

# **Ett långsiktigt arbete**

**Implementeringen av det regionala  
Handlingsprogrammet för övervikt och fetma 2004  
inom hälso- och sjukvården för barn**

---

Beställarrevison  
Hälso- och sjukvårdsnämnden  
Stockholms läns landsting

november 2007

Lisbet Larsson  
Gösta Samuelson  
Gunnar Uhlin

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## SAMMANFATTNING

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	BAKGRUND.....	1
1.2	BESTÄLLARREVISIONEN .....	1
1.2.1	<i>Syfte</i> .....	2
1.2.2	<i>Övergripande frågeställningar</i> .....	2
1.2.3	<i>Tillvägagångssätt</i> .....	3
1.2.4	<i>Läsanvisning</i> .....	3
<b>2</b>	<b>UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	<b>4</b>
2.1	VÅRDPROGRAM I SLL:S STYRMODELL.....	4
2.2	IMPLEMENTERING AV VÅRDPROGRAM INOM SLL.....	5
2.3	HANDLINGSPROGRAMMET FÖR ÖVERVIKT OCH FETMA 2004 .....	6
2.3.1	<i>Insatser enligt handlingsprogrammet för barn och ungdomar</i> .....	8
2.4	ANDRA STYRDOKUMENT FÖR VÅRDEN AV ÖVERVIKT OCH FETMA .....	9
2.4.1	<i>Budget 2007</i> .....	9
2.4.2	<i>Uppdragsavtal</i> .....	10
2.4.3	<i>Avtalsuppföljning</i> .....	11
<b>3</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
3.1	SAMMANFATTNING.....	12
3.2	VÅRDKEDJAN FÖR BARN.....	13
3.3	IMPLEMENTERINGEN .....	15
3.3.1	<i>Nuläge och genomförande</i> .....	15
3.3.2	<i>Några goda exempel</i> .....	16
3.3.3	<i>Strategier, framgångsfaktorer och hinder</i> .....	18
3.4	MOTTAGNINGARNAS ARBETSSÄTT .....	21
3.5	SYNPUNKTER PÅ HANDLINGSPROGRAMMET .....	23
3.5.1	<i>Om användbarheten</i> .....	23
3.5.2	<i>Utvecklingsförslag</i> .....	24
3.6	JOURNALGRANSKNINGEN .....	25
3.6.1	<i>Resultat</i> .....	26
3.7	JÄMFÖRELSE MED BESTÄLLARREVISIONEN FÖR VUXNA .....	28
3.8	UPPFÖLJNINGAR.....	30
3.8.1	<i>Styrdokument i verksamheterna</i> .....	30
3.8.2	<i>Ledningssystem för kvalitet och säkerhet</i> .....	31
3.8.3	<i>Journal- och datasystem</i> .....	31
3.8.4	<i>Rutiner för uppföljning och kontroll</i> .....	32

3.8.5	<i>Annan statistik</i> .....	32
3.9	<b>KVALITETSINDIKATORER</b> .....	33
3.9.1	<i>Frågor om arbetssätt</i> .....	33
3.9.2	<i>Kvalitetsindikatorer vid journalgranskningen</i> .....	33
3.9.3	<i>Kvalitetsmått vid uppföljningar</i> .....	34
3.9.4	<i>Utvecklingsförslag</i> .....	34
<b>4</b>	<b>DISKUSSION OCH UTVECKLINGSFÖRSLAG</b> .....	<b>35</b>
4.1	UTVECKLINGSOMRÅDEN .....	36
4.2	FÖRSLAG .....	38

## **BILAGOR**

<b>1</b>	<b>METOD</b> .....	<b>I</b>
1.1	FRÅGOR OCH KVALITETSINDIKATORER.....	I
1.1.1	<i>Specifika frågor</i> .....	I
1.1.2	<i>Kvalitetsindikatorer</i> .....	I
1.2	OMFATTNING .....	II
1.2.1	<i>Val av mottagningar</i> .....	II
1.2.2	<i>Om varje mottagning</i> .....	II
1.2.3	<i>Urval av journaler</i> .....	III
1.3	GENOMFÖRANDE .....	IV
1.3.1	<i>Planering</i> .....	IV
1.3.2	<i>Mottagningsbesök</i> .....	V
1.3.3	<i>Analys</i> .....	VI
1.3.4	<i>Rapportering</i> .....	VI
1.4	AVGRÄNSNING .....	VI
1.5	KVALITETSSÄKRING AV UPPDRAGET.....	VII
<b>2</b>	<b>OM STYRNING AV KVALITÉN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b> .....	<b>VIII</b>
<b>3</b>	<b>KVALITETSINDIKATORER I VÅRDEN</b> .....	<b>X</b>
<b>4</b>	<b>MOTTAGNINGARNAS ARBETSSÄTT (BARN)</b> .....	<b>XI</b>
<b>5</b>	<b>IMPLEMENTERINGEN PÅ MOTTAGNINGARNA</b> .....	<b>XII</b>
<b>6</b>	<b>JÄMFÖRELSE AV OLIKA MOTTAGNINGARS ARBETSSÄTT</b> .....	<b>XIII</b>

## FÖRORD

Samtidigt med beställarrevisionen av implementeringen av handlingsprogrammet för övervikt och fetma inom hälso- och sjukvården för barn i länet har motsvarande beställarrevision genomförts för vården av vuxna. Beställarrevisionerna presenteras i två olika rapporter, men resultatet är till stora delar överensstämmande.

Då beställarrevisionerna har genomförts parallellt och berör vårdgivare inom hälso- och sjukvården för både barn, ungdomar och vuxna har en ovanligt bred och genomgripande kartläggning kunnat göras av implementering av det aktuella vårdprogrammet samt verksamhetsstyrningen i praktiken inom Stockholms läns landsting.

Rapporterna bör därför läsas som kompletterande dokument och resultaten tolkas som delar i ett större sammanhang. Förbättringsförslagen avser till stor del verksamhetsstyrningen inom hälso- och sjukvården på övergripande nivå och paralleller kan delvis dras för analys av verksamhetsstyrningen på andra områden inom SLL.

## SAMMANFATTNING

Beställarrevisjonen visar att implementeringen av ”Handlingsprogrammet för övervikt och fetma, 2004” inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting bara har påbörjats. Åtgärderna som har genomförts har till stor del fokuserats på vårdkedjan för barn, vilket gör att handlingsprogrammet är mer känt på t ex BVC än på husläkarmottagningarna. Ändå har få mottagningar utvecklat ett systematiskt arbetssätt utifrån handlingsprogrammet.

Den bristande implementeringen har resulterat i att förebyggande och behandlande insatser i linje med programmet inte har genomförts i förväntad omfattning. Effekterna av införandet av handlingsprogrammet för vården av barn med övervikt eller fetma har än så länge varit små och på grund av bristande uppföljning av målen i handlingsprogrammet är det inte möjligt att dra några säkra slutsatser om utvecklingen för patientgruppen.

Landstingets insatser för personer med övervikt eller fetma varierar beroende på var man bor i länet. Vårdkedjorna är otydliga och delvis saknas behandlingsalternativ. På mottagningar i de mest utsatta områdena fanns en lång erfarenhet av vård av patienter med övervikt.

Beställarrevisjonen visar att de åtgärder som hittills har vidtagits av landstinget för vård av patienter med övervikt och fetma har varit relativt begränsade och inte tillräckliga för att ökningen av andelen personer med fetma ska avstanna år 2008. Om visionen ska nås att halvera antalet personer med fetma till år 2013 behöver kraftfullare åtgärder vidtas och verksamhetsstyrningen förbättras. Ett väl integrerat styr- och uppföljningssystem saknas idag som stödjer genomförandet av handlingsprogrammet och måluppfyllelsen.

Slutsatserna baseras på följande iakttagelser.

- *Information* om handlingsprogrammet har nått ut i mycket begränsad omfattning. Vårdprogrammet för övervikt och fetma var okänt på många mottagningar inom hälso- och sjukvården före beställarrevisjonen, speciellt bland läkare och på sjukhusen. Vård av individers övervikt/fetma har i praktiken haft låg prioritet och övervikt/fetma har bara behandlats om personen har sökt för detta.
- *Vårdkedjan* för vård av barn med övervikt eller fetma upplevs som otydlig, liksom ansvarsfördelning och krav på vårdgivarna på olika nivåer utifrån handlingsprogrammet. Information om att alla inom vården har ansvar för att identifiera och medvetandegöra patienter med fetma om hälsoriskerna hade inte nått fram till enhetscheferna eller enskilda vårdgivare.
- Den *behandling* för övervikt som barnläkarmottagningarna kunde erbjuda var individuell rådgivning eller remiss till kirurgi vid fetma. Behandling erbjöds i begränsad utsträckning. Några mottagningar som t ex erbjöd gruppbehandling, fysisk aktivitet per recept eller var goda exempel av andra orsaker fanns inom varje länsdel. Utvecklingen av den egna verksamheten hade ofta initierats av engagerade anställda, utan att handlingsprogrammet var allmänt känt i personalgruppen.
- *Resultatmått*, som ger en indikation på hur effektiv behandlingen är hos olika vårdgivare, används inte. Detta trots att mått som utvecklingen av patientens BMI eller midjemått vore relativt enkelt att följa vid behandling av övervikt/fetma.
- Information om resultatet av olika *behandlingsmetoder* och *projekt* i länet har inte sammanställts centralt. Idag saknas möjlighet att remittera till behandling av t ex beteendev-

tare på många mottagningar i länet. Remissflödet för patienter med övervikt/fetma är inte kartlagt. En analys av *remissflödet* mellan olika vårdgivare inom SLL skulle ge klarhet i vilka insatser som ges och av vem.

- *Särskilda krav* på utförarna utifrån handlingsprogrammet ställs inte idag vid *upphandling* av vårdleverantörer. *Avtalen* med vårdgivarna innehåller inte en tydlig beställning av en vårdkedja avseende övervikt/fetma. Krav på lokala behandlingsprogram av överviktiga barn fanns i barnläkarmottagningarnas uppdrag och antalet barn som deltar i programmet följdes också upp årligen. Det har gjorts att behandlingsprogram fanns på varje BUMM. Det varierade dock hur aktivt man arbetade med programmet och hur förankrat det var i personalgruppen.
- *Ersättningsmodellen* stödjer endast i begränsad omfattning genomförandet av handlingsprogrammet. De ekonomiska incitamenten för mottagningarna att erbjuda vård enligt handlingsprogrammet är svaga. Resurstilldelningen visar inget direkt samband mellan befolkningens behov, kraven på insatser och behandlingsresultatet för patienter med övervikt/fetma. Enhetliga krav ställs inte på särskild redovisning vid resurstillskott för överviktsbehandlingar.
- *Uppföljningar* av kraven i avtalen på tillämpningen av programmet och de satta målen behöver utvecklas för att styrkedjan ska vara effektiv. Uppföljningar försåras av brister på tillförlitliga data i journal- och statistikprogram. Idag kan flera mottagningar inte få fram efterfrågade uppgifter till HSN utan manuella beräkningar. Nuvarande uppföljningsparametrarna är beskrivande avseende tillämpningen av vårdprogram. Krav ställs på mottagningarnas deltagande i nationella kvalitetsregister, men relativt få mottagningar har ännu börjat registrera sina patienter.

Det är viktigt att resultatet av beställarrevisjonen tas tillvara för revidering av handlingsprogrammet och för påskyndande av den fortsatta implementeringsprocessen. Metoderna vid beställarrevisjonerna behöver också vidareutvecklas och kvalitetssäkras.

Sammantaget rekommenderas därför att metodutvecklingsprojekt startas för vidareutveckling av styrsystemets olika delar med utgångspunkt från handlingsprogrammet och de aktuella beställarrevisjonerna. Arbetet bör drivas i samverkan med olika intressentgrupper. Medverkan av en utomstående konsult med uppgift att företräda patienterna bidrar med ett neutralt perspektiv och kan medföra att förbättringsarbetet blir effektivare.

### **Utvecklingsområden**

Om det ska bli möjligt att uppnå visionen 2013 är det nödvändigt att definiera en ändamålsenlig strategi med planerade och samordnade åtgärder för att säkra tillämpning av handlingsprogrammet. Starka drivkrafter för vård av patienter med övervikt eller fetma måste införas i styrsystemet, liksom en centralt samordnad organisation som stödjer tillämpningen av rekommendationerna i handlingsprogrammet på olika sätt.

För utveckling av verksamhetsstyrningen har behov inom följande områden konstaterats.

- *Handlingsprogrammet* behöver utvecklas så att det blir tydligt för vårdgivarna vad de förväntas göra på varje vårdnivå. En *strategisk plan* bör göras för hur handlingsprogrammets mål ska uppnås och måluppfyllelsen bör kontinuerligt och öppet följas upp. En *åtgärdsplan* bör också göras för den fortsatta implementeringen av handlingsprogrammet, utifrån ett helhetsperspektiv med klara strategier för utveckling och resurs-

fördelning. *Information* på området och stöd till verksamheterna bör ges från landstinget centralt.

- *Strategierna* för implementeringen av handlingsprogrammet behöver ses över. *Ansvarsfördelningen* för genomförandet av implementeringen av handlingsprogrammet behöver uppdateras. Detta för att säkra att planering, uppföljning, samordning och information genomförs i den utsträckning som krävs för att uppfyllelsen av handlingsprogrammets mål ska förbättras. Ansvaret för den fortsatta implementeringen har tjänstemännen på förvaltningen, medan politikerna bör revidera målen i handlingsprogrammet och ange ambitionsnivån för hälso- och sjukvården. Regelbunden *information* till verksamheterna om t ex måluppfyllelse via samordnaren av handlingsprogrammet skapar en större klarhet och bidrar till implementeringen.
- En översyn av *styrsystemets olika delar* behöver göras utifrån beställarrevisiorna, för att förbättra verksamhetsstyrning och måluppfyllelse. Sambandet mellan handlingsprogrammet, krav i avtal/verksamhetsuppdrag, det faktiska arbetet som utförs på mottagningarna samt uppföljning av avtal och mål behöver klargöras.
- Stöd för genomförandet av den vård som rekommenderas i vårdprogrammet bör ges via en mer långsiktig *resursfördelning*. Resursfördelningen bör göras utifrån: ett helhetsperspektiv på problematiken, de behov som finns i olika delar av länet, samt de krav som ställs på olika vårdnivåer. Behov av resurser för nya tjänster bör beaktas som t ex beteendevetare inom primärvården i de olika länsdelarna eller överviktsmottagningar i samverkan mellan flera mottagningar i närsjukvården inom länsdelarna.
- *Vårdkedjorna* för patienter med övervikt eller fetma bör tydliggöras. I de delar av länet där olika former av överviktsbehandling saknas i närsjukvården bör utbudet kompletteras. Akutsjukhusens roll i vårdkedjan behöver klargöras.
- Nya *behandlingsmetoder* bör utvecklas inom verksamheterna baserat på goda exempel och behandlingsmetoder som har påvisad god effekt. *Systematiken* i arbetet behöver förbättras liksom helhetsperspektivet på arbetet för patientgruppen. Framtagning av *pedagogiskt material* från landstinget centralt, liksom krav på vad datajournalerna bör innehålla, underlättar medvetandegörandet av patienterna om livsstilens betydelse för hälsa samt den fortsatta implementeringen av handlingsprogrammet.
- *Nya uppföljningsmått* behöver utvecklas utifrån handlingsprogrammets rekommendationer vid uppföljning av avtal/uppdrag. Regelbunden utvärdering av effekten av olika åtgärder bör införas som ett krav, t ex kan förändring av BMI eller midjemått användas. Resultatmättet bör förankras hos vårdgivarna och en skriftlig manual bör tas fram, för att säkra användningen av måttet och att tillförlitliga utdata lämnas till beställarna.
- *Lyckade projekt* bör spridas och införlivas i ordinarie verksamheter. Samordnaren för genomförandet av handlingsprogrammet bör aktivt och regelbundet medverka i diskussioner med avtalshandläggare och vårdgivare. Krav på redovisning av projektresultat med uppföljning av behandlingsinsatser bör ställas vid resursfördelning.
- Ett *metodutvecklingsprojekt* bör startas inom landstinget, för att förbättra implementeringen av handlingsprogrammet utifrån beställarrevisiorna. Ett annat projekt för en mer generell metodutveckling för beställarrevisiorna bör också initieras, så att erfarenheterna sammanställs och analyseras. Tydligheten ökar i organisationen och lärande processer aktiveras. Slutsatser kan dras om effekten av olika metoder som används vid beställarrevisiorna. Det förbättrar styrningen och gör den mer effektivare. Meto-



derna som har använts t ex i denna beställarrevison vid jämförelser mellan vårdnivåer och länsdelar behöver utvecklas, för ökad validitet och reliabilitet. Resultaten ger en grov indikation på hur vården i länet bedrivs, men metoderna behöver förfinas.

*Ansvar för det fortsatta arbetet på området fördelas på följande sätt.*

### ***Landstingets politiker***

Politiskt bör frågan om förutsättningarna för handlingsprogrammets genomförande diskuteras och en nystart initieras. Följande bör exempelvis göras.

- Målen i handlingsplanen behöver revideras och ambitionsnivån åter fastställas.
- Strategier som möjliggör förverkligandet av målen behöver utarbetats. Åtgärder som beslutas bör vara av den omfattningen att de motsvarar ambitionsnivån i målsättningarna.
- En ny plan för den fortsatta implementeringen behöver antas och resurser avsätts för dess förverkligande.
- Vårdkedjan i länet för patienter med övervikt/fetma behöver kompletteras och förtydligas, så att ansvariga och personal på olika nivåer vet vad som förväntas av dem.

### ***Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning***

Behovet av utveckling av styrsystemets olika delar har framkommit för att verksamhetsstyrningen ska få den effekt som eftersträvas. Vi förslår därför att följande åtgärder vidtas.

- Den övergripande styrningen via avtal och vid upphandling behöver tydliggöras.
- Krav vid upphandling av vårdgivare och i avtalen bör inkludera essensen i programmet.
- Incitament bör finnas i ersättningsmodellen som stödjer tillämpningen av programmet.
- Konkretisera vårdkedjan i handlingsprogrammet och tydliggör vem som ska göra vad.
- Utveckla det konkreta stödet för implementeringen av handlingsprogrammet till enheterna genom resurser för införandet, information, pedagogiska hjälpmedel och utbildningar.
- Nya mått för uppföljning av avtal och mål behöver utvecklas som visar effekten av vidtagna åtgärder. Högre krav bör ställas på producenternas redovisning av uppgifter.
- Fortsatta uppföljningar av implementeringen behöver göras såväl av beställarna som internt inom verksamheterna med öppna jämförelser mellan mottagningarna.

### ***Vårdgivarna***

Följande utvecklingsområden för implementering av vårdprogrammet berör vårdgivarna.

- Planera för fortsatt implementering av vårdprogrammet på varje mottagning.
- Utveckla arbetssättet utifrån vårdprogrammet.
- Utveckla informationshanteringen och datasystemen utifrån beställarnas kvalitetsmått.
- Utveckla samarbetet med andra mottagningar kring behandlingsutbudet.
- Gör egen uppföljning av tillämpningen av vårdprogrammen (intern kontroll).
- Tydliggör mottagningarnas ledningssystem för kvalitet och säkerhet.



# 1 INLEDNING

## 1.1 Bakgrund

De negativa konsekvenserna av ett ökande antal patienter med övervikt eller fetma har uppmärksammats under en längre tid inom Stockholms läns landsting och bland annat resulterat i ett regionalt handlingsprogram för övervikt och fetma. Handlingsprogrammet arbetades fram under åren 2002-2004 och antogs i politisk enighet av fullmäktige i september 2004. Ett förarbete gjordes med många involverade; politiker, tjänstemän och vårdgivare. Ett helhetsperspektiv anlades på vårdprogrammet, vilket avspeglas i dess utformning.

I det aktuella handlingsprogrammet ingår ett vårdprogram, men också en beställarplan och ett avsnitt om samhällsinriktat hälsoarbete.

- *Beställarplanen* som riktas till politiker och tjänstemän beskriver befolkningens behov av insatser, den fastställda visionen samt mål och prioriteringar. Den ger också förslag på åtgärder och uppföljning.
- *Vårdprogrammet* vänder sig till vårdgivare och innehåller insatser för barn, ungdomar och vuxna.
- I avsnittet om *hälsofrämjande arbete* ges förslag på hur landstinget kan samarbeta med kommunerna för att begränsa utveckling av övervikten bland befolkningen.

Landstingsfullmäktiges vision för arbetet med övervikt och fetma inom Stockholms läns landsting är att antalet personer med fetma ska halveras mellan åren 2003-2013. Till år 2008 ska ökningen av andelen personer med fetma (med BMI över 30) ha avstannat. Under åren 2009-2013 ska andelen personer med fetma minska successivt.

En prioriteringsordning fastställdes för landstingets insatser. För varje prioriteringsgrupp har inriktnings- och effektmål för arbetet fastställts. Oavsett prioriteringsnivå åligger det alla vårdgivare att identifiera personer med kraftig övervikt eller fetma och erbjuda behandling. Detta gäller särskilt riskgrupper bland barn och ungdomar samt personer med komplicerande sjukdomar.

## 1.2 Beställarrevisionen

Ernst & Young har på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) genomfört en beställarrevision avseende implementeringen av det regionala handlingsprogrammet för övervikt och fetma från 2004.

Revisionen har inneburit en kartläggning av den faktiska implementeringen av handlingsprogrammet inom ett urval öppenvårdsverksamheter på olika vårdnivåer och delar av länet. Implementeringsprocessen har främjats av den uppmärksamhet som handlingsprogrammet har fått genom granskningen.

Beställarrevisionens syfte med frågeställningar beskrivs nedan.

### 1.2.1 Syfte

Generellt ska beställarrevisorer på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden bidra till förbättrad beställarstyrning, stödja vårdleverantörernas utvecklingsarbete, ge underlag till kunskapsbaserade vårdval och öka den demokratiska insynen genom att analysera vårdleverantörerna inom strategiskt viktiga områden.

Syftet med den aktuella beställarrevisorer har varit att belysa *tillämpningen* av handlingsprogrammet för övervikt och fetma från 2004 inom hälso- och sjukvårdens olika verksamheter samt vårdprogrammets eventuella effekter för patienten, men också att bidra till förbättringar på området inom de berörda verksamheterna.

Den har varit inriktad på hur kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård präglar verksamheten vid olika mottagningar i öppenvård och slutenvård utifrån Handlingsprogram för övervikt och fetma 2004 samt om en fungerande vårdkedja finns som utgår från vårdprogrammet. De områden där den största problematiken finns har särskilt uppmärksammats.

En bedömning har också gjorts av om de åtgärder som har vidtagits är tillräckliga för att uppnå det politiskt satta delmålet att få ökningen av antalet överviktiga att avstanna till år 2008 för att 2009-2013 minska varje år. Visionen är att ”halvera andelen personer med fetma mellan åren 2003-2013”.

En uppföljning har gjorts av det faktiska arbetssättets överensstämmelse med vårdprogrammet på vårdenheter på olika nivåer i vårdkedjan vid övervikt hos barn och ungdomar.

Syftet med beställarrevisorer har uttryckts på följande sätt.

- Revisionen ska bidra till svar på frågorna om SLL har en kunskapsbaserad och ändamålsenlig verksamhet vid specialistmottagningar och allmänmedicinska mottagningar i när-sjukvården utifrån Handlingsprogram för övervikt och fetma 2004 samt om en fungerande vårdkedja finns som utgår från handlingsprogrammet, genom att belysa tillämpning av det regionala handlingsprogrammet och dess effekter för patienten.
- Resultaten av revisionen ska leda till att förbättringsområden identifieras för respektive mottagning och vårdgivare/part.
- Revisionen ska bidra till att en/flera indikatorer (uppföljningsparametrar) utvecklas för kommande strategiska uppföljningar.
- Revisionen ska bidra till förbättringsarbete genom att lyfta fram två – tre mottagningar, ”goda exempel”, som på olika sätt kommit långt i sitt implementeringsarbete och kan delge andra sina erfarenheter.

Utgångspunkten för beställarrevisorer är vården av barn med övervikt och fetma på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen oberoende av sökorsak och diagnos.

### 1.2.2 Övergripande frågeställningar

För att kartlägga hur handlingsprogrammet har påverkat arbetet på mottagningen har följande frågeställningar försökt besvaras vid beställarrevisorer.

- Vilka strategier används när ny kunskap ska införas?
- Hur såg genomförandeprocessen ut avseende införandet av handlingsprogrammet?
- Hur väl överensstämmer det praktiska arbetet med handlingsprogrammet?

- Vilka framgångsfaktorer och hinder har framkommit vid implementering av Handlingsprogrammet?
- Vilka rutiner finns för uppföljning och kontroll?
- I vilken grad är ledningssystem för kvalitet och säkerhet implementerat ? (SOSFS 2005:12)?

Utifrån syftet och frågeställningar har en metod för genomförandet utarbetats.

### 1.2.3 Tillvägagångssätt

Beställarrevisjonen omfattar implementeringen av ett vårdprogram och hur det tillämpas på ett urval mottagningar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården i tre geografiska delar av länet: norr, Stockholm och söder. Sammanlagt har 17 BVC-mottagningar, sex barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM/BLM) och två specialistmottagningar för barn med obesitas på barnsjukhus ingått i stickprovsundersökningen.

De övergripande frågeställningarna för beställarrevisjonen har besvarats genom att de har brutits ned till intervjufrågor och kvalitetsindikatorer. Material från olika informationskällor har kombinerats för att ge en bild av mottagningens arbetssätt och dra slutsatser om vården av övervikt på mottagningarna i länet. Fem olika källor har använts vid bedömningen av varje mottagning: intervjuer med mottagningsansvariga, intervjuer med en personalgrupp, journalgranskning, verksamhetsdokument och verksamhetsstatistik. Dessutom har övergripande styrdokument granskats som t ex verksamhetsuppdrag/avtal inom SLL, handlingsprogrammet för övervikt och fetma, nationella kvalitetsregistret för barnobesitas (BORIS).

Informationen har sammanställts för varje mottagning till ett arbetsmaterial innehållande en summering av den lokala vårdkedjan, förväntade insatser utifrån handlingsprogrammet, beskrivningar av implementeringen av handlingsprogrammet på mottagningen, mottagningens arbetssätt och resultatet av journalgranskningen samt utvecklingsförslag för enheten.

Materialet har sedan sammanställts på en övergripande nivå för att åskådliggöra vården i länet av vuxna och barn med övervikt eller fetma. Slutsatser har dragits och utvecklingsförslag har lämnats för olika parter. Den använda metoden beskrivs närmare i bilaga 1.

### 1.2.4 Läsanvisning

Materialet är omfattande, men för att underlätta för läsaren inleds rapporten med att vårdprogrammet beskrivs som en del i SLL:s verksamhetsstyrning i avsnittet ”utgångspunkterna för beställarrevisjonen”.

Därefter presenteras resultatet av beställarrevisjonen. Rapporten ger en översiktlig beskrivning av nuläget avseende implementeringen av handlingsprogrammet. Den avslutas med slutsatser och utvecklingsförslag.

Den använda metoden beskrivs i bilagan. Där finns även råd från Socialstyrelsen avseende kvalitet i vården och tabeller med jämförelser av arbetssättet mellan mottagningarna m m.

## 2 UTGÅNGSPUNKTER

Följande utgångspunkter för beställarrevisjonen bör framhållas.

- Vårdprogram i SLL:s styrmodell
- Implementering av vårdprogram inom SLL
- Handlingsprogrammet för övervikt och fetma
- Andra styrdokument för vården av övervikt och fetma

Dessa beskrivs närmare i fyra särskilda avsnitt.

### 2.1 Vårdprogram i SLL:s styrmodell

I SLL:s styrmodell och uppföljningssystem har vårdprogrammen en central roll för att säkra vårdens innehåll och kvalitet. Styrningen sammanfattas grafiskt i figuren nedan.



Figur 1. SLL:s styrning av vårdens innehåll.

Politiska beslut är utgångspunkten för styrningen genom de mål som sätts för vården. Vårdprogrammen utgör en viktig utgångspunkt för målstyrningen. De beskriver det aktuella kunskapsläget för vården av den aktuella patientgruppen, rekommenderar vad som ska göras och vilken vård som bör ges. Tillämpningen av vårdprogrammen stöds av avtal och krav vid upphandling av vård. I avtalen finns inskrivet att beslutade vårdprogram ska följas och tillämpningen av dem följs upp med särskilda kvalitetsindikatorer, som speglar rekommendationer i vårdprogrammen.

Den målrelaterade ersättningen i SLL:s ersättningsmodell har i viss mån kopplats till uppföljningen av kvalitetsindikatorerna för att främja tillämpningen av vårdprogrammen. I dagsläget utgör den målrelaterade ersättningen

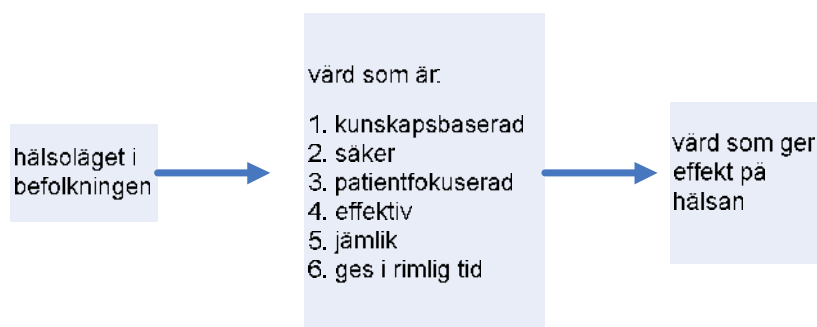
3 % av den totala ersättningen till verksamheterna, men en grundtanke med ersättningsmodellen har varit att den målrelaterade delen på sikt ska utökas.

Utvecklingen av de uppföljningsparametrar som används inom SLL har påbörjats, men de behöver vidareutvecklas för att styrsystemet ska fungera väl. Exempelvis måste verksamheterna enkelt kunna rapportera in uppgifterna regelbundet, uppgifterna bör vara tillförlitliga och uppföljningsmåten bör vara adekvata för vården av den aktuella patientgruppen.

Uppföljningsmodellen som har tagits fram inom Stockholms läns landsting för att säkra styrningen innehåller sedan år 2004 åtta olika perspektiv (se figuren på nästa sida). Utgångspunkten är hälsoläget i befolkningen. Utifrån detta följs vården upp på sex kvalitetsområden. Vården ska vara: kunskapsbaserad, säker för patienten, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

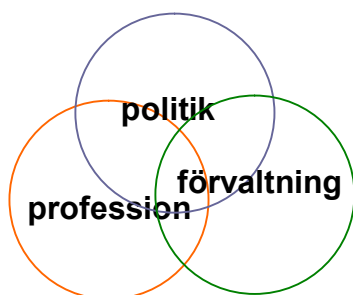
För varje kvalitetsområde har uppföljningsmått tagits fram. Skillnaden mellan olika typer av mått kan generellt beskrivas på följande sätt. *Resultatmått* visar effekter på hälsa och välbefinnande och är relevanta att använda för att spegla vårdresultat. Dessa mått kan relateras till uppsatta mål. *Strukturmått* däremot speglar förutsättningarna för god vård t.ex. utrustning och kompetens, medan *processmått* visar vad som görs i vården; när, var och hur. Processmått är lämpliga att använda för att spegla förändringar i arbetssätt.

Uppföljningsmodellen baseras på den definition av god vård som har tagits fram av Socialstyrelsen som en vägledning till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården (se bilaga 2).



Figur 2. Perspektiv i SLL:s uppföljningsmodell.

Sammantaget ska vården ge effekt på befolkningens hälsa. För att det ska bli möjligt måste en konstruktiv samverkan finnas mellan olika parter i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det gäller såväl mellan olika utförare i vårdkedjorna kring olika diagnosgrupper och mellan intressenter i styrprocessen.



Figur 3. Olika parter i styrprocessen

Som framgick av figur 1 har olika parter haft olika uppgifter i styrprocessen. Detta tydliggörs även i figur 3.

Vårdprogrammen har tagits fram av arbetsgrupper med sakkunniga på området inom *professionen*. Det har gjorts till största delen inom det medicinska programarbetet (MPA) på initiativ av medicinska rådet (MR) i samverkan med beställarna inom *förvaltningsorganisationen*. Att vårdprogrammen ska tillämpas inom hälso- och sjukvården i länet har sedan fastslagits av *politikerna* som även har satt målen för arbetet.

Implementeringen av vårdprogrammen är en avgörande fråga för att styrningen ska fungera på det sätt som avses, så att patienterna i möjligaste mån får en kunskapsbaserad likvärdig vård oavsett var i länet de bor som ger en positiv effekt på patientens hälsa.

Implementeringen av vårdprogram och utvecklingen av verksamhetsstyrningen har hittills skett på olika sätt beroende på berörda verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården.

## 2.2 Implementering av vårdprogram inom SLL

Inom Stockholms läns landsting (SLL) har en modell valts där regionala vårdprogram har tagits fram av särskilt utsedda experter på det aktuella området. Vårdprogrammen har sedan

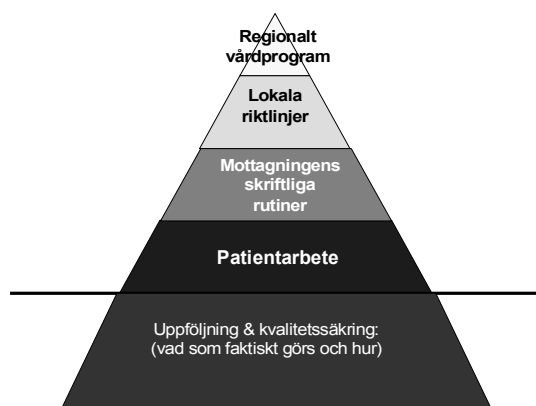
implementerats på olika nivåer i organisationen genom att de brutits ned till lokala riktlinjer och rutiner för att påverka patientarbetet på mottagningarna av enskilda behandlare.

Tillämpningen av vårdprogrammen har förstärkts via skullkrav i avtal mellan beställarna och

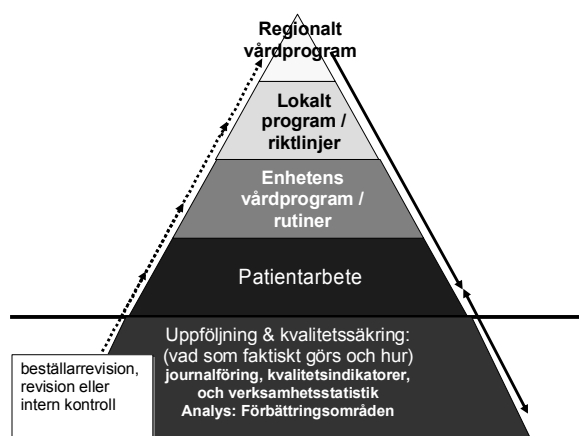
utförarna. Några utvalda kvalitetsindikatorer har sedan följts upp och delvis kopplats till en mindre målrelaterad del av ersättningen för verksamheten.

Verksamhetscheferna har i avtalet förbundit sig att tillämpa vårdprogrammet. För att leva upp till det i praktiken krävs en tydlig styrning av verksamheterna samt att medarbetarna anammat de förordade arbetssätten och upplever dem som ändamålsenliga. Det förutsätter en väl genomförd implementering av vårdprogrammen. Beställarrevisjonen bör ses som ett stöd för den fortsatta implementeringen av handlingsprogrammet. Implementeringsprocessen sammanfattas grafiskt i figur 4.

Pilen till höger i figur 5 visar att implementeringen av handlingsprogrammet idag går från toppen och nedåt. En pil i motsatt riktning har saknats, då erfarenheterna från patientarbetet inte ännu har återförts och bidragit till förbättringar av handlingsprogrammet. Pilen till vänster visar återföringen av beställarrevisjonen till olika nivåer inom organisationen, från den lokala mottagningen till landstinget centralt och politiker. Till mottagningarna har återföringen varit skriftlig via arbetsmaterialet och muntligt under ett seminarium.



**Figur 4.** Stegvis implementering och nedbrytning av regionala vårdprogram



**Figur 5.** Återföring av beställarrevisjonen

De regionala vårdprogrammen har som regel tagits fram inom det medicinska programarbetet (MPA). Handlingsprogrammet för övervikt och fetma är ett undantag, då arbetet med handlingsprogrammet har bedrivits utanför MPA i ett särskilt projekt.

### 2.3 Handlingsprogrammet för övervikt och fetma 2004

Handlingsprogrammet är en reviderad version av det program som utkom 2002.

Arbetet med att ta fram ”Handlingsprogrammet för övervikt och fetma 2004” var omfattande med drygt 40 personer som deltog i styrgrupp, arbetsutskott, var företrädare för patient- och handikapporganisationer, ansvariga specialister från olika sjukhus, representerade forskningsenheter och dåvarande Beställarkontoret Vård (BKV). Ett antal försöksverksamheter ingick i projektet under några års tid. Ansvar för implementering av handlingsprogrammet har BKV haft, medan Forum för kunskap och utveckling (FKU) har ansvarat för vårdprogrammet och samordning av uppföljning av uppsatta mål.

Då arbetet inte bedrevs inom det medicinska programarbetet finns vårdprogrammet inte bland andra vårdprogram på MPA:s hemsida. Det kan däremot läsas och laddas ner från SLL:s hemsida. Den finns också som en kort summering på den interna hemsidan för VISS (Vårdprogram i StorStockholm) som exempelvis läkarna i södra Stockholm använder för uppdatering av vilka riktlinjer som gäller vid behandling av olika patientgrupper.

Handlingsprogrammet fastställdes i politisk enighet i landstingsfullmäktige 2004. Visionen är att ”halvera andelen personer med fetma 2003-2013”.

Landstingets insatser prioriteras i följande ordning.

1. Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar
2. Behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplicerande sjukdomar
3. Behandlande insatser riktade mot barn och vuxna med fetma
4. Förebyggande insatser i form av kunskapsförmedling riktat mot vuxna med övervikt
5. Kunskapsförmedling i hälsofrämjande syfte riktat mot vuxna

Inriktningsmål och effektmått finns angivna i vårdprogrammet för tre olika prioriteringsgrupper avseende barn (prioritetsgrupp 1-3). Målen för de tre högst prioriterade grupperna har utgjort underlag för valet av kvalitetsindikatorerna för journalgranskning vid beställarrevisio- nen. Dessa mål presenteras nedan.

#### **Prioritetsgrupp 1.** Förebyggande arbete riktat mot barn och ungdomar.

*Inriktningsmål:*

- Alla i vården som möter barn och ungdomar ska identifiera riskgrupper för övervikt och fetma
- Åtgärder ska initieras enligt handlingsprogram.

*Effektmål:*

- 95 % av alla BVC journaler ska innehålla uppgifter om föräldrars längd och vikt år 2005.

#### **Prioritetsgrupp 2.** Behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn med komplicerande sjukdomar

*Inriktningsmål:*

- Överviktiga och feta med komplicerande sjukdomar som söker vård ska identifieras.
- Hejda viktutvecklingen hos personer med övervikt och fetma med komplicerande sjukdomar.

*Effektmål:*

- 95 % av all journaler gällande patienter med diabetes och hypertoni ska innehålla uppgift om vikt, längd och midjemått år 2006.

#### **Prioritetsgrupp 3.** Behandlande insatser riktade mot barn med fetma

*Inriktningsmål:*

- Alla med fetma (BMI > 30) som söker vård ska identifieras.
- Behandling ska erbjudas enligt vårdprogram.

*Effektmål:*

- 95% med journaler gällande patienter med BMI > 30 ska ha diagnosen registrerad som huvud- eller bidiagnos år 2007.
- 95 % av patienter med fetma ska uppleva sig värdigt bemötta i vården år 2008.



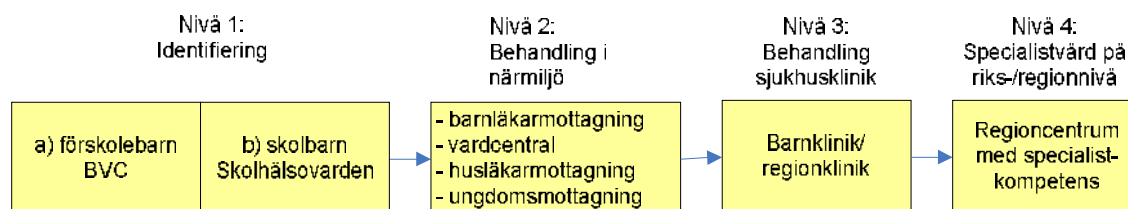
Det övergripande *inriktningsmålet* i handlingsprogrammet är att andelen personer med fetma (BMI över 30) ska halveras mellan år 2003 och 2013.

*Effektmål* för detta är att ökningen av andelen personer med fetma ska ha avstannat senast 2008. Andelen personer med fetma ska sedan successivt minska från år 2009 till år 2013. Andelen nyinsjuknade i diabetes typ 2 ska också successivt minska från 2009.

### 2.3.1 Insatser enligt handlingsprogrammet för barn och ungdomar

*Inriktningsmålet* är att alla i vården som möter barn och ungdomar ska 1) identifiera personer med risk för övervikt och fetma samt 2) initiera åtgärder enligt handlingsprogrammet.

I handlingsprogrammet för övervikt och fetma prioriteras det förebyggande arbetet med barn och ungdomar högst. Barn- och ungdomsmottagningarna har ett ansvar för behandlingen i närmiljön av överviktiga barn och ungdomar med och utan komplicerade sjukdomar.



Figur2. Vårdkedjan för barn med övervikt enligt handlingsprogrammet.

Identifieringen av barn och ungdomar med övervikt sker inom BVC och skolhälsovården, men även t ex på barnläkarmottagningar och vårdcentraler ska övervikt uppmärksammas bland patienter som har sökt vård av annan orsak. Övervikten ska sedan inkluderas i helhetsbedömningen av patientens hälsa och behandlingsinsatser initieras.

I handlingsprogrammet förordas t ex följande insatser som berör barn- och ungdomsverksamheten inom hälso- och sjukvården i SLL.

- Barnhälsovården ska under hela förskoleperioden stimulera och stödja föräldrarna att utveckla goda mat- och rörelsevanor. Särskilt fokus ska ägnas riskfamiljer.
- Patienter med övervikt och fetma ska identifieras på respektive sjukvårdsenhet. Vikt och längd samt för vuxna även bukomsfång ska registreras i patientjournalen vid alla relevanta besök. För barn noteras även föräldrarnas längd och vikt.
- I närsjukvården ska samverkan utvecklas mellan MVC, BVC, skolhälsovård, ungdomsmottagningar och andra aktörer som möter barn och ungdomar. Särskild uppmärksamhet ska riktas mot barn och ungdomar i åldern 6-12 år.
- Patienter med övervikt och fetma ska identifieras på respektive sjukvårdsenhet. Vikt och längd samt för vuxna även bukomsfång ska registreras i patientjournalen vid alla relevanta besök. För barn noteras även föräldrarnas längd och vikt.
- På varje sjukvårdsenhet ska finnas kompetens att göra basala utredningar och riskbedömningar samt ge individuell rådgivning, behandling och uppföljning för vidmakthållande.

- Inom närsjukvården ska patientutbildning och gruppbehandling erbjudas.
- Inom närsjukvården ska särskilda behandlingsenheter och kunskapscentra med inriktning mot livsstilsproblem stödja de lokala vårdgivarna.
- Kompetensutveckling inom prevention och behandling av övervikt och fetma ska vara ett fokusområde inom de verksamheter inom vården som möter barn och ungdomar.
- Överviktsfrågor ska prioriteras i kontakter mellan landsting och kommuner/stadsdelar. Landstinget ska ta initiativ till hälsofrämjande arbete inriktat mot övervikt.
- Personal inom relevanta sjukvårdsenheter ska erbjudas kunskap och kompetensutveckling kring över vikt och fetma, hälsorisker, utredning, behandling, stöd till livsstilsförändring och vidmakthållande.
- Sjukvården ska delta i att utveckla och utvärdera metoder för utredning, behandling och vidmakthållande.
- Landstinget ska ta initiativ till gemensam epidemiologisk uppföljning i samverkan med skolhälsovården i länets kommuner.

I handlingsprogrammet har bl a följande mål satts.

- **Alla i vården som möter barn och ungdomar ska identifiera riskgrupper för övervikt och fetma.** 95 % av alla BVC journaler ska innehålla uppgifter om föräldrars längd och vikt år 2005. Ska följas upp vid årlig avtalsuppföljning.

- **Överviktiga patienter med komplicerade sjukdomar som söker vård ska identifieras.** 95 % av alla journalerna för patienter med diabetes och hypertoni ska innehålla uppgifter om vikt, längd och midjemått år 2006. Uppföljning vid årlig avtalsuppföljning, sammanställs vart 3:e år.

- **Alla patienter med fetma som söker vård ska identifieras.** I 95 % av alla journaler för personer med BMI över 30 ska diagnosen fetma vara registrerad som huvud- eller bidiagnos år 2007. Uppföljning via stickprovs journalgranskning av olika verksamheter.

- **Andelen personer med fetma ska halveras mellan 2003 och 2013.** Ökning av andelen personer med fetma ska ha avstannat senast 2008. Uppföljning via mätning av vikt/längd på gravida, vikt/längd i årskurs 1,4 och 8, vid mönstring och via folkhälsoenkät.

- **Viktutvecklingen ska hejdas hos överviktiga med komplicerade sjukdomar.** Ökningen av medelBMI ska ha vänt år 2009. Uppföljning årligen via diabetesregistret.

## 2.4 Andra styrdokument för vården av övervikt och fetma

I hälso- och sjukvårdslagen anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

### 2.4.1 Budget 2007

I landstingets budget för 2007 angavs följande kring förebyggande hälsovård.

- Det förebyggande arbetet av de stora folksjukdomarna som stroke, hjärt-/kärlsjukdomar, astma-/allergi, diabetes, övervikt och psykisk ohälsa stärks.
- Men även ökade insatser för att förbättra vården för patienter som redan insjuknat. Det individrelaterade hälsoarbetet inom närsjukvården ses som viktigt. Läkares initiativ att skriva ”hälsorecept” på motion är därför positivt.

- Samverkan med kommuner/stadsdelar och andra aktörer utvecklas för att gemensamt åstadkomma förbättringar kring livsstilsfrågor med prioritering av övervikt hos barn och ungdomar, missbruk och psykisk ohälsa.
- Samverkan med andra aktörer i samhället som kan bidra till ett hälsosammare Stockholms län. Samverkan med kommuner utvecklas med prioritering av övervikt hos barn och ungdomar.
- Till överviktsprojekt för barn och ungdomar samt vuxna anslås 5 miljoner år 2007 och 10 miljoner år 2008.

## 2.4.2 Uppdragsavtal

Gemensamma beskrivningar och uppföljningsplaner för **uppdragen** till utförare på olika vårdnivåer har införts fortlöpande sedan 2005. BVC-mottagningarna är oftast integrerade i vårdcentralernas verksamhet. De är nära sammankopplade med husläkarmottagningarna via läkarna som arbetar i båda verksamheterna.

I **husläkarmottagningarnas** uppdragsavtal med beställarna fastslås följande:

“Vårdgivaren skall .....

- förmedla ett hälsofrämjande synsätt genom att informera, stödja och motivera patienten att ta eget ansvar för sin hälsa.
- arbeta för tidig upptäckt och förebyggande av livsstilsrelaterade ohälsoproblem och bedriva individ- och/eller gruppinriktat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.
- speciellt uppmärksamma de hälsofrämjande och förebyggande områden som anges av SLL. Prioriterade idag är övervikt och rökning.”
- följa för uppdraget tillämpliga nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer, regionala samt lokala vårdprogram och riktlinjer.
- i tillämpliga delar arbeta enligt vårdprogrammet i Handlingsprogram övervikt och fetma 2004. “

I avtalet hade beställarna således betonat betydelsen av att husläkarmottagningarna arbetar hälsofrämjande och uppmärksammade övervikt hos patienter.

Särskilda uppdragsavtal fanns avseende BVC. Sedan 2005 har en gemensam uppdragsbeskrivning använts för **BVC-verksamhet**. Där angavs att vårdgivaren skulle i tillämpliga delar arbeta enligt vårdprogrammet i Handlingsprogram övervikt och fetma 2004. När det gäller preventivt arbete efterfrågades en beskrivning av hur mottagningen arbetar med att identifiera barn som är i riskzon för övervikt och fetma.

Enligt uppdragsavtalet skulle **barn- och ungdomsmottagningarna** (BUMM/BLM) delta i SLL:s arbete med att utveckla strategier för det förebyggande arbetet avseende t ex övervikt och andra sjukdomar där förebyggande insatser kunde förhindra ohälsa och sjukdom. Verksamheten skulle också följa utvecklingen av ohälsan bland barn inom det geografiska området. Vidare fastslogs i den generella uppdragsbeskrivningen (bilaga 2a) bl a att ”vårdgivaren åtar sig att följa för uppdraget tillämpliga nationella vårdprogram och riktlinjer, regionala vårdprogram som Beställaren tar fram samt lokala vårdprogram”.

En beskrivning av remissflödet efterfrågades av beställarna under rubriken säker vård för **barnläkarmottagningarna eller BUMM**. Antal inkomna och utgående remisser, varifrån den kommer och till vem dessa är ställda ska redovisas. Uppgifterna kan användas till att visa

förändringar mellan åren och mellan vårdgivare. Mottagningens remissflödet framgick t ex av e-remissystemet i TakeCare, medan det beskrevs som svårare att få fram uppgifterna när andra datasystem användes.

I **sjukhusens** avtal med beställarna fastslås i den generella uppdragsbeskrivningen (bilaga 2a) bl a att ”Nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer och regionala vårdprogram ska tillämpas inom de områden där sådana finns”. Vårdgivaren skall också medverka i nationella kvalitetsregister enligt uppdragsbeskrivning för **akutsjukvården**. Inget särskilt avtal finns för specialistmottagningarna på barnsjukhusen. Generellt i avtal för **privata specialistläkare** anges i § 2 att ”Vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, med följsamhet till vårdprogram som finns inom specialiteten”.

### 2.4.3 Avtalsuppföljning

I den tredelade ersättningsmodell som tillämpades vid beställarrevisjonen bestod 3 % av den totala ersättningen av målrelaterad ersättning. Uppföljningen för att få målrelaterad ersättning utgick från perspektiven i SLL:s uppföljningsmodell (sidan 5).

En del av den målrelaterade ersättningen för **husläkarmottagningarna** utgick från att kvalitetsindikatorer inrapporterades till beställarna. Avseende kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård har husläkarmottagningen fått beskriva hur de systematiskt arbetar med livsstilsrelaterade faktorer som har betydelse för hälsan, exempelvis: rökning, övervikt/fetma, alkohol och fysisk aktivitet samt hur verksamheten säkerställer att vården bedrivs med utgångspunkt från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, regionala vårdprogram (MPA) och lokala vårdprogram. Hur uppgifterna har bedömts är oklart.

Avseende säker vård har mottagningens system för att få remissvar efterfrågats. Svaret har gett vårdgivaren ytterligare 5 % målrelaterad ersättning. I uppföljningsplanen framgår att ca 18,6 % av den målrelaterade ersättningen för BVC utgår om man redovisar ”hur stor andel av BHV-journalerna för nyfödda innehåller uppgifter om båda föräldrarnas längd och vikt”. En del av den målrelaterade ersättningen för **BUMM** utgår från att kvalitetsindikatorer inrapporterar. Avseende medicinsk kvalitet ska årligen t ex antal barn som tagits om hand enligt program för överviktsreduktion redovisas till beställarna samt beskrivning av remissflöde.

Vid uppföljning av de olika avtalen med de berörda sjukhusen efterfrågades avseende kunskapsbaserad vård i vissa uppföljningsbeskrivningar vilka regionala och lokala vårdprogram som tillämpas och i andra fastslogs att dessa skulle tillämpas. Dessutom efterfrågades vilka medicinska kvalitetsregister som sjukhusen rapporterar till och deras resultat i dessa register. Hur uppgifterna bedömdes är oklart för revisorerna.

Ett konkret kvalitetsmått som tillämpades avseende patientupplevd kvalitet var att för höftledsplastiker skulle resultatet av mätning av hälsorelaterad livskvalitet redovisas med hjälp av EQ-5D inklusive en beskrivning av vad sjukhuset gjorde med resultaten. Något liknande mått fanns inte för patientgrupper i riskzonen för övervikt eller annan ohälsa. Någon direkt beskrivning av remissflödet efterfrågades inte av beställarna i sjukhusavtalen eller i husläkaravtalen, som det gjordes i avtalen med barnläkarmottagningarna.

### 3 RESULTAT

Beställarrevisjonen har resulterat i en stor informationsmängd. Ett urval av vad som presenteras i rapporten har därför varit nödvändig att göra.

En summering har gjorts för varje mottagning i form av ett arbetsmaterial som har faktagranskats på berörd mottagning. Arbetsmaterialen har utgjort en del av underlaget till den resultatpresentation som görs i denna rapport. När resultatet har summerats och generella slutsatser dragits på övergripande nivå har dock även övrigt material som framkommit vid revisionen beaktats.

Resultatet redovisas i följande avsnitt.

- 3.1 Sammanfattning
- 3.2 Vårdkedjan för barn
- 3.3 Implementeringen
- 3.4 Arbetssätt på mottagningarna
- 3.5 Synpunkter på handlingsprogrammet
- 3.6 Journalgranskningen
- 3.7 Jämförelse med beställarrevisjonen för vuxna
- 3.8 Uppföljningar
- 3.7 Kvalitetsindikatorer

#### 3.1 Sammanfattning

Vid beställarrevisjonen framkom att handlingsprogrammet för övervikt och fetma i allmänhet inte har uppmärksamats i någon högre grad på mottagningarna inom hälso- och sjukvården i länet. Fler åtgärder har ändå vidtagits för att implementera handlingsprogrammet inom hälso- och sjukvården för barn, vilket har gjort att handlingsprogrammet är något mer implementerat än inom vården av vuxna patienter. Barnhälsovårdens engagemang och kraven i uppdragsbeskrivningarna på att barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) ska ha lokala behandlingsprogram samt redovisa antalet barn som deltar i dem varje år har gett viss effekt.

Lokala anpassningar av handlingsprogrammet eller skriftliga rutiner saknas dock på de flesta mottagningarna för t ex arbetet med att identifiera barn i riskzonen för fetma. Det innebär att den behandling barn med övervikt eller fetma erbjuds beror mer på den aktuella mottagningens arbetssätt än på det regionala vårdprogrammets rekommendationer.

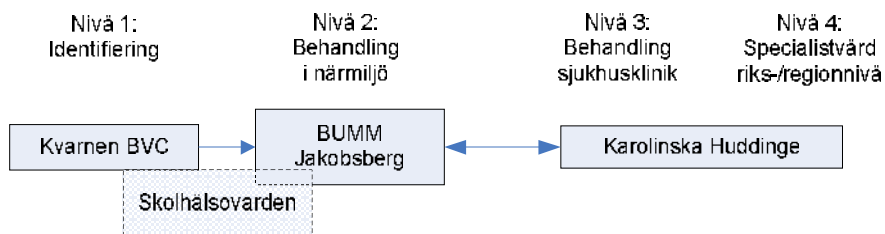
- Vårdkedjan för barn med övervikt eller fetma är otydlig och ansvarsfördelningen mellan nivåerna oklar. Vilka behandlingsalternativ som finns varierar beroende på var i länet patienten bor. Det är inte självklart vart en remiss skickas från varje mottagning.
- Implementeringen av handlingsprogrammet har bara påbörjats inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Programmet var helt okänt på sjukhusmottagningarna och för många läkare inom primärvården. Fler sköterskor kände till det och var intresserade av att arbeta med att ge stöd för livsstilsförändring.

- Arbets sättet på mottagningarna jämfört med handlingsprogrammet varierade inom länet och mellan mottagningarna, även inom samma geografiska område. En unik svarsprofil framträdde för varje mottagning.
- Uppgifter om patientens längd och aktuella vikt förs sällan in i journalen, men kan finnas noterat i labblistan.
- Uppföljningar av den egna verksamheten görs i begränsad omfattning och nästan enbart utifrån de uppgifter som efterfrågas av beställarna. Datasystemen ger dock bristande utdata. På flera mottagningar måste data fortfarande tas fram manuellt.
- Handlingsprogrammet uppfattas inte som ett styrdokument för vården av vuxna med övervikt eller fetma. Det behöver revideras för att få genomslag och t ex konkretiseras med förtydligande av vad varje vårdnivå ska göra.

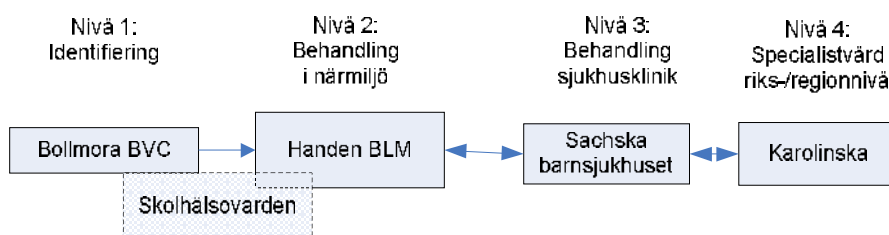
### 3.2 Vårdkedjan för barn

Vårdkedjan för barn med fetma i länet kan beskrivas med figurerna nedan.

#### Alternativ 1



#### Alternativ 2



Figur 6. Vårdkedjor för barn med övervikt eller fetma inom SLL

Två alternativa vårdkedjor är möjliga beroende på var i länet patienterna bor. Skillnaden finns på nivå 3, dvs om Sachska barnsjukhuset har fått en remiss på barnet eller om den har gått direkt till Rikscentrum för barnobesitas på Karolinska universitetssjukhuset.

Den tidiga identifieringen av barn i riskzonen sker på **BVC**-mottagningarna. BVC:s förebyggande uppdrag och frivilligheten för föräldrarna att komma kan göra det svårt att ta upp överviktsproblematik utan att riskera att kränka familjens integritet. Efter 5,5-6 års ålder överförs barnen till skolhälsovården.



Till barn- och ungdomsmedicinska mottagningen (**BUMM**) remitterar t ex BVC och skolhälsovården barn med kraftig övervikt för utredning och behandling. BUMM befinner sig på nivå 2 i vårdkedjan för övervikt hos barn och utgör den första behandlande nivån i vårdkedjan i närsjukvården. Till barnmottagningens åtagande hör att vara barnmedicinskt konsult till sjukvården i upptagningsområdet t ex till BVC-verksamheterna genom barnläkarmottagning varje vecka. BUMM kan remittera vidare barn med svår fetma eller komplicerande sjukdomar till specialistmottagningar för obesitas på barnsjukhusen; Rikscentrum för barnobesitas på Karolinska universitetssjukhuset eller endokrinologimottagningen på Sachska barnsjukhuset. För barn i riskgrupper som diabetes och hypertoni finns särskilda mottagningar på barnsjukhusen.

Rikscentrum har under de senaste åren utvecklats till ett regioncentrum med endast ett fåtal utomläns patienter varje år. Obesitas behandlas inte på Astrid Lindgrens sjukhuset, utan alla remisserna oberoende av var patienten bor skickas till Huddinge. Undantaget är remisser från barnläkarmottagningarna i Dalen, Handen, Nacka och Södermalm som skickas till Sachska barnsjukhuset. Det förekommer även att remisser skickas till Sachska från andra geografiska områden. De två sjukhusmottagningarna för barnobesitas ingår som specialmottagningar inom endokrinologiverksamheterna. I första hand görs fördjupade medicinska utredningar. Möjligheterna till specialiststöd för t ex beteendeförändring är ännu begränsad. Kunskapsstöd till BUMM från specialistmottagningarna ges idag via de utbildningsdagar som Rikscentrum genomför årligen, dessutom finns viss telefonkonsultationsmöjlighet för läkare i andra verksamheter.

Brister som har påtalats är långa väntetider till obesitasmottagningarna, höga remisskrav och att effektiva behandlingsmetoder saknas, vilket har lett till att remisser kommer tillbaks, relativt få remisser skickas från barnläkarmottagningarna till sjukhusen och att resultaten av behandlingarna är okända. Få av de besökta mottagningar hade haft kontakt med Rikscentrum, trots att de önskar mer information om och kontakt med verksamheten.

Ett tydligt flöde för identifiering och behandling av barnobesitas finns inte ännu. Patienten kan remitteras till olika mottagningar beroende på sökorsak och utan att behandlas för sin fetma. Vart personer ska remitteras eller vem som har ansvar för vad i vårdkedjan har i praktiken varit otydligt. Enligt handlingsprogrammet skulle följande ansvarsfördelning gälla för vården av patienter med övervikt eller fetma.

*Identifiering* av patienter med övervikt kan ske på BVC, skolhälsovården, primärvården eller andra mottagningar, då barnet får vård av annan orsak. Antingen söker barnet eller föräldrarna vård särskilt för övervikt eller så bör barnet och föräldrarna uppmärksammas på övervikten och risken för ohälsa av vårdpersonalen. Detta gäller särskilt patienter med t ex diabetes eller hjärt-/kärlsjukdom. Enligt vårdprogrammet har samtliga inom hälso- och sjukvården ett ansvar att identifiera och erbjuda behandling för fetma.

*Behandling* ska i första hand erbjudas inom närsjukvården på vårdnivå två; BUMM. I handlingsprogrammet föreslogs att vårdnivå två skulle stödja vårdnivå ett, erbjuda behandling från multiprofessionella specialteam, arbeta med kunskaps- och metodutveckling kring stöd till livsstilsförändringar och vidmakthållande i ett närsjukvårdsperspektiv.

Kraven på identifiering och behandling av fetma utgör inte någon motsättning till den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen för hälso- och sjukvården, där livshotande akuta sjukdomar ska behandlas först. Patienter med övervikt eller fetma finns i alla prioriteringsgrupper.

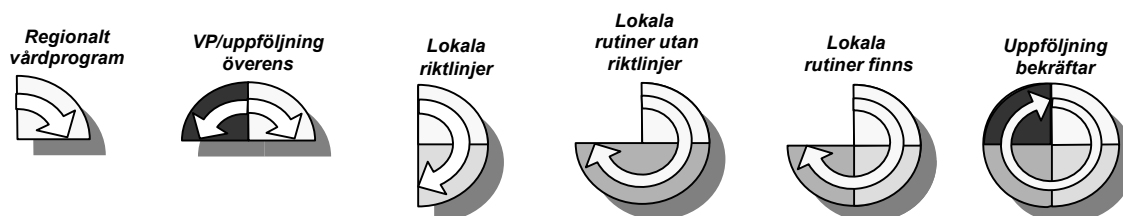


### 3.3 Implementeringen

#### 3.3.1 Nuläge och genomförande

*Beskrivning av hur långt verksamheterna har kommit med implementeringen*

Sex alternativa symboler används för att beskriva hur långt en mottagning har kommit med implementeringen av vårdprogrammet. De är följande.



Figur 7. Symboler som beskriver nuläget för implementeringen av vårdprogrammet på mottagningarna

En summering görs för mottagningen genom den valda figuren. Texten ovanför varje figur beskriver dess innebörd. När cirkeln (figur nr fem från vänster) är sluten har det grundläggande arbetet med implementeringen genomförts och vårdprogrammets tillämpning har bekräftats vid journalgranskningen. Enheten arbetar då till stor del efter vårdprogrammet. Lokala riktlinjer finns inom sektorn för handlingsprogrammet, skriftliga rutiner har utarbetats på mottagningen, personalen har anpassat sitt arbetssätt och det bekräftas av journalgranskningen. Det innebär inte att implementeringen är avslutad, då kontinuerliga förbättringar av handlingsprogrammet och mottagningens arbetssätt ständigt bör göras.

Olika stadier i processen illustreras med fält i olika nyanser. Om resultatet vid journalgranskningen visat på mycket god överensstämmelse med vårdprogrammet, fastän en strukturerad implementering av handlingsprogrammet inte har genomförts, används den sjätte figuren för att visa att överensstämmelsen ändå är mycket god.

symbol						totalt
BVC			14	3		17
BUMM/BLM			3	3		6
Barnsjukhus	1	1				2
summa	1	1	17	6	0	25

Tabell 1. Antal mottagningar i olika faser vid implementeringen av vårdprogrammet.

En sammanställning av symbolerna för implementeringen av vårdprogrammet på mottagningarna visar att för BVC finns lokala riktlinjer genom Barnhälsovårdens metodbok där en summering finns av det som avser barn i vårdprogrammet, men bara tre av BVC-mottagningen har utarbetat egna skriftliga rutiner för arbetet med övervikt och fetma. Genom beställarnas kravet på redovisning av lokala behandlingsprogram för överviktiga barn fanns någon form av lokala riktlinjer för alla BUMM, men på tre av dem fanns dessutom skriftliga rutiner i någon form för arbetet. Resultatet kan tyckas vara relativt bra, men det visar bara att dokument som stöd för implementeringen finns i någon form för de två första nivåerna i vårdkedjan. Inom specialistvården på nivå 3 och 4 saknades dock skriftliga riktlinjer för överviktsarbetet.

*Beskrivning av hur implementeringen har genomförts*



Två alternativa figurer har använts för att beskriva hur implementeringen av handlingsprogrammet har genomförts på en mottagning.



Figur 8. Hur implementeringen har genomförts.

Triangelns riktning visar det regionala vårdprogrammet förankring i personalgruppen. Om triangeln står på sin spets har det regionala vårdprogrammet inte ännu omvandlats till ett gemensamt arbetssätt för enheten. Om däremot triangeln har en bred bas är förankringen av arbetssättet som föreslås i vårdprogrammet god i personalgruppen och anses vara självklart på enheten.

Även om implementeringen av det regionala handlingsprogrammet har börjat från toppen och triangeln först står på sin spets, så finns en punkt då implementeringen har kommit så långt att triangeln byter riktning. Det visar att personalen tagit till sig innehållet i vårdprogrammet, aktivt deltagit vid anpassning av mottagningens rutiner efter vårdprogrammet och ändrat sitt arbetssätt till de nya rutinerna. Handlingsprogrammet används således som ett stöd för det praktiska arbetet på mottagningen.

symbol			totalt
BVC	17		17
BUMM/BLM	3	3	6
Barnsjukhus	2		2
summa	22	3	25

Tabell 2. Mottagningar där vårdprogrammet är väl förankrad i personalgruppen.

Tabellen visar att skillnader finns mellan mottagningarna avseende hur implementeringsarbetet har genomförts. På tre av 25 mottagningar var arbetssättet utifrån vårdprogrammet så väl förankrat i hela personalgruppen att det hade införlivats i mottagningens rutiner och ansågs som självklart.

I bilaga 5 finns en sammanställning med hjälp av symbolerna av hur långt de granskade mottagningarna har kommit med implementeringen och hur genomförandet har skett. Tabellen visar vilka mottagningar som har hunnit längre än övriga med implementeringen av vårdprogrammet. De presenteras som goda exempel i ett särskilt avsnitt.

**3.3.2 Några goda exempel**

Inom sektorerna finns goda exempel av olika slag. I det här avsnittet har vi valt att presentera några mottagningar som har kommit längre än övriga med implementeringen av det aktuella vårdprogrammet. De är följande.

**Exempel på BVC-mottagningar**

*Kvarnen BVC - norr*

Kvarnen BVC har på ett medvetet sätt arbetat med att utveckla information om kost och rörelse till föräldrarna. Ett särskilt utbildningstillfälle för personalen har genomförts med Dietistgruppen nordväst. Utifrån handlingsprogram och ”Tjorven-utbildningen” har Kvarnen BVC

definierat och kommit överens om ett lokalt arbetssätt (lokala riktlinjer). Samverkan med vårdgrannarna är väl utvecklad och uppges fungera väl.

#### *Tensta-Hjulsta BVC - Stockholm*

Enheten arbetar aktivt med att informera om kost. Pedagogiska hjälpmedel i form av böcker, broschyrer kostvideo används i verksamheten och erbjuds föräldrarna. På enheten finns även en sk sockerutställning. Vid varje besök tas frågan om kostvanor upp med föräldrarna. Samarbete med dietist har startats. Personalen på enheten har tillgång till handledning av psykolog. Personal har fått möjlighet till utbildning i samtalsmetodik. Teamkonferenser genomförs i Järva där även öppna förskolan medverkar. Vid dessa tas bl a frågor om övervikt upp.

#### *Nynäshamns BVC – söder*

Personalen på BVC i Nynäshamn gick Tjorvenutbildning hösten 2006. Därefter har arbetet systematiserats, då man januari 2007 började fråga om föräldrarnas vikt. I februari 2007 startade ett samverkansprojekt på initiativ av folkhälsoplaneraren med målsättningen att halvera antalet överviktiga barn i Nynäshamn. Folkhälsoplaneraren hade förberett det gemensamma arbetet bl a med summeringar av handlingsprogrammet i ett schema och en lathund. Utvecklingen av rutinerna på BVC har därefter börjat diskuteras. Projektet syftar till att via information medvetandegöra föräldrar om kosten och motionens betydelse, men också att utveckla föräldranätverk för familjer med överviktiga barn samt förbättra samarbetet och rutinerna i vårdkedjan tillsammans med primärvården, Handens BLM och skolhälsovården. Projektet pågår till och med 2008.

#### *Handen BVC - söder*

Vid sidan om den introduktion till handlingsprogrammet som genomförts av Barnhälsovården har mottagningen på egen hand arbetat lokalt med att ta till sig vårdprogrammet och påbörjat ett arbete med att utveckla lokala rutiner. Det framkommer i beställarrevisjonen att det på mottagningen finns ett stort engagemang kring övervikts- och livsstilsfrågor.

### **Exempel på Barnläkarmottagningar eller BUMM.**

#### *Åkersberga BUMM - norr*

Ett lokalt vårdprogram har tagits fram på enheten kallad ”Viktkampen”. Enheten har också startat en särskild överviktsmottagning. Övervikt hanteras som ett prioriterat område och vården av övervikt har diskuterats gemensamt på planeringsdagar. Läkare och sjuksköterskor har deltagit i barnhälsovårdens utbildning ”Tjorven” och personal har även fått utbildning på Rikscentrum.

Individuell överviktsbehandling ges till patienterna. Gruppbehandlingar och patientutbildning erbjuds inte. Mottagningen bedömer att de behöver stöd av beteendevetarkompetens för att kunna utveckla och erbjuda gruppbehandlingar. Förutom utredning erbjuder mottagningen även stödjande samtal, dietistkonsultation m m.

Ett projekt drivs av Österåkers kommun som riktat till överviktiga barn. BUMM deltar i den samverkan som förekommer inom ramen för projektet. Stöd till BVC och skolhälsovården ges när frågeställningen aktualiseras.

Journalgranskningen visade att arbetssättet på mottagningen i stort följer förslagen i handlingsprogrammet. Uppgifter om isoBMI förs in och även uppgifter om föräldrarnas längd och vikt för de barn/ungdomar som besöker överviktsmottagningen.

#### *Liljeholmens BUMM – Stockholm*

Mottagningen tog 2006 fram ett lokalt vårdprogram samt skriftliga rutiner för arbetet med överviktiga barn, men även checklista för utförandet och formulär för självskattning finns. Behandlingen av övervikt som ges individuell till patienter. Gruppbehandlingar och patientutbildning kan inte erbjudas. Ett eget system för förskrivning av fysisk aktivitet på recept används. Ett särskilt överviktsteam finns på mottagningen med sköterska och läkare som har obesitas som specialområde. De har gått Rikscentrums utbildning. Stöd till skolhälsovården erbjuds och områdesträffar har startats upp kring obesitas. Patienterna registreras i barnobesitasregistret (BORIS).

#### *Handens BLM – söder*

Överviktsmottagning har funnits på BLM i Handen sedan början av 2000-talet. Tidigare mer som en sköterskemottagning. Vid det utvecklingsarbete som har bedrivits på mottagningen under åren 2005-2006 har uppdraget kontra arbetssättet granskats i arbetsgruppen, vilket har lett till att olika förbättringsåtgärder har vidtagits.

Mottagningen tog 2006 fram ett lokalt vårdprogram och skriftliga rutiner för arbetet med överviktiga barn, men även checklista för utförandet och formulär för självskattning m m. Utgångspunkt var handlingsprogrammet kompletterad med andra källor.

Överviktsbehandlingen erbjuds i olika former. Gruppbehandlingar erbjuds, men inte patientutbildning. Ett särskilt överviktsteam finns inte på mottagningen. Behov finns av paramedicinärer på plats. Stödet till skolhälsovården är inbyggt i det egna överviktsprogrammet.

### **3.3.3 Strategier, framgångsfaktorer och hinder**

*Informationen om handlingsprogrammet har varit begränsad inom sjukvårdsorganisationen, men Barnhälsovården har utbildat BVC-personal på området och inkluderat en summering av vårdprogrammet i sin metodbok. Uppdragsavtalet har gjort Barnläkarmottagningarna uppmärksamma på att ett lokalt behandlingsprogram för överviktiga barn krävs. Att handlingsprogrammet inte har ingått i det medicinska programarbetet får betraktas som ett misstag, då programmet härigenom är relativt okänt inom läkarprofessionen.*

#### *Strategier*

Implementeringen av vårdprogrammet återstår att genomföra på de flesta mottagningarna. När handlingsprogrammet introducerades 2004 anordnades ett informationsmöte centralt på landstinget. Handlingsprogrammet skickades samtidigt ut till vårdenheterna.

En organisation för genomförandet av handlingsprogrammet bildades 2004 bestående av en arbetsgrupp med representanter från centrum för folkhälsa (CFF) och Beställare Vård (BV). Arbetet har letts av en samordningsansvarig. De åtgärder som initierades under 2004-2006 redovisades i en årsrapport från juni 2006. Insatserna som genomfördes var t ex följande.

- Överenskommelser tecknades med *tre specialistmottagningar*; för barn med Karolinska sjukhusets Rikscentrum för barnobesitas och för vuxna med överviktsmottagningarna i Norrtull och på Danderyds sjukhus. Överenskommelse med Rikscentrum tecknades också om särskild utbildning för barnhälsovården och skolhälsovården. Tre workshops för kommunerna och stadsdelarna i länet anordnades också 2005.
- *Kurser* har tagits fram som ett stöd för vårdgivarna. De har presenterats i en årlig kurskatalog. Barnhälsovården och Rikscentrum har exempelvis engagerats för utbildningsinsatser. Deltagande i kurserna har varje mottagning bekostat. Det har varierat i vilken utsträckning som anställda på mottagningarna har uppmärksammat och deltagit i kurserna. Vid utbildningar har handlingsprogrammet och BMI-tabeller utdelats. I övrigt har inget särskilt pedagogiskt *material* tagits fram för arbetet på mottagningarna. Föreläsningar på området samt material som BMI-snurren och måttband har läkemedelsföretag tillhandahållit för mottagningarna.
- Projekt har finansierats av landstinget inom verksamheter på olika håll i länet. På primärvårdsmottagningar och i samverkan med kommunerna i särskilt drabbade områden som t ex Rinkeby och Tensta har olika överviktsprojekt bedrivits under kortare tid.
- En anpassning av uppdrags- och uppföljningsbeskrivningar påbörjades 2005.

Det kan konstateras att strategierna som har använts vid införandet av handlingsprogrammet har varit relativt begränsade i förhållande till de politiskt satta målen och den relativt stora satsning som har gjorts på införandet av handlingsprogrammet. De genomförda åtgärderna visar att fokus för implementeringsarbetet har varit vården av barn varit och tidig upptäckt via BVC av barn i riskzonen har prioriterats. Utveckling av behandlingsalternativ har också stimulerats via olika projekt som t ex stöd till Rikscentrums verksamhet samt krav och uppföljning av att barnläkarmottagningarna har tagit fram lokala program för behandling av barnfetma. Arbetet med identifiering av patienter med övervikt på alla mottagningar inom hälso- och sjukvården har dock inte poängterats på ett sådant sätt att det har blivit tydligt för vårdpersonalen inom verksamheterna.

Möjligheten att göra handlingsprogrammet känt inom professionen via det medicinska programarbetet (MPA) har inte nyttjats. Arbetet med handlingsprogrammet har i stället bedrivits utanför MPA och handlingsprogrammet har kunnat laddas ner från SLL:s hemsida. Det har gjort handlingsprogrammet mer känt för patienter än för personal. Anställda som har varit på utbildning känner till den politiska visionen i handlingsprogrammet, vilket tyder på att en strategi med stort inslag av fortbildning av personal är viktig för implementeringen.

Det finns mottagningar som har kommit längre än övriga inom samtliga sektorer. På dessa mottagningar har det ofta funnits eldsjälar som har initierat en intern utveckling av verksamheten på området. De presenteras som goda exempel i ett särskilt avsnitt.

### *Framgångsfaktorer och hinder*

Viktiga framgångsfaktorer för implementeringsarbete är att information om programmet måste spridas så att det blir känt på mottagningarna och inom de olika vårdprofessionerna att det finns och vad det innehåller. Detta har genomförts avseende barn till personal på BVC, undantaget läkarna. Sedan bör tillämpningen stödjas genom att pedagogiskt material finns att tillgå som underlättar medvetandegörandet av patienten om problemet och de hälsorisker som övervikt medför. Olika incitament bör kopplas till tillämpningen och regelbunden uppföljning av dessa bör genomföras. Ytterligare framgångsfaktorer som har framhållits vid intervjuerna

är stöd från ledningen att arbeta med folkhälsoarbete samt mandat att avsätta tid för arbetet med livsstilsförändring och övervikt.

#### **Exempel på framgångsfaktorer**

- Information om handlingsprogrammet till vårdgivarna
- Acceptans av innehållet i handlingsprogrammet hos professionerna
- Tydliga krav i avtal och vid uppföljning vad varje vårdnivå ska göra
- Centralt stöd för genomförandet t ex extra resurser och pedagogiskt material
- Regelbundna uppföljningar med öppen information om resultatet

#### **.....och hinder**

- Bristande information om handlingsprogrammet till vårdgivarna
- Bristande intresse för problematiken, speciellt bland läkarna
- Otydlig verksamhetsstyrning där delarna inte är väl integrerade t ex handlingsprogram, uppdrag/avtal, uppföljning av mål och avtal

Ett hinder som har tagits upp under intervjuerna är den prestationsbaserade ersättningen i ersättningsmodellen. Inom primärvården gör registreringen av besök det svårt att bedriva gruppverksamhet, då ersättningen för gruppmöten inte motsvarar den nedlagda arbetstiden. I sjukhusvården motverkar produktionstaket att andra patientbesök än akutvård prioriteras.

Ytterligare ett hinder är praxis inom vården att behandling ska ges enbart för orsaken till patientens besök och det fokus på diagnoser inom den egna specialiteten som finns inom sjukhusklinikerna. Socialstyrelsens riktlinjer för behandlingen av olika patientgrupper bekräftar detta.

Andra hinder som har nämnts är resursbrist, informationsbrist, tidsbrist, bristande evidens för rekommenderade behandlingar, bristande förankring i professionen för handlingsprogrammet, läkarnas bristande intresse att arbeta med problematiken, svårigheten att tala om övervikt med patienterna p g a risken för integritetskränkning, brister i uppföljning av beställarna, svårigheter att få fram uppgifter ur verksamhetssystemen m m.

Vad som är hälso- och sjukvårdens uppgift avseende vård av patienter med fetma och hur långt personalen kan gå utan att kränka den personliga integriteten har också tagits upp till diskussion under intervjuerna. Många vårdgivare ser svårigheter med att medvetandegöra föräldrar om barnets övervikt, då hela familjens livsstil därmed ifrågasätts. Fokus flyttas från barnet till familjen och föräldrarna kan uppfatta detta negativt.

### 3.4 Mottagningarnas arbetsätt

Totalt har 25 mottagningar för barn jämförts med hjälp av ett antal ja eller nej-frågor i en bred första screening av arbetsättet.

Hur mottagningarna arbetar med att identifiera och behandla övervikt eller fetma har jämförts med vad som rekommenderas i vårdprogrammet. Samma frågor har ställts på mottagningarna för att möjliggöra strukturerade jämförelser mellan mottagningar i olika länsdelar, samt mellan nivåerna i vårdkedjan och med mottagningarna i den parallella beställarrevisjonen för vuxna. Vilka frågorna som har använts som kvalitetsindikatorer framgår i diagrammet nedan.

Frågorna har definierats i förväg för att säkerställa tolkningen av svaren. Tre svarsalternativ har använts för kategorisering av svaren på varje fråga: ja= 1, delvis= 0,5 och nej=0. 18 frågor har bedömts och summerats för varje mottagning. Svaren är en sammantagen bedömning som utgår från det underlag som revisorerna har haft tillgång till.

För varje mottagning har en profil som speglar arbetsättet framkommit med hjälp av svaren. Spridningen bland mottagningarna på varje fråga och mellan frågorna för varje mottagning gör att en unik profil framträder för varje mottagning. Profilen ger en bild av vården som ges till patienter med övervikt eller fetma jämfört med handlingsprogrammet.

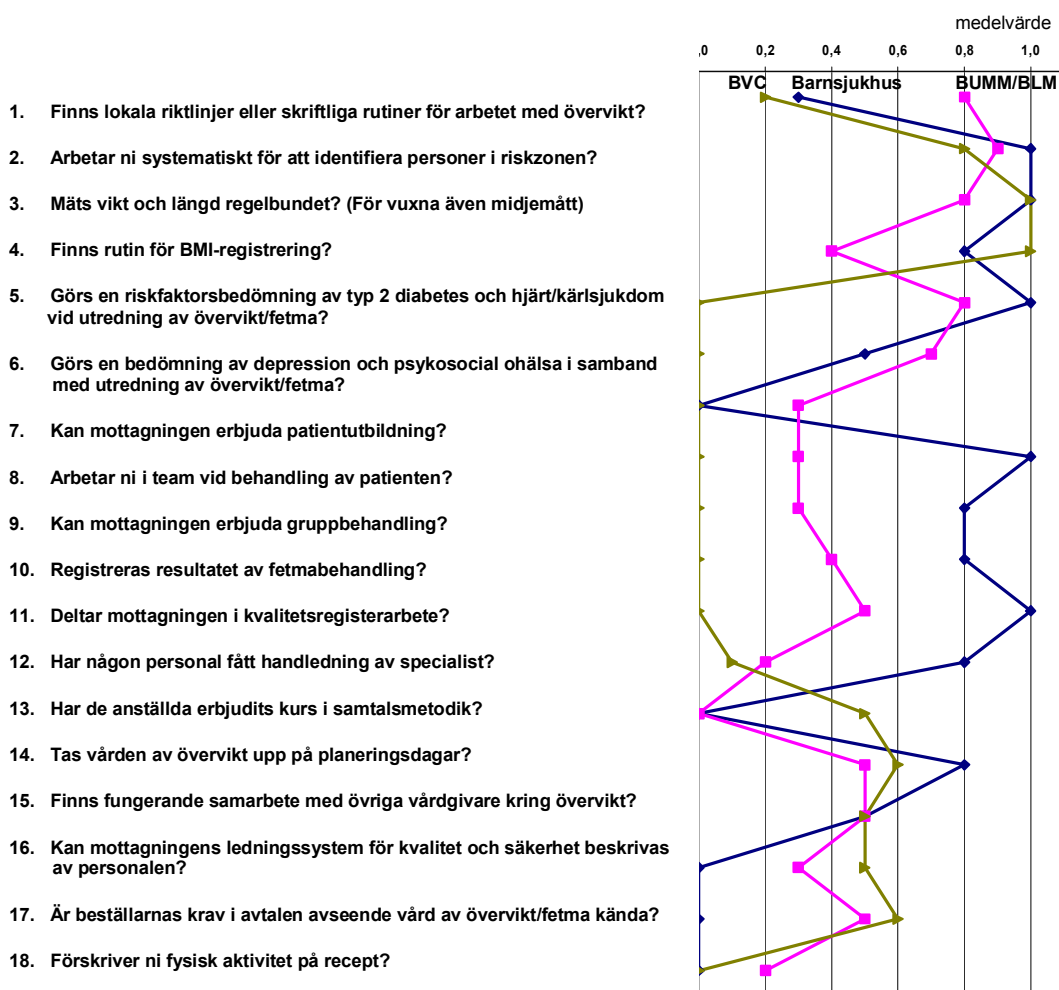


Diagram 1. Medelvärden för barnklinikkottagningarna, barnläkarmottagningarna (BLM/BUMM) och BVC-mottagningarna på frågorna om arbetsätt. (Fråga 5-11 samt 18 har inte ställts på BVC.)



Diagrammet visar likheter och skillnaden mellan vårdnivåerna i hur de arbetar med övervikt. Det bör dock noteras att medelvärdet på flera frågor var över 0,5. Värdet var högst på frågorna om systematiskt arbete för identifiering av patienter i riskzonen, regelbunden mätning av längd och vikt, BMI-registreringsrutin (i metodboken från BHV) och om vården av övervikt hade tagits upp på planeringsdagar.

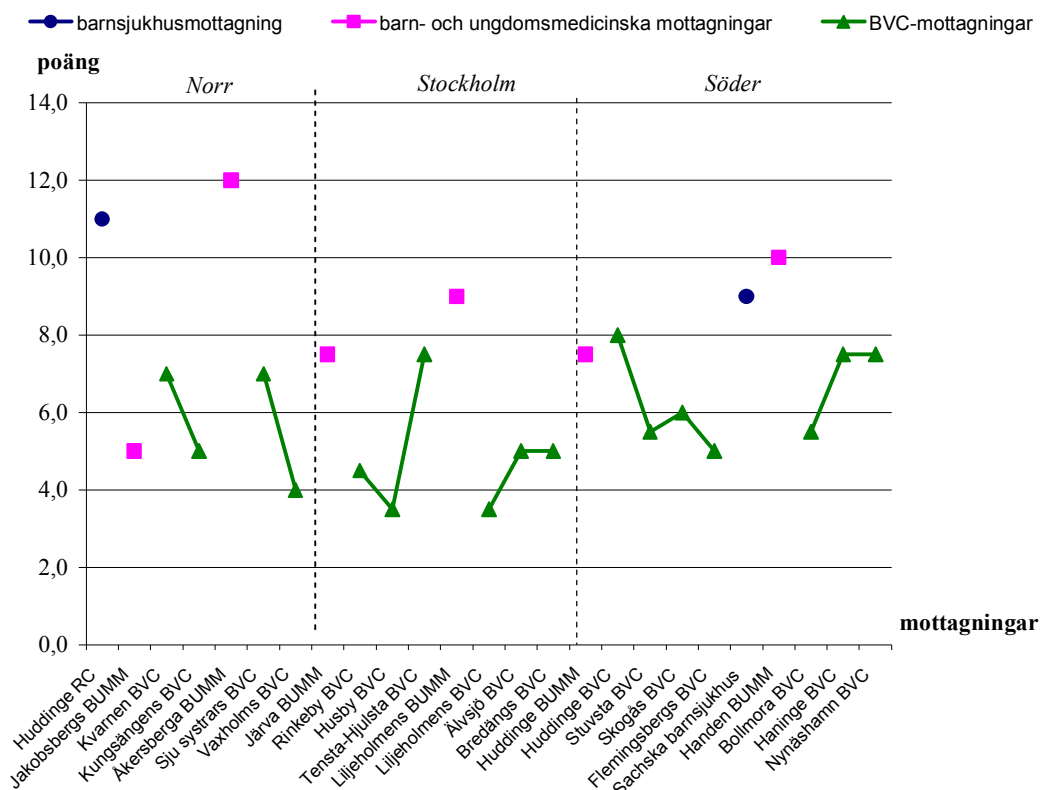
Patientutbildning, teamarbete kring patienten, gruppbehandling, registrering av behandlingsresultatet, handledning/konsultation av specialist, utbildning i samtalsmetodik och förskrivning av fysisk aktivitet på recept var frågor där resultatet för samtliga typer av mottagningar var låga. Få mottagningar motsvarade således förväntningarna på dessa områden.

Frågorna 5-11 samt 18 var inte relevanta för BVC-mottagningarna eftersom de inte ger behandling, utan verksamheten är frivillig och av förebyggande karaktär. Av övriga tio frågor hade BVC-mottagningarna ett medelvärde under 0,5 endast avseende lokala skriftliga riktlinjer eller rutiner samt avseende handledning/konsultation av specialist.

Barnläkarmottagningarna hade lägre värden på frågorna om rutin för BMI-registrering, patientutbildning, teamarbete, gruppbehandling, registrering av resultatet av överviktsbehandling, handledning/konsultation med specialist, utbildning i samtalsmetodik för personalen, personalens kännedom om mottagningens ledningssystem för kvalitet och säkerhet samt förskrivning av fysisk aktivitet på recept.

Sjukhusmottagningarna hade ett lågt medelvärde avseende lokala skriftliga riktlinjer eller rutiner, patientutbildning, utbildning i samtalsmetodik för personalen, kännedom bland personalen om mottagningens ledningssystem för kvalitet och säkerhet, kännedom om beställarnas krav i avtalen och förskrivning av fysisk aktivitet på recept.

I bilaga 6 jämförs svarsprofilerna mellan beställarrevisionen för barn och vuxna.



**Diagram 2.** Totalsumma för varje mottagning på frågorna om arbetssätt utifrån vårdprogrammet. (BVC-mottagningarna inom samma geografiska område är sammanlänkade med en linje.)

Maximalt kunde barnmedicinska mottagningar och barnsjukhusmottagningar få 18 poäng på frågorna. Den mottagning som fick flest poäng hade 12 och de mottagningar som fick lägst poäng drygt 3. Maximal totalsumma för BVC var tio poäng, åtta poäng mindre än för övriga mottagningar. Det kan noteras att ingen tydlig nivåskillnad finns mellan BVC och BUMM i diagrammet.

Diagrammet visar att spridningen var stor i länet, mellan mottagningar och inom olika vårdnivåer. Något enhetligt arbetssätt kring patienter med övervikt finns inte ännu inom SLL. Patienterna får olika vård beroende på var i länet de bor.

I bilaga 4 finns en tabell där svarsprofilen för varje mottagning framgår och på sidan 31 finns en tabell som visar medelvärdena för olika mottagningar.

### 3.5 Synpunkter på handlingsprogrammet

De regionala vårdprogrammen ska vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och utgöra ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet. De ska också vara ett underlag för dialog mellan beställarna och producenterna om den medicinska kvalitén i vården samt utgör grunden för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Syftet med de regionala vårdprogram är att de ska beskriva vad patienter, beställare och producenter i Stockholm menar med god vård för olika patientgrupper baserat på evidens, nytta, patientfokus och kostnadseffektivitet. De ska grundas på aktuell forskning och aktuell samsyn om sjukdomen. De ska innehålla slutsatser och rekommendationer till adekvata och effektiva vårdinsatser. Hela vårdkedjan ska belysas.

I de anvisningar i rapporten ”Samverkan kring vårdens utveckling, arbetssätt och rapportstruktur”<sup>1</sup> som antogs i augusti 2003 av Medicinska rådet avseende framtagningen av vårdprogram framgår att arbetet ska präglas av ett helhetsperspektiv och bred samsyn. Nyckelordet ska vara förankring. Alla som medverkar har ett ansvar för att förankra vårdprogrammet i de egna nätverken under arbetets gång. Förslag till struktur och innehåll i ett regionalt vårdprogram finns. I anvisningarna framkommer vidare att de rekommendationer som görs ska vara evidensbaserade så långt det är möjligt, men beprövad praxis får i form av uttalanden från etablerade experter fylla ut luckorna. Grunden för uttalandena ska dock tydligt framgå.

Det aktuella regionala handlingsprogrammet framtogs vid sidan av det medicinska programarbetet (MPA) under åren 2002-2004, men ovanstående generella anvisningar gäller även för detta vårdprogram.

#### 3.5.1 Om användbarheten

Handlingsprogrammet som styrdokument kan ifrågasättas, eftersom det i originalversion inte är känt bland vårdgivarna. I praktiken har det därför haft en indirekt betydelse för vården av barn med övervikt eller fetma.

---

<sup>1</sup> SLL, Beställare Vård, Medicinskt Program Arbete, ”Samverkan kring vårdens utveckling- arbetssätt och rapportstruktur”, Lindvall & Lagersten, 2003.

Helhetsgreppet i handlingsprogrammet är föredömligt med beställarplan, vårdprogram och avsnittet om samhällsinriktat folkhälsoarbete. Intentionen och ansatsen har varit god, men programmet bör av olika skäl vidareutvecklas för att fylla sitt syfte.

I inledning tydliggörs olika aktörers åtaganden för genomförandet. Det finns också ett politiskt beslut om genomförandet, en klar vision och konkreta målsättningar. De enskilda vårdgivarna har inte uppfattat hur beställarplanen berör dem, utan avsnittet har ofta hoppats över då varje vårdgivare har försökt hitta vad som gäller deras verksamhet. I sammanhanget kan den inledande sammanfattning därför också ses som en svaghet, då förväntningarna på respektive vårdnivå för barn respektive vuxna inte har lyfts fram.

Handlingsprogrammet upplevs som enkelt att tillgodogöra sig och innehållet är pedagogiskt framfört. Programmet upplevdes som för omfattande (140 sidor) och därför ändå svårt att ta till sig. Kortversionerna var hanterbara, men upplevdes inte ge tydliga direktiv för arbetet. Det finns en webbversion av handlingsprogrammet och en sammanfattning i BHV:s riktlinjer i den sk metodboken.

Trots att det i vårdprogrammet för barn finns beskrivet insatser för varje vårdnivå upplevde mottagningarna att det ändå saknades en tydlighet avseende vad varje vårdnivå i vårdkedjan ska göra. Den övergripande uppgiften att identifiera patienter med fetma för alla vårdgivare inom hälso- och sjukvården har t ex inte uppfattats. Innehållet har upplevts mer som bekräftande än vägledande mer med förslag på hur arbetet kan bedrivas än som direktiv för vården.

Direktivet om tillämpningen av handlingsprogrammet har inte gått fram till verksamheterna och flera mottagningar uppgav att de inte hade sett den före beställarrevisjonen. En återkommande fråga vid intervjuerna var ”Ska vi arbeta efter den?” Handlingsprogrammet uppgavs inte finnas t ex bland sjukhusklinikernas vårdprogram.

Då det saknades källhänvisningar till studier som styrker effekten av de metoder som föreslås upplevdes innehållet i vårdprogrammet inte vara evidensbaserat på samma sätt som andra vårdprogram. Vårdprogrammets status upplevdes som oklart, då det inte har ingått i det medicinska programarbetet.

Det systematiska arbetet i beställarplanen t ex avseende uppföljning av målen i handlingsprogrammet har i praktiken inte genomförts, vilket förtagit effekten av handlingsprogrammet.

### 3.5.2 Utvecklingsförslag

Med relativt små förändringar kan handlingsprogrammet förbättras. Exempelvis krävs ett förtydligande av vem som har ansvaret för genomförandet av åtgärderna för att nå målen i beställarplanen.

En sammanfattning av innehållet med ett flödesschema i inledningen av vårdprogramsdelen skulle också skapa större klarhet om vem som ska göra vad. Det skulle förenkla för vårdgivarna och vara en naturlig utgångspunkt för verksamhetsstyrningen.

Praktiska riktlinjer behöver tillföras som betonar den systematik som behöver finnas i verksamheten på mottagningarna för att identifikationen av patienter med övervikt ska bli framgångsrikt. Denna systematik borde anges och även formuleras i struktur- och processmål, som sedan kan följas upp med speciellt framtagna mått.

Behandlingsdelen behöver förtydligas och konkretiseras t ex genom en trappstegsmodell där man tydligt anger de åtgärder som bör riktas mot olika patientgrupper. De praktiska verktyg som finns bör också beskrivas samt vilka av dem som olika verksamheter bör använda.

De föreslagna förändringarna tydliggör för personalen på varje vårdnivå vad de ska göra för patienter med övervikt, vilket är vårdprogrammets syfte.

Uppföljningar har inte genomförts som planerat och metoderna för dem behöver förbättras. Kvalitetsmått för uppföljningarna bör också finnas angivna i vårdprogrammet. Det är viktigt att vårdprogrammet också är synkroniserade med kvalitetsregistren. Det underlättar nyttjandet av vårdprogrammet och utvecklingen av registren. Kvalitetsregistren utvecklas fortlöpande och en avstämning är därför viktig att göra regelbundet mellan de indikatorer som SLL följer upp utifrån avtalen och indikatorerna i kvalitetsregistren.

### 3.6 Journalgranskningen

*Den genomförda journalgranskningen visade att mycket arbete återstår innan vårdprogrammets tillämpning och måluppfyllelse kan bekräftas vid en journalgenomgång.*

Sammanlagt har journalgranskningen genomförts på 25 mottagningar på olika nivåer inom landstingets hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

	<b>barnsjukhus</b>	<b>närsjukvård</b>			
<i>länsdel</i>	Obesitasmottagningar	Barnläkarmottagningar	BVC	mottagningar i länsdelarna	antal journaler
norr		2	4	6	120
Stockholm	1	2	6	9	180
söder	1	2	7	10	200
totalt	2	6	17	25	500
därav aktiebolag			4	4	

**Tabell 3.** Antal länsdelar, mottagningar på respektive nivå samt journaler som har granskats.

Totalt har 500 journaler granskats. Antalet är för lågt för att säkra slutsatser ska kunna dras för enskilda mottagningar, men granskningen ger en generell indikation på nuläget och visar möjliga förbättringsområden. Vid journalgranskningen har kvalitetsindikatorer använts som anknyter till rekommendationerna i vårdprogrammet och de uppsatta målen. För barn har följande indikatorer använts.

<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Målvärde</b>	<b>Indikatorotyp</b>
Andel barn vars föräldrarnas vikt och längd angetts i BVC-journalen	95 %	Processmått
Andel barn med vikt och längd i journalen	100 %	Processmått
Andel barn där iso-BMI har noterats i journalen	100 %	Processmått
<i>Därav med iso-BMI över 30</i>		<i>Processmått (målmått)</i>
Andel patienter med iso-BMI över 30 där diagnosen fetma finns i journalen som huvud- eller bidiagnos	95 %	Processmått
Andel patienter med iso-BMI över 30 som har erbjudits behandling enligt vårdprogrammet	100 %	Processmått
Andel patienter med iso-BMI över 30 med lägre eller samma BMI som tidigare	50 %	Resultatmått

**Tabell 4.** Kvalitetsindikatorer vid journalgranskningen med önskat målvärde och typ av mått.

Svaren på frågor för att få fram indikatorerna har kodats vid journalgranskningen. Därefter har andelen svar beräknats som uppfyller kriterierna för indikatorerna. Mottagningarnas värden på varje kvalitetsindikatorer redovisas i tabellform i avsnittet. Observera att måttet andel patienter med BMI över 30 inte speglar frekvensen fetma i befolkningen, då antalet patienter som ingår i underlaget är mycket begränsat.

Sammantaget ger resultatet av journalgranskningen en indikation på hur väl handlingsprogrammet är implementerat och hur enskilda vårdgivare följer riktlinjerna. För mottagningarna inom en länsdel är spridningen intressant att studera och även jämföra med övriga länet.

De utvalda mottagningarnas resultat utgör exempel på hur det kan såg ut inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting år 2007.

### 3.6.1 Resultat

Kvalitetsindikatorerna visade att förbättringsområden finns för mottagningarna och att implementeringen av handlingsprogrammet behöver fortgå. Journalgranskningen visade att personalen på mottagningarna inte helt systematiskt och på ett uppföljningsbart sätt arbetar eller dokumenterar sitt arbete utifrån handlingsprogrammet.

Resultatet av journalgranskningen redovisas för olika nivåer av barnmottagningar inom hälso- och sjukvården.

#### *Barnsjukhusmottagningar*

fråga / mottagning	Medelvärde Barnsjukhus	Barnobesitas RC Huddinge	Sachska barnsjukhuset
A: andel med föräldruppgifter	63%	85%	40%
B: andel med aktuella mått	95%	100%	90%
C: andel med iso-BMI i journal	83%	95%	70%
<i>andel med iso-BMI över 30</i>		<i>85%</i>	<i>10%</i>
D: andel med iso-BMI 30 med diagnos fetma	75%	100%	50%
E: ...som har erbjudits behandling	75%	100%	50%
F: ...med lägre BMI än tidigare	34%	18%	50%
F: ...lägre eller samma BMI som tidigare	79%	59%	100%
Antal patienter med iso-BMI över 30 vid journalgranskningen	9,5	17	2

Tabell 5 Barnsjukhusmottagningarnas värden för varje kvalitetsindikator (andel i procent)

*10-85 % av patienterna på barnsjukhusmottagningarna hade ett iso-BMI över 30.*

I 95 % av journalerna på de specialistmottagningarna på barnsjukhusen fanns aktuella längd och viktmaat, i 83 % fanns uppgifter om isoBMI och i 63 % av journalerna fanns uppgifter om båda föräldrarnas längd och vikt.

## Barnmedicinmottagningar(BUMM)

fråga / mottagning	Medelvärde BUMM	Jakobsbergs BUMM	Lijeholens BUMM	Huddinge BUMM	Handens BUMM
A: andel med föräldrappgifter	3%	0%	5%	5%	0%
B: andel med aktuella mått	86%	95%	100%	100%	50%
C: andel med iso-BMI i journal	1%	0%	5%	0%	0%
andel med iso-BMI över 30	3%	0%	10%	0%	0%
D: andel med iso-BMI 30 med diagnos fetma	13%	0%	50%	0%	0%
E: ...som har erbjudits behandling	13%	0%	50%	0%	0%
F: ....med lägre BMI än tidigare	0%	0%	0%	0%	0%
F: ...lägre eller samma BMI som tidigare	0%	0%	0%	0%	0%
Antal patienter med iso-BMI över 30 vid journalgranskningen	0,5	0	2	0	0

Slumpmässigt urval

Tabell 6. Barn- och ungdoms medicinska mottagningars (BUMM) värden för varje kvalitetsindikator (andel i procent)

*Iso-BMI fanns bara i 1 % av journalerna på de barnmedicinska mottagningarna.*

Vid ett slumpmässigt urval av samtliga patienter, som har besökt läkare på mottagningarna det aktuella datumet i januari, framkom att 3 % av patienterna hade ett isoBMI över 30. Av dem hade 13 % fått diagnosen fetma och hade erbjudits behandling.

Aktuella längd och viktmått fanns för 86 % av patienterna, medan uppgifter om föräldrarnas längd och vikt endast fanns i 3 % av journalerna.

fråga / mottagning	Akerberga BUMM	Järva BUMM
A: andel med föräldrappgifter	55%	0%
B: andel med aktuella mått	100%	100%
C: andel med iso-BMI i journal	100%	40%
andel med iso-BMI över 30	100%	40%
D: andel med iso-BMI 30 med diagnos fetma	55%	100%
E: ...som har erbjudits behandling	60%	100%
F: ....med lägre BMI än tidigare	33%	38%
F: ...lägre eller samma BMI som tidigare	50%	50%
Antal patienter med iso-BMI över 30	20	8

Urval med fokus på överviktspatienter.

Tabell 7. Barn- och ungdoms medicinska mottagningars (BUMM) värden för varje kvalitetsindikator (andel i procent)

*Vid fokus på överviktspatienter hade alla patienterna med fetma isoBMI infört i journalen, medan isoBMI inte angetts för övriga patienter.*

Urval med fokus på överviktpatienter gjordes på två barnmedicinmottagningar. På Åkersberga BUMM var 13 journaler från deras särskilda överviktsmottagning, medan 8 av journalerna som granskades på Järva BUMM var överviktpatienter. De övriga granskade journalerna utgjorde ett slumpmässigt urval av mottagningens samtliga patienter.

Om diagnosen fetma hade satts systematiskt varierade mellan mottagningarna (55-100 %). Ungefär lika många hade erbjudits behandling. I 50 % av fallen var isoBMI-värdet detsamma eller lägre än tidigare. Behandlingen hade således gett viss effekt.

Andelen journaler varierade på motsatt sätt, avseende uppgifter om föräldrarnas längd och vikt (0-55 %). På den ena mottagningen infördes inte dessa uppgifter, medan det gjordes för patienter med diagnosticerad fetma på den andra mottagningen.

### BVC-mottagningar

	Medelvärde BVC	Bollnora BVC	Bredängs BVC	Flemingsbergs BVC	Händens BVC	Huddinge BVC	Husby BVC	Kvarnen BVC	Kungsängen BVC	Liljeholmens BVC	Mynäs hamns BVC	Rinkeby BVC	Sju systlar BVC	Skogås BVC	Stuvsta BVC	Tensta BVC	Vaxholm BVC	Åvsjö BVC
A: andel med föräldruppgifter	15%	10%	0%	20%	20%	5%	0%	50%	5%	0%	25%	0%	0%	35%	5%	35%	50%	35%
B: andel med aktuella mått	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
C: andel med iso-BMI i journal	3%	0%	0%	10%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	5%	0%	5%	0%	0%

Tabell 8. BVC-mottagningarnas värden för varje kvalitetsindikator (andel i procent)

På BVC-mottagningarna fanns längd och vikt införda i alla journalerna som förväntat, men isoBMI fanns endast i 3 % av journalerna. Till övervägande del används längd och viktcurvor för att bedöma barnets utveckling och isoBMI införs inte, trots de utbildningsinsatser som har genomförts. Detta kan t ex bero på brister i datajournalssystemen där isoBMI-curvor saknas, att lokala rutiner inte har ändrats eller att förändrade rutiner inte ännu framgår vid en journalgranskning om de har införts successivt och tillämpas på nyfödda.

Uppgifter om föräldrarnas längd och vikt fanns i 15 % av journalerna. Variationen var stor, mellan 0-50 %. 12 BVC-mottagningar hade personalen således bestämt att börja registrera uppgifterna, medan fem mottagningar inte gjorde det. Variationen i andel kan bero på när den nya rutinen införts, då den införts successivt från alla nyfödda finns inte uppgifterna i äldre barns journaler.

### 3.7 Jämförelse med beställarrevisionen för vuxna

Flödet för identifiering och vård av barn och ungdomar med fetma är tydligare än för vuxna, även om oklarheter finns avseende ansvarsfördelningen.

Implementeringen av handlingsprogrammet har hunnit längre avseende barn än för vuxna (se tabell bilaga 5). För vuxna har någon motsvarighet till Barnhälsovården och Rikscentrum inte engagerats för utbildning av personal eller implementering av handlingsprogrammet.

Någon liknande krav som för barnmedicinmottagningarna (BUMM) finns inte i uppdragsbeskrivningen för husläkarmottagningarna. De åläggs inte att ha ett lokalt program för överviktsbehandling och någon årlig uppföljning görs inte av antalet överviktpatienter som behandlas. De behöver inte heller beskriva sitt remissflöde.



	Medelvärde totalt	Barnsjukhus		BUMM	BVC	Barnmottagningar	Hjärtmottagningar	HLM	Mottagningar vuxna
antal mottagningar	48	2	6	17	25	5	18	23	
fråga / nivå		1-2	3	4	1-4	3	1-2	1-3	
1. Lokala riktlinjer eller skriftliga rutiner för övervikt	0,3	0,3	0,8	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	
2. Systematisk identifiering av personer i riskzonen	0,7	1,0	0,9	0,8	0,8	0,4	0,5	0,5	
3. Mätning av vikt och längd regelbundet? (vuxna även midjemätt)	0,7	1,0	0,8	1,0	1,0	0,5	0,4	0,5	
4. Rutin för BMI-registrering	0,6	0,8	0,4	1,0	0,8	0,0	0,3	0,2	
5. Riskfaktorsbedömning av typ 2 diabetes och hjärt/kärlsjukdom	0,5	1,0	0,8	0,0	0,3	0,8	0,7	0,8	
6. Bedömning av depression och psykosocial ohälsa	0,3	0,5	0,7	0,0	0,2	0,3	0,4	0,4	
7. Patientutbildning	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,7	0,3	0,5	
8. Teamarbete vid behandling	0,2	1,0	0,3	0,0	0,2	0,5	0,2	0,4	
9. Gruppbehandling	0,2	0,8	0,3	0,0	0,1	0,2	0,4	0,3	
10. Registrering av behandlingsresultat	0,2	0,8	0,4	0,0	0,2	0,3	0,3	0,3	
11. Med i nationellt kvalitetsregister	0,5	1,0	0,5	0,0	0,2	1,0	0,6	0,8	
12. Konsultation/handledning av specialist	0,1	0,8	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	
13. Kurs i samtalsmetodik	0,4	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	
14. Övervikt på planeringsdagar	0,4	0,8	0,5	0,6	0,6	0,1	0,2	0,2	
15. Fungerande samarbete	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	
16. Beskrivning av ledningssystem för kvalitet och säkerhet	0,3	0,0	0,3	0,5	0,4	0,5	0,3	0,4	
17. Krav i avtalen	0,4	0,0	0,5	0,6	0,5	0,0	0,3	0,2	
18. Fysisk aktivitet på recept?	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,5	0,3	
<b>Summa:</b>	<b>6,6</b>	<b>10,0</b>	<b>8,3</b>	<b>5,7</b>	<b>6,7</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>6,5</b>	

Tabell 9. Medelvärden för olika slags mottagningar på varje fråga.

När det gäller medelvärdet på frågorna om arbetssätt varierar resultatet mellan olika slags mottagningar för barn och vuxna på ett relativt likartat sätt. Profilerna för olika slags mottagningar är ganska lika för barn och vuxna, även om poängnivån är något högre för barnmottagningarna. Variationerna mellan vårdnivåerna är också större för barn. Jämförelsen haltar dock på grund av lägre maxpoäng för BVC, då fråga 5-11 samt 18 inte varit aktuella för dessa mottagningar. Sjukhusmottagningarna har lägre medelvärden på de flesta frågor jämfört med närsvårdens barnmedicinmottagningar och husläkarmottagningar.

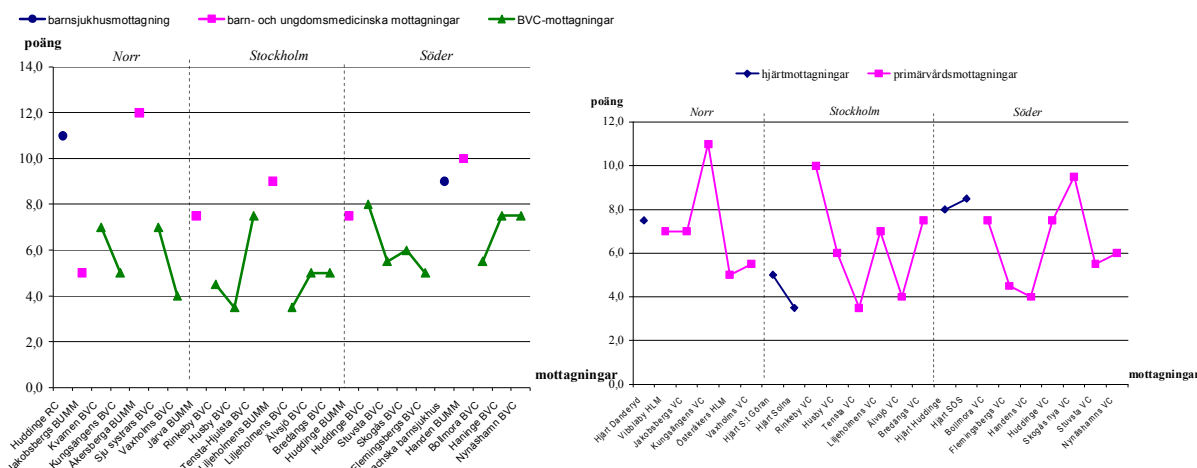


Diagram 3. Totalsumman för varje mottagning för barn och vuxna vid jämförelse av arbetssätt. (Maximal totalsumma är lägre för BVC, då fråga 5-11 samt 18 inte har ställts.)

Vid jämförelse av svarspoängen för enskilda mottagningar framkommer att spridningen är stor mellan mottagningarna och inom länsdelarna både bland barn och vuxna.

Variationen mellan husläkarmottagningarna är större än mellan BVC-mottagningarna, vilket är förväntat utifrån skillnaderna i maxpoäng. Variationen mellan de andra mottagningarna är intressantare att jämföra. Det kan då noteras att endast tre mottagningar för barn och tre mottagningar för vuxna har mer än 9 poäng, vilket är hälften av maxpoängen för övriga mottagningar.

fråga / mottagning	BVC	BUMM (4)	Barnsjukhus	fråga / mottagning	HLM	Hjärtmottagningar
A: andel med föräldrappgifter	15%	3%	63%	A: andel med aktuella mått	16%	7%
B: andel med aktuella mått	100%	86%	95%	B: andel med BMI i journal	32%	39%
C: andel med iso-BMI i journal	3%	1%	83%	C: andel med BMI över 30	17%	16%
andel med iso-BMI 30:		3%	48%			
D: .....med diagnos fetma		13%	75%	D: .....med diagnos fetma	42%	27%
E: ...som har erbjudits behandling		13%	75%	E: ...som har erbjudits behandling	64%	36%
F: ...med lägre BMI än tidigare		0%	34%	F: ...med lägre BMI än tidigare	16%	12%
F: ...lägre eller samma BMI som tidigare		0%	79%	F: lägre eller samma BMI som tidigare	28%	37%
Antal patienter med iso-BMI över 30 vid journalgranskningen		0,5	9,5	Antal patienter med BMI över 30 vid journalgranskningen	3,3	3,2

Tabell 10. Sammanställning av medelvärdet för varje kvalitetsindikator vid journalgranskningen för olika slags mottagningar (andel i procent)

Vid journalgranskningen var det relativt låga andelar av journalerna där något iso-BMI eller BMI-värde fanns registrerade på barnläkarmottagningarna, husläkarmottagningarna och hjärtmottagningarna. På specialistmottagningarna på de två barnsjukhusen fanns BMI nästan alltid angivet, vilket är vad som bör förväntas vid behandling av obesitas.

### 3.8 Uppföljningar

Gemensamma uppdragsmallar och uppföljningsplaner för de olika verksamheternas uppdrag inom hälso- och sjukvården i Stockholm fanns sedan två år. Avtalen hade dock inte tydligt utformats med hänsyn till innehållet i t ex handlingsprogrammet eller så att en tydlig vårdkedja framträdde. Kvalitetsindikatorerna som hade använts var mestadels av beskrivande karaktär. Uppföljningen av inriktningsmålen i handlingsprogrammet hade inte varit så systematiska som de beskrevs i handlingsprogrammet.

#### 3.8.1 Styrdokument i verksamheterna

Det skiljer sig något mellan vårdgivarna på vilken nivå styrdokument och verksamhetsbeskrivningar sammanställs samt vilka uppföljningar som görs.

Verksamhetsplaner och balanserade styrkort finns till stor del på övergripande nivå för barnsjukhusen och inte enbart för den berörda avdelningen. Verksamhetsplan och styrkort fanns

för barnmedicinmottagningarna beroende på enhetschef. Där BVC-mottagningarna var integrerad eller en del av vårdcentralen saknades specifika styrdokument för verksamheten. Uppföljningar av verksamhetsåret i form av verksamhetsberättelser saknades för de flesta enskilda mottagningar. Kvalitetssäkring och synpunkter på mottagningarnas vård framkommer via de patientenkätundersökningar som regelbundet genomförs inom SLL.

Inget särskilt avtal fanns t ex för obesitasverksamheten för barn på Karolinska universitetssjukhuset. För verksamheten skrevs inte heller någon särskild verksamhetsberättelse eller verksamhetsplan. Beställarna hade gett extra anslag för tillfällig utökning av delar av verksamheten. I förhållande till verksamheten upplevdes att fel nyckeltal används för uppföljning, dvs nybesök och antal aktiva patienter. Ett speciellt problem var att motivera patienterna till besöken, vilket gör att uppskattningsvis hälften av de planerade besöken inte genomfördes.

### **3.8.2 Ledningssystem för kvalitet och säkerhet**

Implementeringen av ledningssystemet för kvalitet och säkerhet (SOSFS 2005:12) var bristfällig på många mottagningar. Ledningssystemet behöver definieras på ett tydligare sätt utifrån föreskriften på de flesta mottagningarna.

Ett ledningssystem är ett system för att fastställa grundprinciperna för ledning av verksamheten, sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområdena/kraven samt följa upp och utvärdera dessa mål. Föreskriftens krav på ledningssystem innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Det bör framhållas att det finns goda exempel på detta område bland de granskade mottagningarna. Två sådana är Huddinge och Vaxholms vårdcentraler som har tagit fram användarvänliga och överskådliga ledningssystem.

### **3.8.3 Journal- och datasystem**

Journalsystemen skiljde sig mellan mottagningarna. Exempelvis användes Melior, TakeCare och ProfDoc samtidigt med pappersjournaler för tidigare patientkontakter. Därtill fanns olika system för kassa, tidbokning, remissflöde och balanserad verksamhetsstyrning (BVS) som komplement till journalsystemen.

Möjligheterna att få fram valida data ur systemen varierade. Informationen om patienter och vården som bedrivs på mottagningen blev lätt splittrad och svåröverskådlig, då systemen inte var integrerade. Andra problem med datajournalerna på mottagningarna var t ex byten av databas, olika versioner av dataprogrammen, olika mallar för förebyggande/öppen/sluten vård och ingen kronologisk integrering av anteckningarna. Användningen av datajournalerna som verktyg och stöd för den vård som ska gavs var begränsad.

Ett problem för uppföljningar var att mått som vikt och längd infördes i journalen utan att isoBMI-värdet åskådliggjordes i ett diagram. Pedagogiska isoBMI-diagram som kan göra föräldrarna och patienten medvetna om utvecklingen av övervikt saknades ofta vid granskningen, men det har senare åtgärdats på flera av barnmedicinmottagningarna. Ett annat problem var att samma program för att få fram verksamhetsstatistik inte användes på alla mottagningar. I vissa fall togs uppgifterna dessutom fram manuellt.

### 3.8.4 *Rutiner för uppföljning och kontroll*

De interna uppföljningar som gjordes på mottagningarna var till stor del baserad på beställarnas krav på vilka uppgifter som skulle lämnas av vårdgivarna. Verksamhetssystemen var ofta begränsade till att enbart ta fram dessa basuppgifter. Statistiken togs fram med olika program på olika vårdnivåer och geografiska områden. Manuella kompletteringar och kontroller av utdata gjordes på mottagningarna på grund av att tillförlitliga dataprogram delvis saknades. Egna mer djupgående analyser av statistiken gjordes i mycket begränsad omfattning.

Den interna kontrollen på mottagningarna har varit fokuserad på ekonomisk uppföljning samt besöksregistrering, då ersättningen till mottagningarna under 2007 till stor del baserades på antalet besök. Vid till exempel **akutsjukhusen** fanns i allmänhet en strävan efter att undvika överproduktion.

En del av den målrelaterade ersättningen för till exempel BUMM utgår från att kvalitetsindikatorer inrapporteras. Avseende medicinsk kvalitet ska till exempel antal barn som tagits om hand enligt program för överviktsreduktion årligen redovisas till beställarna och en beskrivning av remissflödet efterfrågas av beställarna under rubriken säker vård. Antal inkomna och utgående remisser, varifrån den kommer och till vem dessa är ställda ska redovisas. Dessa uppgifter rapporteras in via ansvariga för verksamheten.

### 3.8.5 *Annan statistik*

Uppgifter lämnas också från mottagningarna till barnhälsovården samt till nationella kvalitetsregister. Nationella kvalitetsregister finns för barn med obesitas, registret kallas för BORIS och administreras av Rikscentrum för barnobesitas på Karolinska universitetssjukhuset. Utdrag ur registret hade inte ännu börjat göras vid tiden för beställarrevisjonen.

Barnhälsovården har under 2006 screenat isoBMI hos 4-åringarna i länet. Barnhälsovården begärde, på uppdrag av beställaren, uppgifter om BMI (egentligen längd och vikt) på samtliga fyraåringar i länet. Respektive barnsköterska förde över uppgifter om längd och vikt till en excelkalkyl som räknade ut isoBMI. Uppgifterna skickades över till Barnhälsovården som sammanställde uppgifterna och sammanställningar publicerades i deras årsstatistik.

Som komplement till övrig statistik efterfrågades vid beställarrevisjonen statistiska verksamhetsuppgifter om till exempel antalet barn som har gjort minst ett läkarbesök under åren 2005-2006 och som haft isoBMI över 30 eller fått diagnosen fetma (E66-P). Dessa data var enligt uppgift oftast inte möjliga att få fram utan en stor arbetsinsats på grund av begränsningar i datasystemet.

Midjemått och BMI är sökord. För att få ut riktiga data förutsätts att uppgifterna har förts in i journalen. Vikt, längd och BMI kan dessutom dokumenteras på flera olika platser i journalen. Uppgifter utifrån person är inte möjligt att ta fram, men däremot besök. Det totala antalet nybesök och besök av patienter med diagnosen fetma, samt det totala antalet läkarbesök under ett år kan sammanställas i datasystemet.

Avsikten med den efterfrågade verksamhetsstatistiken var också att visa vilka uppgifter som idag kan tas fram på mottagningarna och således vilka uppföljningar som är möjliga att göra samt hur tillförlitliga uppgifterna är. Valida och jämförbara uppgifter från samtliga mottagningar kan idag inte tas fram för de aktuella patientgrupperna. En analys av verksamheternas statistik görs inte i rapporten, då det bör sammanställas i ett särskilt arbete.

## 3.9 Kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator är en ”mätbar variabel inom vården som används för att registrera viktiga aspekter av vårdkvalitet” (Nationalencyklopedin).

Kvalitet definieras i rapporten ”Samverkan kring vårdens utveckling- arbetssätt och rapportstruktur”<sup>2</sup>, som den värdering som görs av uppmätt resultat i relation till målet med insatsen. Utan mål kan inte mått för att mäta måluppfyllelsen tas fram och utan mått blir målen betydelselösa. Därför betonas vikten av att i vårdprogram beskriva målen med hälso- och sjukvårdens olika insatser för den aktuella målgruppen. ”Ett vårdprogram med systematisk uppföljning av följsamheten till programmet och resultaten innebär att det finns förutsättningar för utveckling av programmet. Omvänt är data om kliniska resultat och hälsoeffekter svåra att värdera och dra slutsatser av om inte behandlingsmetoder är kända och standardiserade.” Förslag på kvalitetsindikatorer för uppföljning av verksamhet och patientgrupp ska därför finnas i alla vårdprogram. I rapporten betonas betydelsen av kliniska utfallsmått, mått på hälsoeffekter samt processmått som ska kunna rapporteras till register eller vårddatabaser för uppföljning.

### 3.9.1 Frågor om arbetssätt

Frågorna som ställdes vid intervjuerna har använts som enkla kvalitetsindikatorer. Svaren registrerades systematiskt och de ger tillsammans en god bild av verksamheten. Frågorna kan besvaras med ja eller nej. Användandet av frågorna som indikatorer förutsätter att varje fråga diskuteras och dess svar definieras gemensamt med uppgiftslämnarna så att tolkningen är entydig. Frågorna får ses som kompletterande processmått som stödjer andra kvalitetsmått.

Vilka frågor som är möjliga processmått kan diskuteras, men möjliga frågor kan t ex vara om lokala riktlinjer eller skriftliga rutiner finns för arbetet med övervikt, om rutin för BMI-registrering finns på mottagningen, om resultatet av överviktsbehandling registreras i journalerna eller om mottagningen förskriver fysisk aktivitet på recept. Valet av processindikatorer bör avspegla implementeringsstrategin och kan stegvis förändras över åren.

Granskningen visade att förbättringsområden fanns på mottagningarna för samtliga indikatorer. Spridningen av svaren för varje fråga/kvalitetsmått gjorde att en specifik bild framträdde för varje mottagning utifrån det arbetssätt som tillämpades, vilket även framgick vid journalgranskningen. För mottagningarna inom varje länsdel är spridningen intressant att studera utifrån ett samverkans- och vårdkedjeperspektiv. Det framkom att arbetssättet kan utvecklas, bli mer systematiskt och enhetligt inom varje mottagning, men även att samordningen mellan mottagningarna inom vårdkedjan i varje länsdel kan förbättras. Det bästa resultatet fick mottagningarna avseende deltagande i nationella kvalitetsregister, vilket är det krav på mottagningarna som beställarna har framhållit.

### 3.9.2 Kvalitetsindikatorer vid journalgranskningen

De använda kvalitetsindikatorerna vid journalgranskningen speglade inriktningsmålen i handlingsprogrammet för de högst prioriterade målgrupperna. Sammantaget visade journalgranskningen svårigheterna med att göra uppföljningar av vården inom hälso- och sjukvården p g a

---

<sup>2</sup> SLL, Beställare Vård, Medicinskt Program Arbete, ”Samverkan kring vårdens utveckling- arbetssätt och rapportstruktur”, Lindvall & Lagersten, 2003.

de olika datasystem som används, men också nödvändigheten att följa upp tillämpningen av handlingsprogrammet.

Kvalitetsindikatorerna vid journalgranskningen fungerade tillfredsställande och visade utvecklingsområden på mottagningarna utifrån handlingsprogrammet.

Samtliga indikatorerna vid journalgranskningen kan användas som mått vid regelbunden uppföljning efter dialog med utförarna och förbättring av befintliga verksamhetssystem. En fördel är att handlingsprogrammet skulle knytas till den utförda vården.

### 3.9.3 Kvalitetsmått vid uppföljningar

De avtalsuppföljningar som gjordes 2006 av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning som är relevanta för tillämpningen av handlingsprogrammet för övervikt och fetma har varit mycket begränsade. Till största delen varit beskrivningar efterfrågats t ex av hur mottagningen systematiskt arbetar med livsstilsrelaterade frågor.

Det mest konkreta uppföljningsmålet för barn med övervikt var att BVC-mottagningarna har fått ange andelen BVC-journaler där uppgifter om föräldrarnas längd och vikt anges ska redovisas. Detta mått har dock diskuterats och från barnhälsovården har åsikten framförts att dessa uppgifter inte bör registreras av integritetsskäl.

En öppen redovisning av uppföljningen av målen i handlingsprogrammet saknas, trots att en årsrapport lämnades 2006 för genomförandet av handlingsprogrammet och tidpunkten för vissa målvärden redan har passerats. Redovisning av utgångsvärden och sedan regelbunden uppföljning av dessa för kunna följa utvecklingen är en grundförutsättning för att handlingsprogrammets ska ha styreffekt.

### 3.9.4 Utvecklingsförslag

Vid val av kvalitetsindikatorer är det viktigt att beakta olika aspekter och överväga nyttan med indikatorn väl. Det är också viktigt att beakta den vetenskapliga rimligheten eller validitet, men även hur väl indikatorn mäter vårdens kvalitet och att professionell konsensus finns om indikatorns roll samt i vad mån måttet återspeglar det som indikatorn sägs mäta. Indikatorn bör dessutom belysa ett angeläget område för förbättringar, där det är möjligt att påverka det som indikatorn mäter. I bilaga 3 summeras Socialstyrelsens rekommendationer avseende övergripande kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården.

De uppföljningar som hittills har gjorts av handlingsprogrammet har till största delen varit beskrivningar. Det vore dags att istället fokusera mer på resultatmått, dvs åtgärdernas effekter på patientens hälsa. Önskvärt vore därför att det i enlighet med handlingsprogrammet kan definieras någon form av resultatindikator (t ex isoBMI-värde) som sedan följs systematiskt från det att vårdåtagandet inleds, genomförs och avslutas. Dessutom behövs olika processindikatorer för att kunna följa upp hur vården genomförs och visar förändringar i arbetssätt.

En utmaning är att till effektmått kunna koppla relevanta mått som i sin tur kan förklara utfallet. Ytterligare en viktig aspekt är att begränsa antalet mått till de mest relevanta och att dessa samordnas med data som lämnas till andra intressenter. Även vid utvecklingen av kvalitetsregistren fokuseras mer på att få fram adekvata resultatmått.

Förslagsvis skulle en processindikator användas tillsammans med en effektindikator på varje vårdnivå utifrån handlingsprogrammet som t ex skillnaden mellan patientens isoBMI-värde vid nybesök kontra senaste besök. Det skulle medföra att BMI skulle användas som ett häl-



somått inom all hälso- och sjukvård på ett annat sätt än idag. Manualer för BMI skulle användas för att säkra att mätning görs på samma sätt. Vilket isoBMI mått som skulle användas behöver diskuteras med vårdgivarna och därefter specificeras, så att datajournalssystemen därefter kan anpassas till det överenskomna måttet. Diskussionen är viktig eftersom en utveckling pågår mot ett framtida införande av en variant av isoBMI kallad isoBMI (sds), där avvikelserna mot normalutvecklingen åskådliggörs tydligare.

Oavsett vilka framtida mått som kommer att användas vid avtalsuppföljning samt för att stödja och följa upp tillämpningen av vårdprogrammet är det viktigt att samordna utvecklingen med de nationella kvalitetsregistren, så att samma uppgifter används och registreringen underlättas för vårdgivarna. Dessutom behöver uppföljningar av målen i handlingsprogrammet genomföras regelbundet. Hur uppföljningen av dessa mål ska ske har angetts i handlingsprogrammet, men de föreslagna metoderna kan diskuteras.

## 4 DISKUSSION OCH UTVECKLINGSFÖRSLAG

*Beställarrevisjonen visar att implementeringen av handlingsprogrammet bara har påbörjats på mottagningarna inom hälso- och sjukvården för barn och ungdomar. Handlingsprogrammet har därför än så länge påverkat den vård som ges i mycket begränsad utsträckning.*

En sammanhängande välfungerande vårdkedja för omhändertagande av barn med överviktsproblem har inte ännu utvecklats i länet. Behandlingsalternativ saknas med t ex beteendevetenskaplig kompetens. Samarbetet mellan vårdgivarna och behandlingsmetoderna behöver vidareutvecklas, så att den vård av övervikt som olika mottagningarna inom hälso- och sjukvården kan erbjuda tydliggörs. Ska mottagningarna vara kunskapscentra med ett samordningsansvar för vården och/eller ska t ex gruppverksamhet och patientutbildning kring övervikt finnas på varje enhet?

Vården som erbjuds på mottagningarna stöds av handlingsprogrammet, men den ges idag i begränsad utsträckning. Någon systematisk identifiering av patienter med fetma bland samtliga patienter genomförs inte och många verksamheter har inte uppfattat att detta ingår i deras uppdrag, trots att det framhålls i handlingsprogrammet. Det är ett exempel som visar att handlingsprogrammet de facto inte är implementerat i verksamheterna.

Enligt handlingsprogrammet är det övergripande målet att andelen patienter med fetma ska halveras mellan åren 2003-2013. Det kan konstateras att strategierna som har använts vid införandet av handlingsprogrammet inte har stått i proportion till de höga mål som har satts och den stora satsning som gjordes vid framtagningen av handlingsprogrammet. Strukturerade uppföljningar av målen i handlingsprogrammet har hittills inte gjorts. Utgångsvärden från 2003 saknas för bedömning av utvecklingen t ex av antalet patienter med fetma. Dessutom behöver uppföljningen av avtalen via kvalitetsmått och incitament för tillämpningen av behandlingsprogrammet utvecklas, liksom resultatmått som visar effekten av behandlingarna. Ett problem är att patienternas längd, vikt eller isoBMI inte systematiskt införs i patientjournalerna. Ett annat problem är olika datasystem och program som används i verksamheterna.

Intresset bland läkarna är begränsat för att arbeta med övervikt. På BVC-mottagningarna är barnens utveckling i fokus, samtidigt är kostvanor ofta ett familjeproblem. Det kan därför vara svårt för BVC-personal att påverka föräldrarna. På de flesta barnläkarmottagningarna fokuseras riskgrupperna diabetes och hypertoni före patienter med fetma (obesitas). Utvecklingen av särskilda mottagningar för barnobesitas eller gruppbehandling är under utveckling



på barnläkarmottagningarna, utifrån den vikt som beställarna har lagt på att lokala behandlingsprogram för obesitas ska finnas på BUMM.

Den övergripande verksamhetsstyrningen ska bland annat säkerställa att det regionala handlingsprogrammet genomförs i verksamheterna så att en likvärdig vård och behandling kan erbjudas på mottagningarna i länet för patienter med övervikt eller fetma oberoende av bostadsort, diagnos eller ålder. Idag är variationerna stora mellan mottagningarna i arbetssätt.

## 4.1 Utvecklingsområden

Vid beställarrevisjonen blev exempelvis följande svagheter tydliga avseende implementeringen av vårdprogrammet och i styrsystemet.

- *Implementeringen av handlingsprogrammet för övervikt och fetma har bara påbörjats.*

Vårdprogrammet för övervikt och fetma var okänt på flera mottagningar inom hälso- och sjukvården före beställarrevisjonen, speciellt bland läkare. En orsak kan vara att det inte inkluderats i det medicinska program arbetet (MPA). Det finns därför inte att tillgå bland övriga vårdprogram på MPA:s hemsida. På barnläkarmottagningarna var medvetenheten högre utifrån beställarnas krav på lokala behandlingsprogram. Den stora arbetsbelastningen gjorde att patientgruppen ändå var svår att prioritera.

En annan orsak till att handlingsprogrammet är mer implementerat bland sjuksköterskor än läkare kan vara det traditionella arbetssättet. Vid läkarbesök utgår behandlingen ofta från diagnos eller sökorsak, inte från patienten i ett helhetsperspektiv. Övervikt/fetma blir sekundärt och diagnosticeras därför ofta inte. Vid beställarrevisjonen framkom att vården av patienters övervikt/fetma i praktiken har haft låg prioritet och ofta endast behandlats om patienten har sökt för detta. I områden där övervikt/fetma var ofta förekommande hos patienterna som Tensta och Rinkeby fanns en stor medvetenhet om problematiken bland personalen. Handlingsprogrammet var också mer implementerat i dessa områden t ex via tidigare projekt.

- *Vårdkedjan och ansvarsfördelningen är otydlig.*

Ansvarsfördelningen och kraven på vårdgivarna på olika nivåer är inte tydliga för verksamheterna. Behandlingsalternativen är också otydliga i ett vårdkedjeperspektiv. Vart t ex barnläkarna ska remittera och vad de själva bör kunna erbjuda har inte preciserats. Idag varierar det mellan barnläkarmottagningarna hur stort fokus det är på identifiering av barnobesitas, om patienten inte själv har sökt för övervikt eller tillhör en riskgrupp för diabetes eller hypertoni.

- *Vårdprogrammet behöver konkretiseras och förtydligas.*

Vårdprogrammet behöver utvecklas för att utgöra ett stöd för det praktiska arbetet med patienter med fetma inom vården.

De politiskt satta målen att t ex halvera andelen personer med fetma till år 2013 har inte nått ut i organisationen. På de flesta mottagningar känner personalen inte till målsättningen och ett strukturerat arbete för identifiering av alla patienter med övervikt/fetma pågår endast i begränsad omfattning. Att alla inom vården har ansvar för att identifiera och medvetandegöra patienter med fetma om hälsoriskerna har inte nått fram till enskilda vårdgivare.

- *Avtalen med vårdgivarna innehåller inte en tydlig beställning avseende vård av övervikt och fetma.*

Hälso- och sjukvårdsnämnden har inte beställt en vårdkedja för vård av övervikt och fetma i avtalen med vårdproducenterna varken avseende barn eller vuxna. I beställningen finns inte heller krav på att patienter med övervikt/fetma ska identifieras inom hälso- och sjukvården.

I avtalen med sjukhusen, barnläkarmottagningarna och BVC har kraven att arbeta utifrån handlingsprogrammet för övervikt och fetma inte varit tydliga. Vårdprogrammet nämns i avtalen utan att det preciseras vad de som förväntas av vårdgivare på de olika nivåerna. Målet att övervikt/fetma ska identifieras hos alla patienter inom hälso- och sjukvården har därför inte uppmärksammats.

– *Ersättningssystemet stödjer inte tillämpningen av vårdprogrammet.*

Ersättningsmodellen stödjer endast i begränsad omfattning genomförandet av handlingsprogrammet och de ekonomiska incitamenten för mottagningarna är svaga att erbjuda den vård som beskrivs i handlingsprogrammet.

*Resursfördelningen* visar inget direkt samband mellan behov, krav på vårdinsatser och vårdresultat för patienter med övervikt/fetma. Krav ställs inte heller på särskild redovisning vid extra resurser för denna typ av vård på ett enhetligt sätt.

– *Konkreta mått saknas idag för uppföljning av avtal och målen i handlingsprogrammet.*

Uppföljningssystemet är fortfarande relativt outvecklat. Handlingsprogrammets mål har inte följts upp på ett tydligt sätt. Uppföljningarna av tillämpningen av vårdprogrammet är till största delen beskrivande. Uppgifterna från vårdproducenterna är inte dessutom säkra och deras utdata är av varierande kvalitet. Uppföljningar försvåras av bristande tillgång till tillförlitliga data i journal- och statistikprogram. Idag kan flera mottagningar inte få fram efterfrågade uppgifter till HSN utan manuella beräkningar.

Resultatmått som ger en indikation på hur effektiv vården är vid olika slags behandlingar hos olika vårdgivare används inte. Resultatet av olika behandlingar för patienter med övervikt/fetma är inte heller kartlagda och sammanställda på övergripande nivå. Analys av remissflödet mellan vårdgivarna inom SLL skulle ge klarhet i vilka insatser som ges och av vem.

Kvalitetsindikatorer saknas avseende vården av övervikt eller fetma. De indikatorer som har använts vid beställarrevisjonen kan utvecklas till kvalitetsmått som följer upp tillämpningen av vårdprogrammet och vården av patienter med fetma. Resultatmått som förändringar av patientens BMI eller midjemått vore t ex möjligt att använda vid uppföljningar i vården av enskilda patienter, men även av behandlingsmetodernas effektivitet och av avtalen.

### ***Summering av utvecklingsområden på generell nivå***

En nystart av implementeringen av handlingsprogrammet behöver göras.

Vården och verksamhetsstyrningen behöver exempelvis utvecklas inom följande områden.

- *Vårdkedjorna* för patienter med övervikt eller fetma bör tydliggöras i länsdelarna.
- *Nya behandlingsmetoder* bör utvecklas med regelbunden utvärdering av effekten av dem.
- En översyn av *styrsystemet* behöver göras utifrån beställarrevisionerna, för att förbättra verksamhetsstyrningen.

- *Sambandet* mellan handlingsprogrammet, krav i avtal/verksamhetsuppdrag, det faktiska arbetet som utförs på mottagningarna och uppföljningarna som görs av beställarna behöver klargöras.
- En ny långsiktig *plan* bör göras för hur handlingsprogrammets mål ska kunna uppnås.
- *Resursfördelning* bör göras utifrån ett helhetsperspektiv och långsiktigt utifrån de speciella behov som finns i olika delar av länet.
- *Uppföljningar* behöver genomföras avseende handlingsprogrammets mål.
- *Nya uppföljningsmått* behöver utvecklas för verksamhetsavtalen/uppdragen
- *Metodutvecklingsprojekt* bör bedrivas inom landstinget utifrån de gjorda beställarrevisio- ner för att ta till vara på de möjligheter till förbättringar som framkommer. 1+2.....

## 4.2 Förslag

Ansvar för det fortsatta arbetet på området fördelas på följande sätt.

### *Landstingspolitiker*

Politiskt bör frågan om förutsättningarna för handlingsprogrammets genomförande diskuteras och en nystart initieras. Följande bör exempelvis göras.

- Målen i handlingsplanen behöver revideras och ambitionsnivån åter fastställas.
- Strategier som möjliggör förverkligandet av målen behöver utarbetats. Åtgärder som beslutas bör vara av den omfattningen att de motsvarar ambitionsnivån i målsättningarna.
- En ny plan för den fortsatta implementeringen behöver antas och resurser avsättas för dess förverkligande.
- Styrsystemets olika delar behöver ses över för att verksamhetsstyrningen ska få den effekt som eftersträvas.
- Vårdkedjan i länet för patienter med övervikt/fetma behöver kompletteras och förtydligas avseende, så att ansvariga och personal på olika nivåer vet vad som förväntas av dem.

### *Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning*

Behovet av en utveckling av beställarnas uppföljningsparametrar och vårdprogrammets utformning har framkommit vid granskningen. Vi förslår därför att följande åtgärder vidtas.

- Den övergripande styrningen via avtal och vid upphandling behöver tydliggöras.
- Krav vid upphandling av vårdgivare och i avtalen bör inkludera essensen i programmet.
- Incitament bör finnas i ersättningsmodellen som stödjer tillämpningen av programmet.
- Konkretisera handlingsprogrammet och tydliggör vem som ska göra vad.
- Utveckla det konkreta stödet för implementeringen av handlingsprogrammet genom pedagogiska hjälpmedel och utbildningar.

- Nya uppföljningsmått behöver utvecklas som visar effekten av vidtagna åtgärder.
- Förbättra uppföljningarna av avtalen med högre krav på producenternas redovisning. Även nyttan av olika projekt, åtgärder eller nya behandlingsmetoder bör redovisas.
- Fortsatta uppföljningar av implementeringen behöver göras såväl av beställarna som internt inom verksamheterna med öppna jämförelser mellan mottagningarna.

### **Vårdgivarna**

Följande utvecklingsområden för implementering av vårdprogrammet berör vårdgivarna.

- Planera för fortsatt implementering av vårdprogrammet på varje mottagning.
- Utveckla arbetssättet utifrån vårdprogrammet.
- Utveckla samarbetet med andra mottagningar kring behandlingsutbudet.
- Utveckla informationshanteringen och datajournalssystemen utifrån kvalitetsindikatorer.
- Gör egen uppföljning av tillämpningen av vårdprogrammen (intern kontroll).
- Tydliggör mottagningarnas ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

För vårdgivarna har fler förslag lämnats i arbetsmaterialen. Några exempel är följande.

- *Handlingsprogrammet* bör tas upp gemensamt i arbetsgruppen och implementeras bland all personal. Lokala riktlinjer och skriftliga rutiner bör tas fram, helst med flödesscheman.
- *Samarbetet* med övriga vårdgivare i vårdkedjan för övervikt bör förbättras och utbudet av olika behandlingar klargöras och förbättras. *Samverkan* mellan mottagningarna i de olika länsdelarna och geografiska områdena kring behandlingar som erbjuds kan också utvecklas. Effektivare behandlingsformer bör utvecklas inom primärvården och på barnläkarmottagningarna än vad som finns idag.
- *Arbetssättet* behöver systematiseras i skriftliga rutiner. En gemensam lokal rutin behöver tas fram för *journalföring* av uppgifter om samtliga patienternas, vikt, längd, BMI och midjemått samt att diagnosen fetma sätts vid isoBMI över 30.
- *Teamarbetet* behöver utvecklas på mottagningarna för vården av patienter med fetma.
- *Patientutbildning* saknas idag för patienter med fetma, vilket bör erbjudas som ett komplement till övrig vård. Även anhöriga kan därvid engageras i livsstilsfrågor.
- Förskrivningen av *fysisk aktivitet på recept* kan bli till ett effektivt verktyg i samtliga mottagningars verksamhet.
- En satsning på gemensam *utbildning* i arbetsgruppen kring arbetet med överviktspatienter i t ex *samtalsmetodik* eller motiverande samtal bör genomföras.
- *Datajournalerna* behöver förbättras så att sökningar kan göras på BMI eller midjemått. Hjälpmiddel som ”*isoBMI-kurva*” i *datajournalen* kan underlätta att medvetandegöra patienter om risken med övervikt och uppföljning av utförd behandling.
- *Utdata* till beställarna behöver kvalitetssäkras genom vidareutveckling av dataprogram och statistikrapporter.

# **BILAGOR**

# 1 METOD

## 1.1 Frågor och kvalitetsindikatorer

### 1.1.1 Specifika frågor

Utifrån de allmänna frågeställningarna och vårdprogrammet i handlingsprogrammet för övervikt och fetma har specifika frågor ställts vid intervjuer och journalgranskning. Kompletterande information som har samband med införande, tillämpning och uppföljning av handlingsprogrammet har efterfrågats för att påvisa effekter på patient- och systemnivå.

En intervjuguide har tagits fram för intervjuerna. Intervjuerna har varit semistrukturerade och uppföljande frågor har ställts beroende på givna svar. Vid intervjuerna framkom hur vårdprogrammets riktlinjer har implementerats. Även inställningen till och överensställningen av arbetssättet med vårdprogrammets rekommendationer har prövats.

Exempelvis har följande frågor om arbetet på mottagningen ställts.

- Finns skriftliga rutiner för identifiering och vård av patienter med övervikt och fetma?
- Kan mottagningen erbjuda patientutbildning och/eller anhörigutbildning?
- Deltar mottagningen i kvalitetsregisterarbete?
- Finns gruppverksamhet på mottagningen?
- Vilken samverkan sker med andra vårdgivare?

Frågorna har betraktats som enkla indikatorer för en bedömning av hur vården på mottagningarna bedrivs. Svaren har sedan kategoriserats, vilket har möjliggjort strukturerade jämförelser mellan mottagningarna utifrån vårdprogrammet. Vården av den aktuella patientgruppen ses därmed som en del i sitt sammanhang.

I resultatavsnittet på sidan 22 redovisas frågorna som har ställts på varje mottagning.

### 1.1.2 Kvalitetsindikatorer

Följande information har använts som kvalitetsindikatorer vid vård av *barn eller ungdomar* och har registrerats vid journalgranskningen på varje mottagning.

- Andel journaler där föräldrarnas längd och vikt registrerats
- Andel patienter där vikt och längd har angetts vid något besök under året i journalen.
- Andel patienter där isoBMI har noterats i journalen.
- Andel patienter med isoBMI över 30

Följande följdfrågor har sedan ställts kring de patienter som haft isoBMI över 30.

- Finns diagnosen fetma angiven i journalen som huvud- eller bidiagnos?
- Har behandling erbjudits enligt vårdprogrammet?
- Har patienterna lägre eller samma BMI som föregående år?

Totalt har således fyra-sju indikatorer på vårdprogrammets praktiska tillämpning för varje patient studerats vid journalgranskningen.

## 1.2 Omfattning

### 1.2.1 Val av mottagningar

17 BVC-mottagningar, sex barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och två specialistmottagningar för barn med obesitas på barnsjukhusen har valts ut för att belysa tillämpningen av handlingsprogrammet vid granskningen. 6-9 mottagningar i varje länsdel har granskats. Mottagningar inom hälso- och sjukvården i Södertälje och Norrtälje har inte ingått i granskningen. 20 av mottagningarna fanns inom SLSO:s organisation för hälso- och sjukvård och 5 var aktiebolag.

Urvalet av mottagningar har gjorts av uppdragsgivaren inom hälso- och sjukvårdens förvaltning utifrån följande kriterier.

#### *Barn*

1. Områden med omfattande överviktsproblem hos befolkningen i upptagningsområdet samt något område med färre överviktiga patienter inom varje länsdel.
2. Geografisk spridning med så jämn fördelning som möjligt mellan de tre länsdelarna.
3. De två största barnläkarmottagningarna inom varje länsdel med två till fyra tillhörande BVC per BLM samt anknuten specialistklinik.

Fördelningen av mottagningar mellan länsdelar och vårdnivåer är följande.

Länsdel	Barnmedicinsk klinik	BUMM/BLM	BVC
<i>Norr</i>	Karolinska US	Jakobsberg	tre BVC
	Karolinska US	Åkersberga	två BVC
<i>Stockholm</i>	Karolinska US	Järva	tre BVC
	Karolinska US	Liljeholmen	tre BVC
<i>Söder</i>	Karolinska US	Huddinge	fyra BVC
	Sachska barnsjukhuset	Handen	tre BVC

Tabell 11. Urval av mottagningar för beställarrevisionen 2007.

I den parallella beställarrevisionen avseende vården av övervikt och fetma för vuxna har primärvårdsmottagningar valts inom samma geografiska områden som BVC-mottagningarna. I vissa fall har därför verksamhetsansvarig varit samma person för både BVC och husläkarmottagningarna (HLM).

I resultatavsnittet framgår vilka mottagningar som har ingått i granskningen.

### 1.2.2 Om varje mottagning

Vid revisionen har olika källor använts för att få fram hur långt mottagningarna i praktiken har kommit med implementeringen av handlingsprogrammet, hur arbetet bedrivs kring patien-



ter med övervikt och fetma, hur journalföring sker liksom framtagning av uppgifter till beställarna.

Följande delmoment har ingått i granskningen av varje mottagning:

- *intervjuer med verksamhetsansvariga* på mottagningen; enhetschef samt medicinskt ansvarig läkare
- *intervjuer med en personalgrupp* bestående av 2-8 personer som representerat olika professioner och team samt både nyanställda och personer med lång erfarenheter
- *journalgranskning* av tjugo journaler utifrån handlingsprogrammet på varje mottagning
- insamling och genomgång av aktuell *verksamhetsdokumentation* för mottagningen
- insamling av viss *verksamhetsstatistik* på mottagningsnivå

Fem informationskällor avseende verksamheterna har således använts för bedömningen av arbetet utifrån handlingsprogrammet på mottagningarna. Dessutom har *styrdokument* inom landstinget, *avtal* mellan beställare och utförare, det aktuella *handlingsprogrammet* samt andra relevanta dokument som de *nationella kvalitetsregistren* utgjort underlag för beställarrevisionen.

### 1.2.3 Urval av journaler

Tillämpningen av handlingsprogrammet har granskats m h a av tre-sex indikatorer. 20 journaler på varje mottagning har granskats. Totalt har 500 journaler granskats.

Journaler har valts utifrån följande kriterier:

1. **Planerade patientbesök** under ett datum i januari 2007.
2. Patienter i **åldern** 0-6 år (BVC), 0-18 år (BUMM) eller 20-64 år (HLM) med aktuella **diagnoser** utifrån vårdprogrammet – hypertoni, diabetes och andra patienter oavsett diagnos, dock inte influensa eller olycksfall.
3. **Mottagningens samtliga läkare** representerade i möjligaste mån.

Urval av journaler för granskningen har gjorts utifrån vilka patienter som i första hand har besökt olika läkare på mottagningen under en dag i januari. Vid behov har flera datum valts ut för att få fram tillräckligt antal journaler. Det aktuella datumet har meddelats under revisorernas besök på mottagningen. Datumet har varierat mellan mottagningarna.

Sedan har ytterligare ett urval gjorts baserat på sökorsak/diagnos, där det har varit möjligt beroende på nivån i vårdkedjan och aktuell verksamhet. Inom primärvården har journaler granskats för vardera sex patienter i riskgrupperna diabetes och hypertoni samt åtta patienter som kommit på planerade besök p g a andra orsaker, dock inte akuta infektioner.

Förfaringssättet har tillämpats för att undvika risken för bias<sup>3</sup> vid urvalet av journaler som annars hade kunnat uppstå om mottagningarna hade valt ut journalerna eller fått kännedom om det aktuella datumet i förväg.

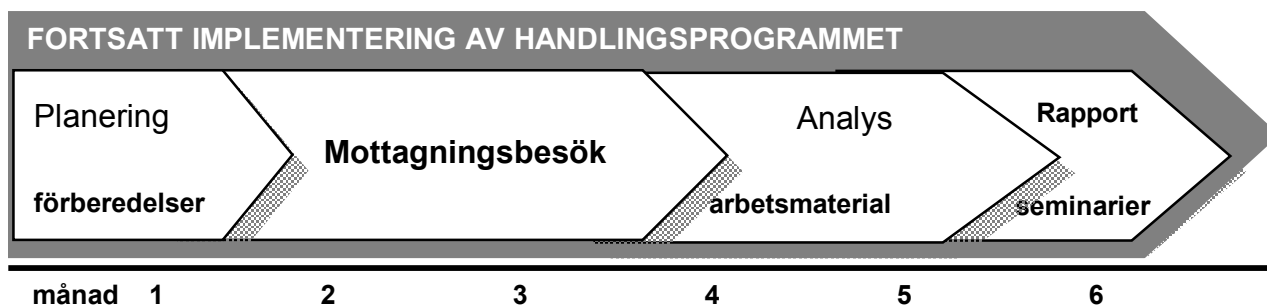
---

<sup>3</sup> bias innebär partiskhet eller styrd påverkan

## 1.3 Genomförande

Beställarrevisjonen har genomförts av ett team från Ernst & Young med förvaltningsrevisorer som tillhör professionerna verksamma inom hälso- och sjukvård. De har god kunskap om verksamhetsstyrning samt olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och är oberoende i förhållande till Stockholms läns landsting.

Ernst & Youngs insatser vid beställarrevisjonen kan sammanfattas i en figur.



Figur 8. Beställarrevisjonens faser

Genomförandet av beställarrevisjonen kan beskrivas i fyra faser.

- **Planering** och förberedelse samt administration av mottagningsbesök
- **Mottagningsbesök** med intervjuer och journalgranskning.
- **Analys**, sammanställning och återföring av utkast till arbetsmaterial för faktagranskning till lokala enhetschefer.
- **Rapportering** av resultatet till berörda chefer och avtalshandläggare samt skriftlig slutrapport till HSN.

### 1.3.1 Planering

Granskningen har initialt planerats och besöken organiserats. Ledningen för de berörda verksamheterna och mottagningar har informerats via e-post. Frågeställningarna för intervjuerna och kvalitetsindikatorer ur journalerna har beslutats gemensamt med uppdragsgivaren. De har förankrats bland berörda verksamhetschefer, i en extern och intern referensgrupp för beställarrevisjonen. Ett upptaktsmöte har hållits av uppdragsgivaren med berörda enhetschefer inom hälso- och sjukvården.

Intervjuerna har förberetts genom att verksamhetsplan, verksamhetsberättelse och uppgifter om mottagningen vid tidigare avtalsuppföljning har studerats. Intervjuguider har sedan utarbetats.

Journalgranskningen har också förberetts med val av kvalitetsindikatorer, utformning av instruktioner och blanketter.

### 1.3.2 Mottagningsbesök

Sammanlagt har 17 husläkarmottagningar och 5 hjärtmottagningar på fyra sjukhus besökt. Besök med intervjuer och journalgranskning har genomförts på mottagningarna under en sammanhängande tidsperiod på cirka två månader. Besöket på varje mottagning har tagit mellan 3-6 timmar.

#### *Intervjuer*

Under besöken på mottagningarna har en intervju genomförts med mottagningens chef och/eller medicinskt ansvarig läkare. Intervjun har tagit cirka en timme.

Sedan har en personalgrupp intervjuats i cirka en timme. Varje mottagning har avgjort vilka som medverkat vid gruppintervjun, men att en representant för varje personalkategori på mottagningen skulle delta har föreslagits av revisorerna. Att intervjugruppen inte skulle vara större än 5-6 personer och att såväl nyanställda som personer med längre erfarenheter skulle delta rekommenderades också.

Intervjuerna har varit semistrukturerade och utgått från de allmänna huvudfrågeställningarna (se sidan 3). Mottagningsledningens och personalens upplevelse av implementeringen av handlingsprogrammet har på detta sätt kartlagts. Hur implementeringen har uppfattats på mottagningarna utgör grunden för den analys som senare har gjorts i rapporten.

#### *Journalgranskning*

Ett urval journaler har granskats utifrån ett antal kvalitetsindikatorer för att belysa det faktiska tillvägagångssättet och därmed tillämpning av det aktuella handlingsprogrammet. Det har varit en stickprovsundersökning där tjugo patientjournaler per mottagning har granskats.

Urvalet av journaler har gjorts på plats. Journalgranskningen har gjorts i samverkan med personer på de berörda mottagningarna som har letat fram efterfrågade uppgifter ur journalerna efter anvisningar från de närvarande revisorerna.

Vid journalgranskningen har sekretesslagstiftningen beaktats och inga uppgifter som på något sätt kan härledas till en specifik patient eller dennes anhöriga har efterforskats.

Vem från mottagningen som har deltagit har varierat. Vid några tillfällen har enhetschef, medicinskt ansvarig läkare och en läkarsekreterare medverkat. Journalgranskningen har tagit 1-2 timmar att genomföra.

Den gemensamma journalgranskningen har gett möjlighet till systematisk genomgång och insyn i journalföringen på mottagningen. Journalgranskningen har därför ofta lett till bifynd för medicinskt ansvarig läkare och/eller enhetschef som har deltagit.

### *Övrigt material*

På varje mottagning har en lokalt ansvarig ombetts organisera besöket och denna har också lämnat material som verksamhetsplan och verksamhetsberättelse. Verksamhetsstatistik för det senaste året (april 2006-mars 2007) har också efterfrågats utifrån särskilda frågeställningar.

Syftet med insamlingen av statistikuppgifterna har varit att se vilka möjligheter som fanns på varje mottagningen att enkelt få fram kompletterande uppgifter som ger en statistisk beskrivning och möjliggör analys av patientgrupperna och den vård de får.

Det visade sig vara svårt på de flesta mottagningarna och hos de flesta vårdgivarna att få fram uppgifterna, trots att datajournalssystemen har utvecklats under de senaste åren. Mottagningarna inom tidigare sydvästra sjukvårdsområdet har dock kommit längre än övriga.

### **1.3.3 Analys**

Resultatet för varje mottagning har sammanställts i ett arbetsmaterial. Dessa har sedan skickats till varje enhetschef för faktagranskning. Arbetsmaterialet har utformats för att bidra till den fortsatta implementeringen av handlingsprogrammet på varje mottagning.

Dokumentet är relativt omfattande på cirka 6-7 sidor innehållande såväl beskrivning av: den lokala vårdkedjan, önskvärda insatser enligt handlingsprogrammet, implementeringen av handlingsprogrammet på mottagningen, mottagningens arbetssätt, resultatet av journalgranskningen, avtal, journalssystem och uppföljningar samt utvecklingsförslag för den aktuella mottagningen.

### **1.3.4 Rapportering**

En metod har utvecklats för att sammanställa och åskådliggöra resultatet på övergripande nivå. En liknande metod har använts vid en tidigare beställarrevison av implementeringen av vårdprogram inom allmänpsykiatri i länet, 2006.

Utvecklingsförslag har lämnats utifrån resultatet i ett systemperspektiv vid seminarier för respektive målgrupp och i denna rapport. Resultatet av beställarrevisjonen har muntligen presenterats under tre informationstillfällen för de olika målgrupperna: ett för verksamhetsansvariga på berörda mottagningar för barn, ett för verksamhetsansvariga på berörda mottagningar för vuxna och ett för avtalshandläggarna inom HSN. Därefter har en slutversion av mottagningarnas arbetsmaterial lämnats till verksamhetsansvariga och avtalshandläggarna som en gemensam ny grund för fortsatt dialog.

## **1.4 Avgränsning**

Granskningen är en studie av nuläget för implementeringen av handlingsprogrammet och styrsystemet inom hälso- och sjukvården i Stockholms län. Den utgör en grund för den fortsatta utvecklingen av såväl styrning som implementering av handlingsprogrammet.

### *Granskningens fokus*

Två fokus har varit möjliga vid genomförandet av beställarrevisjonen. Antingen kan fokus vara vården av personer med övervikt/fetma eller identifiering av patienter med övervikt/fetma. Den här revisionen har i första hand undersökt identifieringen av patienter med övervikt/fetma och i andra hand vilken behandling som erbjuds på respektive mottagning.

Valet av fokus har gjorts utifrån den politiska visionen och målen som har satts i handlingsprogrammet; att halvera andelen patienter med fetma inom länet till år 2013. Det förutsätter att samtliga personer med fetma identifieras, diagnosticeras och behandlas oavsett på vilken vårdnivå som patienten aktualiseras och av vilken orsak som han/hon söker vård.

#### *Kvalitetsindikatorer*

En tydlig avgränsning har gjorts utifrån syftet när det gäller kvalitetsindikatorer vid journalgranskningen. Då gjorda rekommendationer är framtagna av en särskild arbetsgrupp med specialistkunskaper på området antas att gjorda rekommendationer har positiva effekter.

I första hand har kvalitetsindikatorer som avser processen använts, dvs. behandlarens diagnostiska och/eller behandlande åtgärder i relation till rekommendationer i handlingsprogrammet. Kvalitetsindikatorerna har valts utifrån handlingsprogrammets inriktnings- och effektmål för de högst prioriterade patientgrupperna.

Vid granskningen fanns ingen direkt möjlighet att relatera patientstatus till användningen av handlingsprogrammet och därmed påvisa resultatet av vidtagna åtgärder. BMI har dock använts som en resultatindikator för att försöka påvisa effekten av behandling för patienter som har diagnosticerats som överviktiga i den mån det har varit möjligt.

#### *Urval*

Ett urval av antalet mottagningar har varit nödvändig att göra för att begränsa granskningens omfattning, likaså har antalet journaler som har granskats på varje mottagning begränsats till ett minimum på tjugo journaler.

Antalet journaler är för litet för att med statistisk säkerhet kunna dra slutsatser utifrån journalgranskningen, men det ger en indikation på hur handlingsprogrammet följs och hur journalföringen sker på de aktuella mottagningarna. Avsikten har inte varit att vid journalgranskningen ge en exakt bild av hur journalföringen sker, utan den bör ses som ett verktyg för att tydliggöra förbättringsmöjligheter.

## **1.5 Kvalitetssäkring av uppdraget**

Den interna arbetsfördelningen i teamet har i realiteten inneburit en kvalitetssäkring. Besöken på mottagningarna har gjorts av förvaltningsrevisorerna. Läkaren i revisionsteamet har haft en konsultativ roll och mer en kontrollfunktion. Han har deltagit vid de inledande besöken tillsammans med respektive förvaltningsrevisor för att kvalitetssäkra den använda metoden och säkerställa tillvägagångssättet som användes av revisorerna vid genomförandet av intervjuer och journalgranskning. Uppdraget kvalitetssäkras dessutom inom Ernst & Young genom att en erfaren utredare, som inte deltar i arbetet, ger synpunkter på metod och slutrapport.

En intern referensgrupp har bildats inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen med avtalshandläggare från respektive närsjukvårdsavdelning. Beställarevisionens syfte, frågeställningar, urvalskriterier och urvalet av mottagningar har diskuterats i referensgruppen. Resultatet av revisionen processas senare i referensgruppen. Även en extern referensgrupp har bildats bestående av nyckelpersoner från den projektgrupp som tagit fram handlingsprogrammet. Resultatet av beställarrevisjonen har presenterats för referensgrupperna vid ett seminarium.

## 2 OM STYRNING AV KVALITÉN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Föreskrifter från Socialstyrelsen avseende kvalitén i vården finns i skrifterna ”God vård” samt i ”Ledningssystem för kvalitet och säkerhet”. Innehållet i dessa summeras nedan.

### *God vård*

Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning kallad ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”, för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. I God vård beskrivs de sex kvalitetsområden som bl a SLL:s uppföljningsmodell utgår ifrån. De utgör utgångspunkten för de mål och mått på dessa som följs upp.

God vård utgår från SOSFS 2005:12 och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Utöver Socialstyrelsen står även SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialdepartementet bakom vägledningen.

God vård betonar att Hälso- och sjukvården ska .....

1. ....vara *kunskapsbaserad och ändamålsenlig*

”Det innebär att vården skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt”

2. ....vara *säker*

”Det innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete”

3. ....vara *patientfokuserad*

”Det innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten”

4. ....vara *effektiv*

”Det innebär att den vård som ges baseras på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna”

5. ....vara *jämlik*

”Det innebär att vården skall fördelas på lika villkor för alla. Den som har de största behoven skall ges företräde till vården.”

6. ....*ges i rimlig tid*

”Varje patient som vänder sig till HoS skall snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.”

### *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*

I socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården; SOSFS 2005:12<sup>4</sup> anges att föreskrifterna ska tillämpas på den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

<sup>4</sup> Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården; SOSFS 2005:12

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I områden som omfattas anges att rutiner ska finnas för hur nya metoder introduceras och hur fastställda metoder tillämpas. Vidare anges att det skall finnas rutiner för regelbunden uppföljning och granskning av rutinernas effektivitet för att uppnå målen.

*Om egenkontroll framgår följande i SOSFS 2005:12*

”1 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat, regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen, hur resultatet av granskningar skall dokumenteras och återföras till berörda, och att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder”

**Verksamhetschefen skall** inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Ansvara för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås. Ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

**Områden som omfattas** är bemötande av patienter, metoder för diagnostik, vård och behandling, kompetens, samverkan och samarbete, riskhantering, avvikelshantering, försörjning av tjänster, produkter och teknik samt spårbarhet.



### 3 KVALITETSINDIKATORER I VÅRDEN.

Följande råd ges av Socialstyrelsen (2001) angående kvalitetsindikatorer i vården.

Vid val av kvalitetsindikatorer är det viktigt att beakta olika aspekter och överväga nyttan med den enskilda indikatorn väl. En kvalitetsindikatorer ska ha:

1. *Relevans.* Kvalitetsindikatorn bör fokusera på vård med tillräckligt stor volym, d v s stora patientgrupper, resurskrävande områden och eller iakttaga praxis- och kvalitetskillnader.
2. *Validitet.* I valet av en indikator måste bedömas om den verkligen mäter vårdens kvalitet eller om den snarare speglar skillnader i patientsammansättning och organisation. Kvalitetsindikatorer bör vara evidensbaserade.
3. *Mätbarhet.* Indikatorn måste vara formulerad så att den går att mäta rent praktiskt samt vara tydligt och entydigt definierad.
4. *Möjlighet att påverka.* En kvalitetsindikator bör mäta något som går att påverka t ex med sjukvårdens insatser. Som exempel kan trycksår i princip elimineras med rätt vård. Ökad genomsnittlig livslängd kan däremot endast till en mindre del förklaras av sjukvårdens insatser.
5. *Tolkningsbarhet/entydighet.* Utfallsmätningarna skall gå att tolka på ett otvetydigt sätt. Vad är bra och vad är dåligt? Det är här viktigt att för enskilda kvalitetsindikatorer ange var ribban bör ligga. Utgångspunkten bör vara evidensbaserad aktuell kunskap och god medicinsk praxis.

En avvägning måste göras mellan att ha få indikatorer som är lätta att mäta och tolka, men där risken finns att de kan ge en fragmentarisk bild eller kan misstolkas, och att ha en mängd indikatorer som kräver omfattande datainsamling.

## 4 MOTTAGNINGARNAS ARBETSSÄTT (BARN)

mottagning	Medelvärde totalt	nivå																													
		1-2	3	4	1-4	1-2*	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4												
1. Finns lokala riktlinjer eller <b>skriftliga rutiner</b> för arbetet med övervikt?	0,3	0,3	0,8	0,2	0,3	0,0	0,5	1,0	0,5	1,0	0,5	1,0	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5		
2. Arbetar ni <b>systematiskt</b> för att <b>identifiera</b> personer i riskzonen?	0,7	1,0	0,9	0,8	0,8	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,0	0,5	1,0	1,0	0,5	1,0	1,0	0,5	1,0	0,5	1,0	1,0	
3. <b>Mäts</b> vikt och längd regelbundet? (För vuxna även midjemått)	0,7	1,0	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
4. Finns rutin för <b>BMI-registrering</b> ?	0,6	0,8	0,4	1,0	0,8	1,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
5. Görs en <b>riskfaktorsbedömning</b> av typ 2 diabetes och <b>hiärt/kärlsjukdom</b> vid utredning av övervikt/fetma?	0,5	1,0	0,8	0,0	0,3	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	-	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6. Görs en bedömning av <b>depression och psykosocial ohälsa</b> i samband med utredning av övervikt/fetma?	0,3	0,5	0,7	0,0	0,2	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	1,0	0,0	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7. Kan mottagningen erbjuda <b>patientutbildning</b> ?	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8. Arbetar ni i <b>team</b> vid behandling av patienten?	0,2	1,0	0,3	0,0	0,2	1,0	1,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9. Kan mottagningen erbjuda <b>gruppbehandling</b> ?	0,2	0,8	0,3	0,0	0,1	1,0	0,5	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10. Registreras <b>resultatet</b> av fetma-behandling?	0,2	0,8	0,4	0,0	0,2	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11. Deltar mottagningen i <b> kvalitetsregisterarbete</b> ?	0,5	1,0	0,5	0,0	0,2	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Har någon personal fått <b>handledning</b> av specialist?	0,1	0,8	0,2	0,1	0,2	1,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13. Har de anställda erbjudits <b>kurs</b> i <b>samtalsmetodik</b> ?	0,4	0,0	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	1,0	0,0	0,5	0,0	1,0	0,0	0,5	0,0	0,5	1,0	1,0	0,0	0,5	1,0	0,5	
14. Tas vården av övervikt upp på <b>planeringsdagar</b> ?	0,4	0,8	0,5	0,6	0,6	1,0	0,5	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,5	1,0	0,5	1,0	0,0	0,0	0,5	1,0	0,0	0,5	1,0	1,0	1,0	
15. Finns fungerande <b>samarbete</b> med övriga vårdgivare kring övervikt?	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0
16. Kan mottagningens <b>ledningssystem</b> för <b>kvalitet och säkerhet</b> beskrivas av personalen?	0,3	0,0	0,3	0,5	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5
17. Är BV:s <b>krav</b> i <b>avtalen</b> avseende vård av övervikt/fetma kända?	0,4	0,0	0,5	0,6	0,5	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,5	0,0	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5	1,0	1,0	
18. Förskriver ni fysisk aktivitet på recept?	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Summa:</b>	<b>6,6</b>	<b>10,0</b>	<b>8,3</b>	<b>5,7</b>	<b>6,7</b>	<b>11,0</b>	<b>9,0</b>	<b>10,0</b>	<b>7,5</b>	<b>5,0</b>	<b>7,5</b>	<b>9,0</b>	<b>11,0</b>	<b>7,0</b>	<b>5,0</b>	<b>7,0</b>	<b>4,0</b>	<b>3,5</b>	<b>4,5</b>	<b>7,5</b>	<b>5,0</b>	<b>3,5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>8,5</b>	<b>6,0</b>	<b>5,5</b>	<b>5,5</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	

Tabell 10. Bedömning av hur mottagningarna arbetar jämfört med handlingsprogrammet.

## 5 IMPLEMENTERINGEN PÅ MOTTAGNINGARNA

BARN		Hur långt?			Hur genomfört?		
Länsdel	Mottagning	BVC	BUMM/BL	barnsjukhus	BVC	BUMM/BL	barnsjukhus
Norr	Karolinska universitetssjukhuset						
	Jakobsberg BUMM						
	Kvarnen BVC						
	BVC Kungsängen						
	Åkersberga BUMM						
	Sju systrar BVC						
	BVC Vaxholm						
Stockholm	Järva BUMM						
	BVC Rinkeby, FamiljeC Järva						
	BVC Husby, FamiljeC Järva						
	BVC Tensta-Hjulsta, FamiljeC Järva						
	Liljeholmens BUMM						
	Liljeholmens BVC						
	Älvsjö BVC						
	Bredäng BVC						
Söder	Sachska, Barnmedicin						
	Huddinge BUMM						
	Huddinge BVC						
	Stuvsta BVC						
	Skogås BVC						
	Flemingsberg BVC						
	Handen BLM						
	Bollmora BVC						
	Haninge BVC						
	Nynäshamn BVC						

VUXNA		Hur långt?		Hur genomfört?	
Länsdel	Mottagning	VC/HLM	Hjärtmott.	VC/HLM	Hjärtmott.
Norr	Hjärtmottagningen, Danderyd				
	Vibblaby HLM				
	Kungsängen VC				
	Jakobsbergs VC				
	Huslåkarna Österåker				
	Vaxholms vårdcentral				
Stockholm	Hjärtmottagn., S:t Göran				
	Hjärtmottagn., Solna				
	Rinkeby VC				
	Husby VC				
	Tensta VC				
	Liljeholmens VC				
	Älvsjö VC				
	Bredängs VC				
Söder	Hjärtmottagn., Södersjukhuset				
	Hjärtmottagn., Huddinge				
	Huddinge VC				
	Stuvsta VC				
	Skogås Nya Vårdcentral				
	Flemingsbergs VC				
	Bollmora VC				
	Handens vårdcentral				
	Nynäshamns VC				

Tabell 11. Symbolisk beskrivning av implementeringen av vårdprogrammet på mottagningarna

(Se förklarande text till symbolerna på sidan 16 i rapporten.)

Regionalt  
vårdprogram



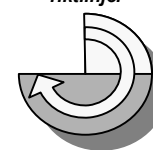
VP/upp  
följning  
överens



Lokala  
riktlinjer



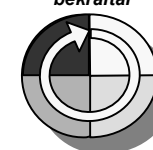
Lokala  
rutiner utan  
riktlinjer



Lokala  
rutiner finns



Uppföljning  
bekräftar



## 6 JÄMFÖRELSE AV OLIKA MOTTAGNINGARS ARBETSSÄTT

Svarskod ja =1, delvis= 0,5 och nej= 0.

(Fråga 5-11 samt 18 har inte ställts på BVC.)

Fråga:

1. Finns lokala riktlinjer eller skriftliga rutiner för arbetet med övervikt?
2. Arbetar ni systematiskt för att identifiera personer i riskzonen?
3. Mäts vikt och längd regelbundet? (För vuxna även midjemått)
4. Finns rutin för BMI-registrering?
5. Görs en riskfaktorsbedömning av typ 2 diabetes och hjärt/kärlsjukdom vid utredning av övervikt/fetma?
6. Görs en bedömning av depression och psykosocial ohälsa i samband med utredning av övervikt/fetma?
7. Kan mottagningen erbjuda patientutbildning?
8. Arbetar ni i team vid behandling av patienten?
9. Kan mottagningen erbjuda gruppbehandling?
10. Registreras resultatet av fetmabehandling?
11. Deltar mottagningen i kvalitetsregisterarbete?
12. Har någon personal fått handledning av specialist?
13. Har anställda erbjudits kurs i samtalsmetodik?
14. Tas värden av övervikt upp på planeringsdagar?
15. Finns fungerande samarbete med övriga vårdgivare kring övervikt?
16. Kan mottagningens ledningssystem för kvalitet och säkerhet beskrivas av personalen?
17. Är beställarnas krav i avtalen avseende vård av övervikt/fetma kända?
18. Förskriver ni fysisk aktivitet på recept?

