Vårdcentralen Fosietorp

BLODTRYCK

Mild: 140-159/ 90-99
Måttlig: 160-179/ 100-109
Hög: >180/110

→ Mätning 3 tillfällen (1 gång/v)
→ Läkarkontakt
→ Snar läkarkontakt

→ kost/motionsrådgivning → Uppföljning 3 mån

BLODSOCKER

P-glukos >7
eller fp-glukos >6,1

→ 2 st fp-glukos olika dagar

→ 2 fp-glukos 6,1-6,9
→ 2 st fp-glukos >7,0

→ Remiss till diabetesmottagning
→ Läkarkontakt

TOBAK

Rökare/före detta rökare

→

Mätning COPD- 6 (blås 3 gånger)→

Positivt test

→ Läkarkontakt för ev. spirometri

Rökare/snusare

→

Erbjudande om rökavvänjningssamtal
Ev. förskrivning av läkemedel

→ Meddelande till läkare



Vårdcentralen Fosietorp

En del av Region Skåne

FYSISK AKTIVITET

Brist på fysisk aktivitet →

Rådgivning och FaR (www.cih.nu)

→ Individuellt planerad uppföljning från 2 v – 12 mån

→ Vb/önskemål Sjg-kontakt:

- Submax konditionstest
- Träningsgrupp på VC 6-8 veckor

KOST

Övervikt
BMI
Bukomfång →

Fördjupad anamnes
Info om hemsidor + broschyr
www.skane.se/dietistpv

→ Dietistkontakt - kostregistrering

→ Uppföljning efter behov

ALKOHOL

Riskfylld alkoholkonsumtion (mottagningens egen blankett) →

AUDIT hos personal med kompetens
Riskbruk 8-15p rådgivning
Skadligt bruk 16-20p
Alkoholberoende 20p +

→ uppföljning inom 1 månad

→ läkarkontakt

→ läkarkontakt ev remiss till beroendecentrum



Vårdcentralen Fosietorp

En del av Region Skåne

Mätvärdeslista ”Testa dina levnadsvanor”

Datum

Namn och personnr

Längd

Vikt

BMI

Midjemått

>94 centimeter för män

> 80 centimeter för kvinnor kan öka risken för att få olika sjukdomar, om BMI samtidigt överstiger 25.

>102 centimeter för män och

>88 centimeter för kvinnor är risken för ohälsa, framför allt olika hjärt-kärlsjukdomar, mycket större.

Risken för ohälsa ökar för varje ökning i centimeter av midjeomfånget, helt oberoende av hur lång man är.

Blodtryck

Mild: 140-159/ 90-99

Måttlig: 160-179/ 100-109

Hög: >180/110

P-glukos

Gränser 6,3 – 7 vid två mättillfällen (olika dagar)

>7

COPD-6

3 blåsningar



Vårdcentralen Fosietorp

En del av Region Skåne