

Det tobaksforebyggende sygehus

Definition og strategi for implementering



*Netværk
af forebyggende
sygehuse i Danmark*



NATIONALT CENTER FOR
RYGE STOP

Det tobaksforebyggende sygehus

*Definition
og
strategi for implementering*

December 2005

ISBN: 87-91688-01-9

Det tobaksforebyggende sygehus

Definition og strategi for implementering

Udgivet af:

Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark

Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV
Tlf: 35 31 24 38

E-mail: forebyggendesygehuse@bbh.hosp.dk
www.forebyggendesygehuse.dk

og

Nationalt Center for Rygestop

Sjællandsgade 40
2200 København N

Manuskript:

Sundhedskonsulent Lis Hamburger, Nationalt Center for Rygestop/Storstrøms Amt
Akademisk medarbejder Thea Kronborg Petersen, Nationalt Center for Rygestop
Sundhedskonsulent Charlotte Færch Nielsen, Nordjyllands Amt
Sundhedskoordinator Lise Søndergaard, Aalborg Sygehus
Sundhedschef Lene Plambech Hansen, Storstrømmens Sygehus i Fakse

Redaktion:

Sundhedskonsulent Lis Hamburger, Nationalt Center for Rygestop/Storstrøms Amt

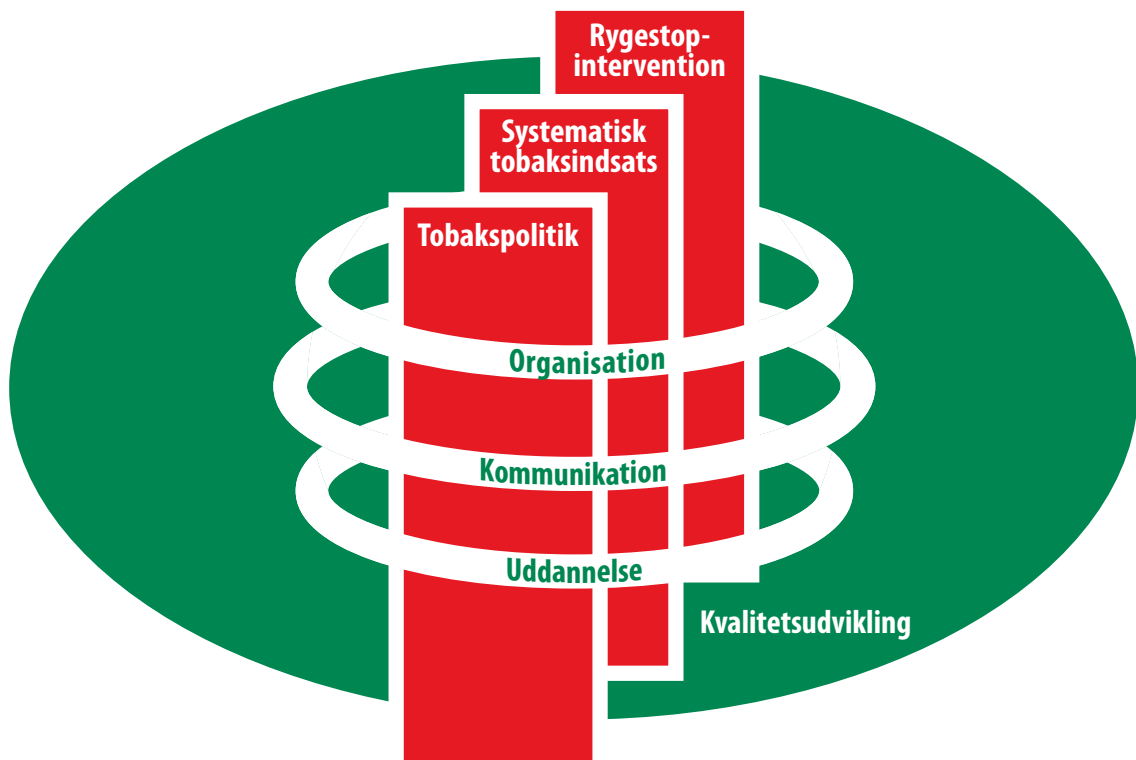
December 2005

Layout: Martin Savery, Marusa Design, www.marusa.dk

Tryk: Glumsø Bogtrykkeri A/S

Indhold

Forord	7
Baggrund	9
Tobaksproblemet i Danmark	9
Sygehuset som tobaksforebyggende arena	9
Det nationale overblik	10
Det tobaksforebyggende sygehus	11
Tobakspolitik – det første grundelement	13
Systematisk tobaksindsats – det andet grundelement	15
Rygestopintervention – det tredje grundelement	17
Tilbudstyper	17
Henvisningsstruktur	17
Organisation	20
Modeller for organisering af Det tobaksforebyggende sygehus	20
Arbejds- og ansvarsfordeling	22
Overordnet styring	22
Kommunikation	23
Uddannelse	25
Nuværende kursustilbud	25
Kompetencer, fagfolk bør besidde	26
Fra kursus til uddannelse	27
Kvalitetsudvikling	28
Økonomi	30
Perspektivering	31
Modellens anvendelighed	31
Regionalt niveau	31
Nationalt niveau	31
Litteratur	33
Øvrig litteratur – emneopdelt	34
Bilag	37
<i>Bilag 1:</i> Røgfrit sygehus	37
<i>Bilag 2:</i> Netværkets Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus – Standard 2 og 3	38



Forord

I 2001 udgav Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark rapporten *Røgfrit Sygehus – definition og strategi for implementering*. Rapporten blev fulgt op af en række regionale implementeringsseminarer, hvor modellen for implementering af Røgfrit sygehus blev præsenteret og diskuteret med de tobaksansvarlige på sygehusene, repræsentanter fra sygehusenes ledelser, amtslige forebyggelseskonsulenter og de amtslige sundhedspolitikere. Modellen for Røgfrit sygehus er efterfølgende blevet anvendt af mange sygehuse som ramme for det praktiske arbejde med implementering og som et godt redskab i dialogen med sygehusets interessenter – sundhedspolitikere og amtets sundhedsforvaltning.

I februar 2003 blev dette arbejde fulgt op med etableringen af en tværfaglig interessegruppe *Rygestop på sygehus* med deltagelse af 20 sygehuse. Gruppen blev nedsat som et samarbejde mellem Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Nationalt Center for Rygestop. Et af formålene med etableringen af interessegruppen var at se på brugen og nytten af modellen for Røgfrit sygehus. Et andet formål var at følge udviklingen af rygestopinterventioner på sygehusene med henblik på en videns- og erfaringsudveksling. Det primære fokus for interessegruppens arbejde har været at skabe et overblik over fremmende og hæmmende faktorer i forbindelse med organisering og implementering af Rygestop på sygehus og Røgfrit sygehus.

En arbejdsgruppe nedsat i maj 2005 under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Nationalt Center for Rygestop har stået for udarbejdelsen af indeværende publikation. Publikationen bygger på de erfaringer, som er indsamlet i forbindelse med interessegruppens arbejde i perioden februar 2003 til maj 2005, og som er dokumenteret i *Interessegruppen Rygestop på sygehus. Afsluttende rapport, oktober 2005*.

Publikationen indeholder konkrete anbefalinger og inspiration til det fortsatte arbejde med tobaksforebyggelse på sygehusene. Materialet er bygget op om en samlet model for Det tobaksforebyggende sygehus, som arbejdsgruppen har udviklet på baggrund af modellen for Røgfrit sygehus. Formålet med modelbeskrivelsen er at bidrage til den fortsatte udvikling af tobaksforebyggelse på sygehusene.

Publikationen er tænkt som et arbejdsredskab for de personer, der har det overordnede ansvar for tobaksindsatsen i sundhedsvæsenet. Det drejer sig om sundhedspolitikere, offentlige planlæggere, sygehusledelser og projektansvarlige.

Det er vores håb, at publikationen vil bidrage og inspirere til den fortsatte udvikling af det tobaksforebyggende arbejde på de danske sygehuse.

Forretningsudvalget
Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark

Projektledelsen
Nationalt Center for Rygestop

Baggrund

Tobaksproblemet i Danmark

Tobaksrygning er stadig et stort folkesundhedsproblem i Danmark. På trods af en nedgang i rygeprævalensen ryger 25 % af den danske befolkning over 13 år stadig dagligt (Sundhedsstyrelsen, 2005a). Der er solid videnskabelig evidens for tobakkens skadelige virkninger (WHO, 2004). I Danmark dør ca. 12.000 mennesker hvert år af tobaksrelaterede sygdomme. Storrygere lever omkring 9 år kortere end aldrig-rygere. Rygere reducerer ikke blot deres levetid, men også antallet af leveår med godt helbred. Man regner med, at aldrig-rygere kan forvente at leve 13 år længere med godt selvvalgt helbred end storrygere (Prescott, Clemmesen & Juel, 2004).

Tobaksrygning er den største sygdomsfremkaldende faktor, det er muligt at forebygge. Det gælder i Danmark som i den øvrige vestlige verden (US Department of Health and Human Services, 2004; Doll et al., 2004; KESF & Netværket, 2001). Desuden er det veldokumenteret, at et rygestop altid medfører helbredsfordele.

Sygehuset som tobaksforebyggende arena

I henhold til lov nr. 437 af 14. juni 1995 om sundhedsvæsenet er det pålagt sygehusene at medvirke til udvikling af sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Af lov nr. 482 af 1. juli 1998 § 7 stk. 1, 2 og 4 om patienters retsstilling fremgår det, at patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og sine behandlingsmuligheder, bl.a. oplysning om relevante forebyggelsesmuligheder.

Disse love forpligter sygehuset til at udøve forebyggelsesinitiativer over for patienterne i forbindelse med behandling og indlæggelse. Den nye sundhedslov (lov nr. 546 af 24. juni 2005) indeholder de samme bestemmelser for patienters retsstilling som de tidligere love.

I forhold til tobaksforebyggelse er sygehusene en velegnet arena. Sygehusene har en bred kontaktflade til befolkningen, idet der hvert år er 1,1 mio. indlæggelser¹. Hertil kommer 5,3 mio. ambulante kontakter (Sundhedsstyrelsen, 2005b). I kontakten med sygehusvæsenet opstår der mulighed for dialog med den enkelte patient om rygevaner, hvilket er relevant, eftersom rygning har negativ indflydelse på de fleste sygdomme. I denne situation er patienten ofte meget motiveret for at ændre livsstil for at forbedre eget helbred, for eksempel ved et rygeophør (Emmons & Goldstein, 1992).

Forebyggelsesinitiativer har ofte størst effekt blandt personer med en længere uddannelse og blandt personer i arbejde. En ny undersøgelse baseret på resultaterne fra rygestopinterventionen i Århus Amt viser, at rygestoptilbud på sygehusene adskiller sig fra de øvrige tilbud i Århus Amt ved at have relativt mange deltagere med lavt uddannelsesniveau og mange, der er uden for arbejdsmarkedet. Blandt deltagerne på rygestopkurserne på sygehusene ses tillige en overrepræsentation af mænd sammenlignet med den rygende befolkning i øvrigt.

Rapporten fra Århus Amt konkluderer, at sygehuset som tobaksforebyggelsesarena har en styrke i at have kontakt til mange rygere, der er permanent ude af erhverv (førtidspensionister, efterlønnere og folkepensionister) (Sundhedsfremmeenheden, Århus Amt, 2005). Det tobaksforebyggende sygehus kan bidrage

1) Sundhedsstyrelsen opgør antal udskrivninger af patienter og ikke antal indlæggelser. For læsevenlighedens skyld er der angivet antal indlæggelser, da de to begreber stort set stemmer overens.

til, at rygestopinterventionen når ud til socialt dårligt stillede, som kan være vanskelige at nå i andre forebyggelsesarenaer.

Mange undersøgelser har vist, at rygning påvirker sygdomsforløbet i negativ retning (US Department of Health and Human Services, 2004). Derfor sikres den bedst mulige behandling ved at skabe et røgfrit miljø og registrere patientens rygestatus. Med udgangspunkt i patientens rygevaner bør rådgivning og evt. rygeafvænning være en del af behandlingen eller et tilbud til patienterne. For en række sygdomme som f.eks. kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-karsygdomme er integration af tobaksforebyggelse i behandlingen et væsentligt kvalitetsparameter.

Sammenlignet med andre behandlingsformer, der anvendes på sygehuse, er rygeafvænningstilbud yderst omkostningseffektive (Meenan et al., 1998; Cromwell et al., 1997; Parrot et al., 1998). De gennemsnitlige omkostninger pr. vundet leveår ved medicinsk behandling af hypertension eller by-pass-operation er henholdsvis 2,5 og 120 gange større end de gennemsnitlige omkostninger pr. vundne leveår ved enkelte rygeafvænningstilbud (Meenan et al., 1998).

Det nationale overblik

I mange år har sygehuse i Danmark på forskellig vis arbejdet med Røgfrit sygehus. Mange har arbejdet ud fra publikationen *Røgfrit Sygehus* (Netværket, 2001),

som indeholder en definition på et røgfrit sygehus og et forslag til strategi for implementering heraf.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Københavns Amt, har i sommeren 2005 på vegne af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark (herefter Netværket) og Nationalt Center for Rygestop (herefter NCR) gennemført en kortlægning af tobaksarbejdet på sygehuse (Netværket & NCR, 2005b). Kortlægningen har fokus på tre komponenter: tobakspolitik, systematisk tobaksindsats og rygestopinterventioner. Kortlægningen omfatter såvel somatiske som psykiatriske sygehuse.

Konklusionen på kortlægningen er, at mange sygehuse i Danmark arbejder målrettet henimod Røgfrit sygehus. Mange sygehuse har indført rygestoptilbud i relation til patienter, pårørende og personale, samt rygeforbud for personalet og regler om rygning, og er klassificeret som værende *På vej mod røgfrit sygehus*, på *trin 1* eller *trin 2*. Pt. er der ét sygehus, som kan kalde sig røgfrit på *trin 3* (se bilag 1), hvilket betyder, at patienter (med mulighed for individuel dispensation), pårørende og personale er røgfri på sygehuset og sygehusets område (matriklen).

Kortlægningen synliggør et behov for en model, der anerkender en mere differentieret tilgang til tobaksforebyggelse på det enkelte sygehus. En model, der også vægter den systematiske tobaksindsats og tilbud om rygestop til patienterne og ikke alene har fokus på røgfrie miljøer, som det er tilfældet i modellen for Røgfrit sygehus.

Det tobaksforebyggende sygehus

Konceptet for Røgfrit sygehus blev udviklet af Netværket i 2001 (Netværket, 2001). Røgfrit sygehus og definitionerne heraf er et redskab til implementering af røgfrihed på de danske sygehuse og en hjælp til, at dette kan ske i en velorganiseret ramme. Erfaringerne fra bl.a. arbejdet i interessegruppen Rygestop på sygehus viser, at der anno 2005 er behov for en mere nuanceret model, der anerkender og synliggør andre tiltag end implementeringen af tobakspolitikken på sygehuset.

Publikationen indeholder en videreudvikling af Røgfrit sygehus, således at fokus på sygehusets tobakspolitik bliver suppleret med fokus på systematisk tobaksindsats i forhold til patienterne og på rygestopinterventionen.

Det tobaksforebyggende sygehus indeholder således tre grundelementer:

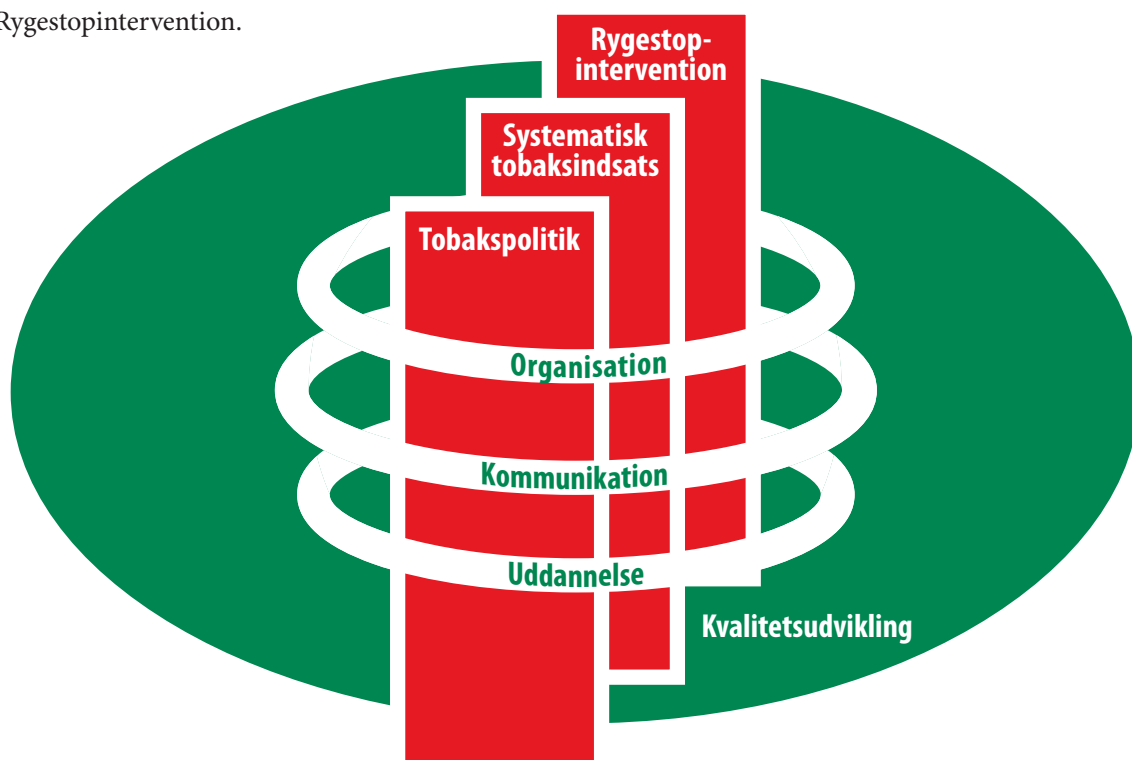
- Tobakspolitik
- Systematisk tobaksindsats
- Rygestopintervention.

Elementerne fremgår af modellen for Det tobaksforebyggende sygehus. Modellen opererer derudover med en række tværgående aktiviteter, som alle er forudsætninger for en succesfuld implementering af Det tobaksforebyggende sygehus:

- Organisation
- Uddannelse
- Kommunikation.

Det anbefales at indarbejde kvalitetsudvikling i alle elementer og aktiviteter i modellen som bærende princip for alt arbejde med tobaksforebyggelse på sygehuset.

De bedste forudsætninger for en succesfuld implementering af Det tobaksforebyggende sygehus skabes, når de grundlæggende elementer fra modellen (tobakspolitik, systematisk tobaksindsats og rygestopintervention) udvikles sideløbende, da de enkelte elementer er indbyrdes afhængige.



Hensigten med en tobakspolitik og et røgfrit miljø er at skabe et sygdomsforebyggende behandlings- og arbejdsmiljø og tillige sikre ikke-rygere mod røg.

Vedtagelsen af en tobakspolitik understøtter gennemførelsen af den systematiske tobaksindsats, idet det bliver naturligt at tale rygevaner med patienten i forbindelse med behandling og indlæggelse. Samtidig støttes patienter og personale, der ønsker at holde op med at ryge, når der henvises til rygestoptilbud. Det anbefales, at medarbejdere før og under implementeringen af Det tobaksforebyggende sygehus tilbydes hjælp til rygestop (se kapitlet Rygestopintervention).

I praksis har det dog vist sig, at sygehusene ofte indarbejder et element ad gangen. Det er forskelligt, hvor

mange af de grundlæggende elementer der implementeres, og i hvilken rækkefølge det sker (Netværket & NCR, 2005a).

Hvad enten man implementerer elementerne samlet eller enkeltvis, er det væsentligt at fastholde, at Det tobaksforebyggende sygehus er en dynamisk proces. Der er indbyrdes synergi mellem elementerne og de tværgående aktiviteter, og der vil være behov for løbende opfølgning og videreudvikling på alle niveauer. Dette kan f.eks. ske ved, at de aktuelle elementer i Det tobaksforebyggende sygehus drøftes som et fast punkt på lokale MED-møder, og ved at ledelserne straks håndterer eventuelle overtrædelser efter givne retningslinjer.

Tobakspolitik

– det første grundelement

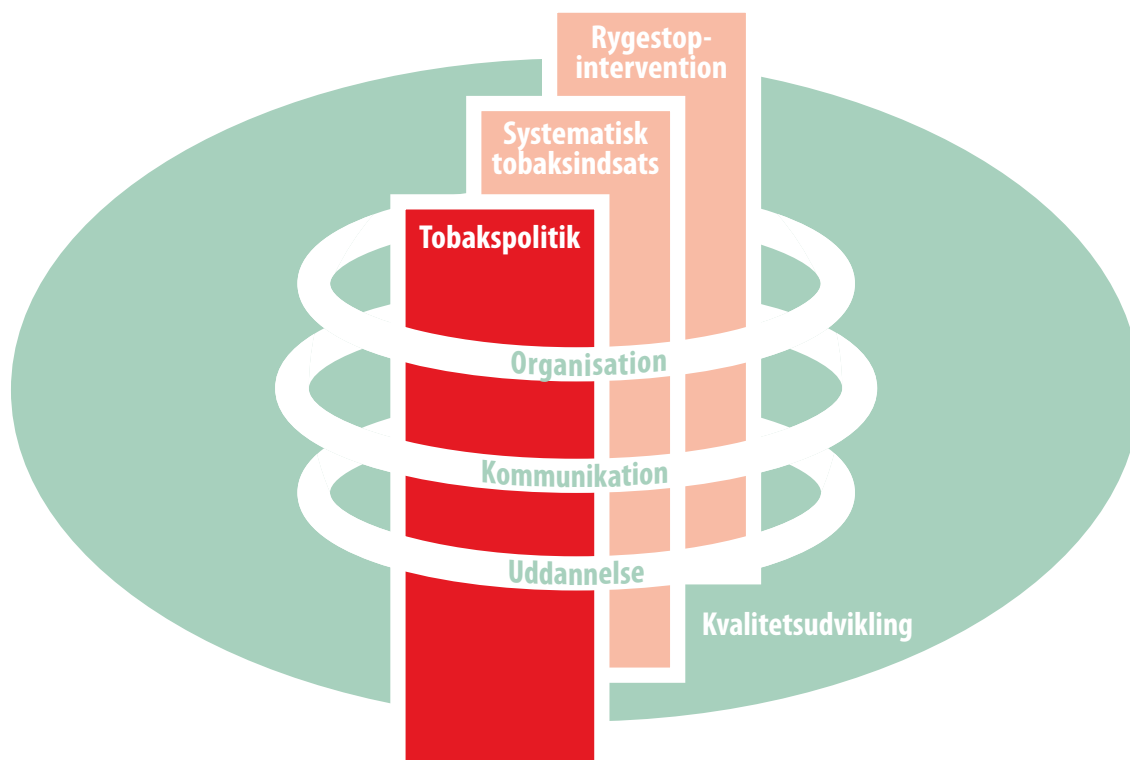
Et røgfrit miljø virker fremmende for implementering af de øvrige tobaksforebyggende initiativer på sygehuset. Der er bedre forudsætninger for at påbegynde, fastholde og vedligeholde et rygestop, når omgivelserne på arbejdspladsen eller under indlæggelse er røgfrie. Udbredelsen af det røgfri miljø i Det tobaksforebyggende sygehus er defineret af den vedtagne politik, hvor alle skal kunne færdes på sygehuset uden at blive udsat for passiv rygning. Sygehuset kan f.eks. vælge, at der skal være røgfrit indendørs på sygehuset, eller at der skal være røgfrit på hele sygehusets matrikel.

Det anbefales som udgangspunkt, at niveauet og rammerne for tobakspolitikken fastlægges på basis af en proces internt i sygehusets MED-struktur og i dialog med ledelse og politikere. Ved at inddrage hoved-MED-udvalget på sygehuset i alle faser af implementeringen af tobakspolitikken styrkes forankringen af politikken på sygehuset. Samtidigt sikres det, at poli-

tikken hænger sammen med sygehusets øvrige personalepolitik.

Initiativet til indførelse af en tobakspolitik på sygehuset kan enten komme som et medarbejderønske, fra sygehusets ledelse eller fra det politiske niveau. Erfaringer fra flere amter, hvor der er taget beslutning om at indføre Røgfrit sygehus, viser, at det er hensigtsmæssigt med en (amts)politisk beslutning bag indførelse af et helt eller delvist rygeforbud på sygehuset. Det sikrer en ensartet holdning i hele amtet og den nødvendige politiske opbakning, når beslutningen om Røgfrit sygehus bliver udfordret i pressen.

Det er sygehusledelsens ansvar, at tydelig skiltning og information viser, at sygehuset er røgfrit, og at politikken for røgfrihed overholdes (Netværket, 2001). Det er ligeledes sygehusledelsens beslutning, om der på sygehuset skal gøres brug af sanktioner over for personalet,



hvis reglerne om røgfrihed på sygehuset overtrædes. Her er det afgørende, at konsekvenserne for personalet er ens uanset placering i organisationen.

Alle har et ansvar for at overholde reglerne om det røgfri miljø, men ansvaret er især placeret på ledelsesniveau både generelt på sygehuset og i særdeleshed inden for det enkelte ledelsesområde.

Ved planlægningen og implementeringen af et røgfrit miljø er det væsentligt at tage stilling til den fysiske

indretning af sygehuset, så denne er tidssvarende i forhold til tobakspolitikken. Der skal derfor afsættes ressourcer til renovering af nedlagte rygerum mv.

Konkrete anbefalinger vedrørende udarbejdelse af tobakspolitikker kan læses i *Røgfrit sygehus* (Netværket, 2001), som anviser, hvilke elementer der bør overvejes, og hvordan processen konkret kan gribes an.

Systematisk tobaksindsats

– det andet grundelement

Den systematiske tobaksindsats udgør det andet grundelement af Det tobaksforebyggende sygehus. Det anbefales, at udviklingen af en systematisk forebyggende tobaksindsats tager sit udgangspunkt i Netværkets standarder for forebyggelse, primært standard 2 og standard 3 (Netværket, 2003):

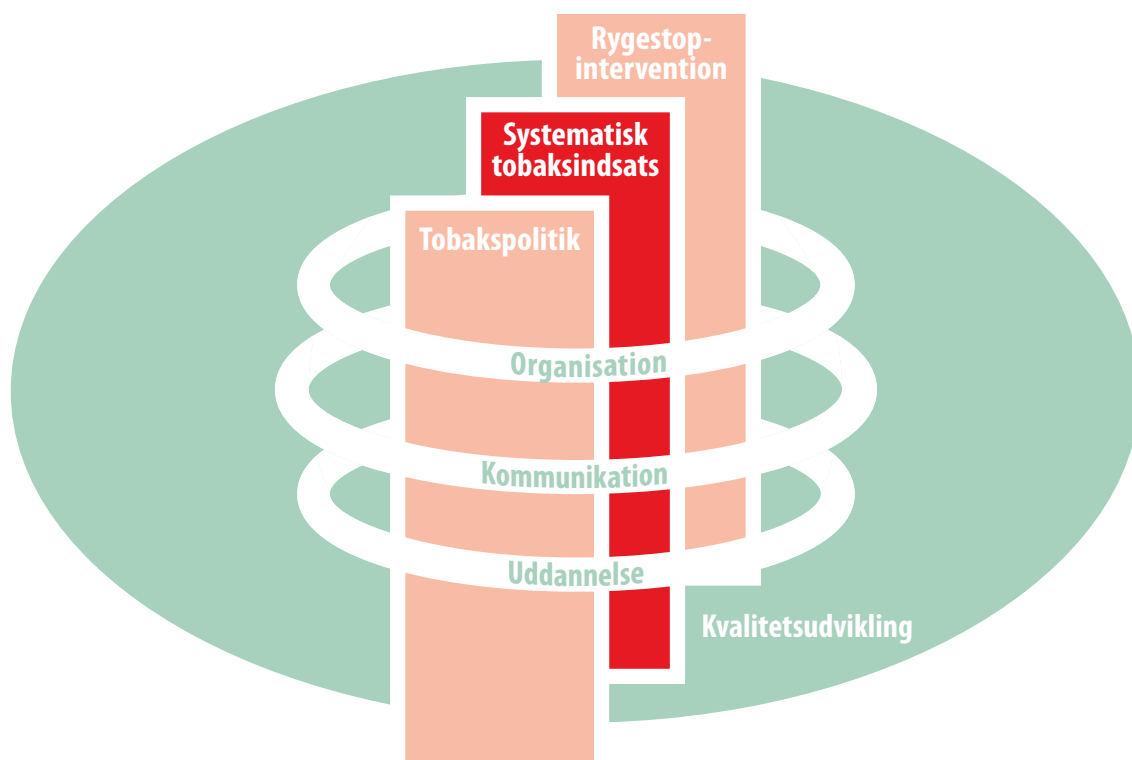
- ”Standard 2 beskriver sygehusets ansvar for at foretage en vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i alle patientforløb.” I forbindelse med tobaksforebyggelse vil det som absolut minimum betyde en afklaring af patientens rygestatus.
- ”Standard 3 stiller krav om, at sygehuse sikrer rettidig information til patienten, og at der systematisk tilbydes sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på baggrund af identificerede behov.”

(Hele teksten for standard 2 og 3 er gengivet i bilag 2)

I Det tobaksforebyggende sygehus består den systematiske tobaksindsats af følgende komponenter:

- identifikation og registrering af rygestatus hos alle patienter, der er i kontakt med sygehuset
- information til de rygende patienter om, hvad deres tobaksforbrug betyder for behandling og prognose (relevant patientinformation)
- en afklarende samtale om motivation for rygestop
- støtte og vejledning til behandling og håndtering af røgfrihed under indlæggelse
- henvisning til intervention i form af relevant rygestoptilbud.

Det er vigtigt at synliggøre forebyggelse, da forebyggelse som en del af det daglige arbejde på et sygehus kræver ressourcer. Synliggørelsen kan foregå gennem dokumentation og kodning af aktiviteterne, hvilket



også fremmer implementering af en systematisk tobaksindsats (se kapitlet *Kvalitetsudvikling*). Det er tillige vigtigt, at der anvendes standarder for det tobaksforebyggende arbejde, således at det er muligt at vurdere ydelserne med henblik på kvalitetsudvikling (se bilag 2).

Implementering af standarder kan ske gennem beskrivelse og implementering af kliniske retningslinjer. De kliniske retningslinjer bør indeholde:

- opgaver – bl.a. hvilke tobaksforebyggende aktiviteter der bør tilbydes
- målgruppe(r)
- hvilke faggrupper der skal udføre opgaven
- hvornår opgaverne skal udføres
- hvordan – hvilke redskaber skal bruges, f.eks. journalark for afdækning af rygevaner i patientjournalen
- henvisningsstrukturer fra bl.a. almen praksis til sygehuset, internt i sygehuset og fra sygehuset til lokale tilbud for at sikre det gode sammenhængende patientforløb.

En væsentlig forudsætning for, at personalet kan varetage den systematiske tobaksindsats, er viden om indsatsens betydning og pædagogiske kompetencer.

Desuden bør personalet opfatte den systematiske tobaksindsats som et vigtigt klinisk behandlingselement på lige fod med anden behandling. Dermed er patientens rygevaner ikke kun et privat anliggende, men en prioriteret faktor i den samlede behandlingsindsats. Den systematiske tobaksindsats indgår hermed som en del af den samlede behandlingsindsats, og kvaliteten sikres ved at anvende Den Danske Kvalitetsmodel.

Det er afdelingsledelsens ansvar, at de kliniske retningslinjer implementeres succesfuldt i den daglige praksis. En måde, hvorpå den systematiske tobaksindsats kan styrkes yderligere, er at lade den indgå som en del af den politiske beslutning i processen om Røgfrit sygehus. Samtidig med at det beslutes, at sygehuset skal være røgfrit, beslutes det således også, at der skal tages hånd om de rygende patienter. Med en politisk beslutning forpligtes sygehusledelserne til at skabe muligheder for den systematiske tobaksindsats. En politisk beslutning vil også medføre en fælles linje for regionens sygehuse og vil dermed styrke signalerne omkring tobaksforebyggelse på sygehusene.

Rygestopintervention

– det tredje grundelement

Tilbudstyper

Der eksisterer mange forskellige rygestopinterventioner på sygehusene. De forskellige interventioner kan opdeles i høj- og lavintensive tilbud. Den principielle forskel mellem tilbudene er, at de højintensive tilbud i udgangspunktet er rettet mod individer og grupper, mens lavintensive tilbud er rettet mod populationer af rygere, hvilket fremgår af tabel 1 (se side 18).

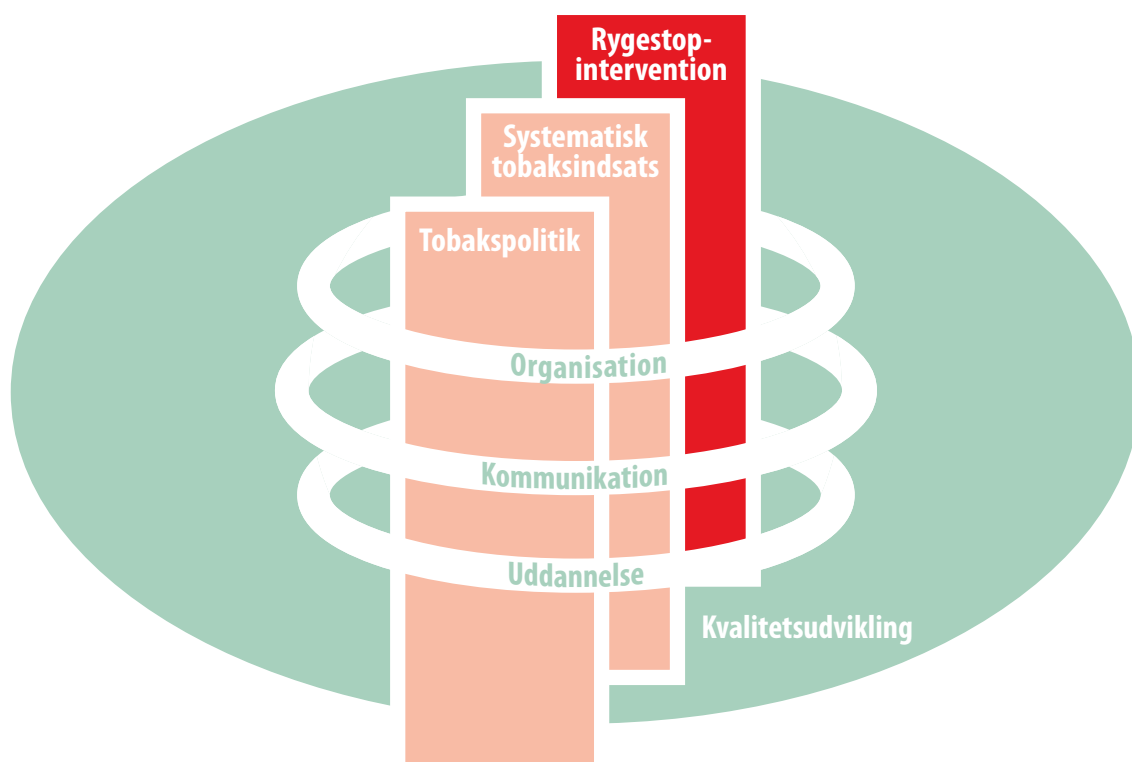
Det enkelte sygehus kan højst sandsynligt ikke udbyde alle former for rygestoptilbud. Det centrale er dog, at enten sygehuset eller patientens lokalområde har et varieret udvalg af tilbud, at tilbuddene er evidensbaserede, at de er synlige for brugerne, samt at personalet har kendskab til, hvilke henvisningsmuligheder der findes både internt og eksternt. Erfaringerne viser, at de enkelte tilbud ofte kombineres på sygehusene, og at

individuel rygeafvænning fortsætter som telefonrådgivning efter udskrivelse, men med samme rygestopstruktur (Netværket & NCR, 2005a).

Henvisningsstruktur

Det anbefales, at sygehuset har en effektiv intern og ekstern henvisningsstruktur. Den interne henvisningsstruktur er især vigtig på de sygehuse, hvor der eksisterer en central rygestopenhed (se kapitlet *Organisation*), som der kan henvises til.

Den eksterne henvisningsstruktur drejer sig om mulighed for at henvise *fra* sygehuset til f.eks. det lokale apotek eller STOP-linjen. Det er relevant både i de tilfælde, hvor sygehuset ikke selv har det rette tilbud til rygestopperen, og hvor afstanden fra patientens hjem



Tabel 1. Oversigt over evidensbaserede rygestopinterventioner

Tilbud		Beskrivelse	Målgruppe
Lavintensive	Selvhjælpsmateriale	Ved brug af foldere, brochurer, bøger, kassettebånd, videobånd og computerprogrammer er der flere, som holder op med at ryge, set i forhold til ingen intervention. Effekten af selvhjælpsmateriale er dog svag, og brug af selvhjælpsmateriale bør derfor ikke stå alene.	Alle rygere, der ønsker at stoppe med at ryge, kan have behov for selvhjælpsmateriale. Det er forventeligt, at de rygere, der finder selvhjælpsmateriale relevant, har erfaring for at kunne finde støtte og motivation via f.eks. pjecer.
	Skræddersyet, interaktivt rygestopprogram	Rygestopprogram på internettet, hvor rygestopperen løbende modtager individuelle e-mail med vejledning i rygestopforløbet. Dette kan med fordel kombineres med udsendelse af breve til rygestopperen.	Rygestoppere med adgang til internettet, for hvem det er et naturligt arbejdsredskab. For rygestoppere, der har brug for kontinuerlig hjælp til selvhjælp uden nødvendigvis at have behov for personlig kontakt til rygestopinstruktører eller andre rygestoppere. Formentlig vil dette tilbud henvende sig til yngre mennesker.
	Telefonrådgivning	Telefonisk rådgivning af rygestopinstruktører, evt. på nationalt plan (STOP-linjen) med lokal opfølgning.	Rygestoppere, der ønsker personlig vejledning i rygestop, men ikke ønsker at indgå i formelle vejledningsforløb.
Højintensive	Medicinsk behandling	<i>Nikotinsubstitution:</i> Nikotinprodukter reducerer abstinenser ved rygeophør ved at tilføre kroppen nikotin. Der er solid evidens for, at anvendelse af nikotinprodukter ved rygeophør øger sandsynligheden for at blive røgfri. Der findes mange forskellige nikotinprodukter, og valg af det enkelte produkt afhænger af rygerens behov og ønsker. <i>Bupropion:</i> Bupropion (Zyban) er en effektiv metode til rygeafvænning. Den videnskabelige dokumentation herfor er begrænset til rygere, der ryger mere end 15 cigaretter dagligt, og som modtager intensiv støtte og vejledning.	Alle rygere, der ønsker at stoppe med at ryge, kan have behov for medicinsk behandling. Især for rygere med et dagligt forbrug på over 10 gram tobak, og som ryger inden for 30 minutter, efter de er vågnet, spiller nikotinafhængigheden en rolle i vedligeholdelse af rygning. Det anbefales, at medicinsk behandling kombineres med rådgivning.
	Rygestopkursus i grupper	Konceptet er en national standard og forløber over 6 uger med 5 mødegange. Der kan dog også tilbydes lynkurser, hvor forløbet er mere intensivt. Gruppens størrelse kan variere fra 6 til 12 deltagere. Forløbet ledes af en rygestopinstruktør. Der er evidens for, at rygestopkurser i grupper øger sandsynligheden for rygestop, og hvis kurserne kombineres med nikotinsubstitution, forøges stopraten markant.	Rygestopkursus i grupper henvender sig til rygestoppere, der ønsker intensiv vejledning til at gennemføre et rygestop med andre i samme situation. Det er en forudsætning for at deltage, at deltagerne er villige til at delagtiggøre resten af gruppen i egne erfaringer med rygestop og i høj grad kan følge det fastlagte koncept for gruppen.
	Individuel rygeafvænning	Konceptet er en national standard, hvor der som minimum anbefales 5 mødegange med ca. 1 uges mellemrum, og hvor rygeafvænning varetages af en rygestopinstruktør. Individuel rygeafvænning åbner mulighed for større fleksibilitet, da denne form for rygeafvænning tager højde for den enkeltes beslutningsparathed og behov.	Rygestoppere, der ønsker individuel rådgivning til rygestop. Konceptet anbefales til de rygestoppere, der ikke har lyst til at dele deres nuværende og evt. tidligere erfaringer med rygestop med andre end instruktøren, eller til rygestoppere, hvor der skal tages særlige hensyn, f.eks. patienter, der er stoppet med at ryge under indlæggelse, hvor der er behov for hurtig rådgivning, eller til psykisk syge.

(KESF & Netværket, 2001; Nordjyllands Amt, 2005; Sundhedsstyrelsen & NCR, 2003)

til sygehuset gør det urealistisk, at patienten efter udskrivelse kan deltage i rygestoptilbud på sygehuset.

Det kan være en fordel, hvis primærsektor kan henvise *til* sygehuset. Det er særligt relevant, hvor sygehuset har en rygestopenhed. Henvisningsmuligheder både til og fra sygehuset medvirker til at styrke det sammenhængende patientforløb og skaber kontinuitet i sundhedstilbuddene.

Den nye sundhedslov lægger op til en ny fordeling af opgaverne på tobaksområdet, således at sygehuset primært bliver ansvarlig for screening og den første motiverende og afklarende samtale med patienten, hvorefter der henvises til rygestopintervention i kommunalt regi. En konsekvens af denne nye opgavedeling er et øget fokus fremover på den eksterne henvisningsstruktur fra sygehuset til andre aktører, primært i kommunalt regi.

Både en intern og en ekstern henvisningsstruktur er særdeles afhængig af, at der udarbejdes formelle henvisningsveje, f.eks. ved at systematisere arbejdsgangen og integrere henvisningen i journalføringen. De interne og eksterne henvisningsmuligheder kan således understøttes af en veludviklet systematisk indsats (se kapitlet *Systematisk tobaksindsats*).

Endvidere er kendskab til rygestoptilbuddene en væsentlig faktor i etableringen af effektive henvisningsstrukturer. Det forudsætter, at tilbuddene er synlige, og at der informeres om dem (se kapitlet *Kommunikation*).

Kodning af tobaksforebyggende aktiviteter på sygehuset kan være med til at understøtte kontinuitet og samarbejde mellem sygehus og almen praksis. Når aktiviteter og interventioner i forhold til den enkelte patient kodes og indføres i epikrisen til patientens egen læge, får lægen mulighed for at følge op på den tobaksforebyggende indsats, der er udført på sygehuset.

Organisation

Modeller for organisering af Det tobaksforebyggende sygehus

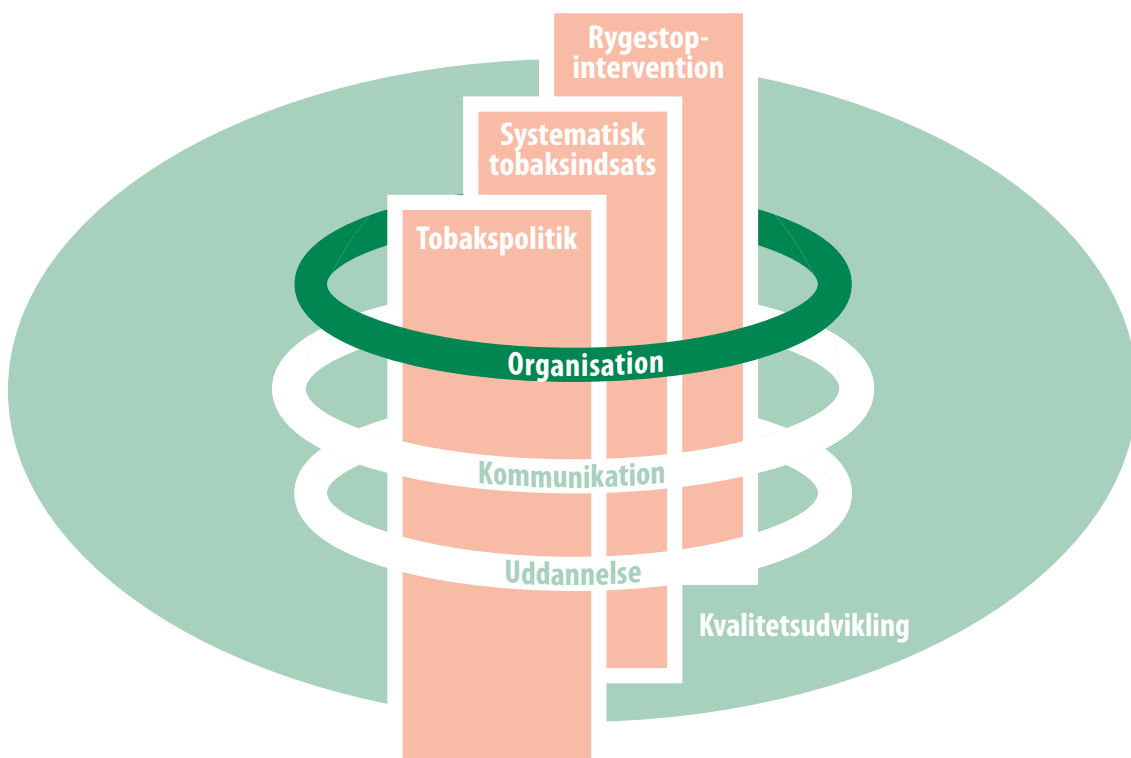
Organisering af det tobaksforebyggende arbejde på sygehusene struktureres i dag på flere forskellige måder (Netværket & NCR, 2005b). De forskellige tilgange kan opdeles i en central og en decentral model. De to modeller kan dog betragtes som yderpunkter i et kontinuum, hvorimellem der findes mange valgmuligheder og variationer.

Den centrale model er karakteriseret ved:

1. en stærk, central styring af tobaksforebyggende arbejde på sygehuset – f.eks. en styregruppe, hvor afgørende beslutninger om implementeringen tages. Erfaringen viser, at den bedste forankring

af det tobaksforebyggende arbejde sker, hvis sygehusledelsen er repræsenteret i styregruppen.

2. en central enhed, som forestår implementering af styregruppens beslutninger i forhold til den systematiske tobaksindsats og rygestopinterventionen, herunder fungerer som koordinator og udbyder af rygestoptilbuddene. Enheden vil også have ansvaret for efteruddannelse og supervision af rygestopinstruktører samt af nøglepersoner på de enkelte afdelinger.
3. at personalet på de enkelte afdelinger og afsnit kun involveres i afdækning af patientens rygevaner og en kort rygevanesamtale, og at henvisning til rygestoptilbud sker til den centrale rygestop-enhed.



Den decentrale model er karakteriseret ved:

1. mindre central styring af rygestopinterventionen, hvor ledelsen på sygehuset, eventuelt en faglig gruppe, udelukkende tager overordnede, retningsgivende beslutninger.
2. en fagligt ansvarlig person eller enhed, der udelukkende står for den overordnede koordinering af tobaksarbejdet.
3. en stærk, decentral styring af rygestopinterventionen, der giver personalet på de enkelte afdelinger og afsnit stort råderum med hensyn til at tage beslutninger samt implementeringen af rygestoptilbuddene og eventuelt en systematisk indsats på de enkelte afdelinger. Størstedelen af rygestoptilbuddene gennemføres på afdelingsniveau.

Tabel 2 præsenterer fordele og ulemper forbundet med de to modeller. Denne beskrivelse af organiseringen er udviklet af Rambøll Management (Rambøll Management, 2005) og videreudviklet på baggrund af erfaringerne fra arbejdet i interessegruppen Rygestop på sygehus.

Fælles for de to tilgange er, at der til hvert sygehus bør tilknyttes en faglig koordinator, som er hovedansvarlig for implementeringen og organiseringen af det tobaksforebyggende arbejde. Hvorvidt koordinatoren er fuldt eller delvist beskæftiget med det tobaksforebyggende arbejde afhænger af sygehusets størrelse og af den organisatoriske ramme for det forebyggende arbejde på sygehuset.

Flere sygehuse har f.eks. valgt at ansætte en person, der koordinerer alt det forebyggende arbejde på sygehuset (tobak, motion, kost etc.), og derved udgør arbejdet med tobak kun en del af personens arbejde. For begge tilgange er det væsentligt, at sygehusledelsen tydeligt i hele organisationen påtager sig ansvaret for implementering af det røgfrie miljø og den tilhørende tobakspolitik.

“Fornyelse skal gøres med omtanke. En organisation er en levende organisme, og som sådan leder den efter og adlyder en række regler og lovmæssigheder, som vi kun delvist forstår.”

(Hildebrandt et al, 1997)

Tabel 2. Fordele og ulemper forbundet med central og decentral model for organisering af Det tobaksforebyggende sygehus

	Central model	Decentral model
Fordele	<ul style="list-style-type: none"> • Giver mulighed for at samle mere generel viden om tobaksindsatsen på sygehuset og herigennem i højere grad at kunne vurdere, hvilke indsatser og metoder der virker, og hvilke der ikke virker. • Mulighed for økonomisk forankring på længere sigt, idet ledelsen har indblik i projektets forløb og resultater. • Idet rygestoptilbuddene er placeret uden for afdelingerne, er de ikke afhængige af afdelingernes ressourcer og arbejdsbelastning. • Størst brugbarhed på de større sygehuse, som er samlet på én matrikel, hvor der kan opnås økonomiske stordriftsfordele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor forankring blandt sundhedspersonalet, som gennem det tildelte ansvar får et ejerskab for projektet og implementeringen heraf. • Mange personer blandt sundhedspersonalet får erfaringer med rygevanesamtaler og rygestoptilbud. • Den øgede viden om tobak og tobakkens skadelige virkninger øger ligeledes personalets motivation for fortsat at arbejde systematisk med tobaksforebyggelse decentralt. • Personsammenfald mellem plejepersonalet på de enkelte afdelinger og underviserne på rygestopkurser kan give større indsigt i den enkelte patients behov.
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende forankring blandt sundhedspersonalet på de enkelte afdelinger kan medføre færre henvisninger. • Personalet har en oplevelse af, at de med endnu et journalskema får pålagt en ekstra ressourcekrævende opgave udefra. • Relativt økonomisk tung med en høj grad af faste omkostninger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for manglende økonomisk forankring på længere sigt, idet ledelsen ikke mere er involveret. • Øget risiko for større variation i udbud og kvalitet af tobaksindsatsen mellem afdelingerne. • Vanskeligere at opsamle generel viden om rygestopindsatsen.

Ændringer skal foretages ud fra en indsigt i organisationens hidtidige liv og struktur, mens ansvaret for opbyggelsen af Det tobaksforebyggende sygehus skal ske på baggrund af indsigt og viden om tidligere erfaringer og resultater på tobaksområdet.

Valget af tilgang til organisering og implementering af Det tobaksforebyggende sygehus skal planlægges ud fra kendskab til egen organisation og de konditioner, der gør sig gældende, f.eks. sygehusets størrelse, patientkategorier og optageområdets demografi. Patientgrundlaget, antal patienter, der er rygere, samt den geografiske spredning m.fl. er afgørende faktorer, når det skal besluttes, om sygehuset selv skal tilbyde rygestopforløb, eller der skal henvises til lokale samarbejdspartnere uden for sygehuset, f.eks. Sund By-butikker eller apotekerne. Behovet for at kunne henvise til rygestopforløb uden for sygehuset er størst i geografisk store amter med en relativt lav befolkningstæthed, hvor den enkelte borger har langt til sygehuset.

Arbejds- og ansvarsfordeling

Uafhængigt af hvilken organisering der vælges, er det væsentligt med en klar arbejds- og ansvarsfordeling mellem sygehusledelsen, den faglige koordinator, afdelingsledelserne og de enkelte rygestopinstruktører. Der kan med fordel udarbejdes funktionsbeskrivelser for medarbejdere på alle niveauer i Det tobaksforebyggende sygehus, da beskrivelserne giver overblik over, hvilke forventninger der er til de enkelte medarbejdere og deres respektive ledelser.

Formålet med en funktionsbeskrivelse er at skabe klare rammer for det arbejde, der skal udføres, samt for den nødvendige ajourføring, såsom møder og kurser. Der

bør være en aftale indgået mellem ledelse og personale, og den bør løbende tages op til revision.

Overordnet styring

Det anbefales, at de overordnede retningslinjer for den systematiske tobaksindsats, kvaliteten i rygestopinterventionen og niveauet af røgfrihed er ens for alle sygehuse i regionen. Det fælles regionale udgangspunkt opnås bedst ved, at der etableres et godt samarbejde mellem den regionale administration og sygehusene, samt at der på regionalt niveau er afsat ressourcer til udviklingen af fælles retningslinjer, materialer m.m. Implementeringen af Det tobaksforebyggende sygehus styrkes yderligere, såfremt det baseres på en politisk beslutning.

Det er væsentligt, at sygehusledelsen afsætter ressourcer til at deltage i den overordnede styring af implementeringen af Det tobaksforebyggende sygehus. Herved vil tobaksindsatsen ikke alene afhænge af enkeltpersoners præstationer (ildsjæle på afdelingerne), men blive en del af organisationens samlede politik og daglige arbejde. Det anbefales, at sygehusledelsen er født medlem af styregruppen, som desuden bør bestå af ledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter fra diverse faggrupper, herunder læger. Den ansvarlige koordinator bør ligeledes være en del af styregruppen, da det herved sikres, at vigtig information ikke går tabt.

I den overordnede styring af Det tobaksforebyggende sygehus er det desuden hensigtsmæssigt at inddrage en repræsentant for det plejepersonale, der har den direkte patientkontakt og derigennem er det bærende element i det forbyggende arbejde på afdelingerne.

Kommunikation

Hvad er Det tobaksforebyggende sygehus? Det er et spørgsmål, som alle, der ikke lige arbejder med tobak i hverdagen, vil stille med det samme. Hvad betyder det? Har det noget med mig at gøre? Hvordan foregår det? For at disse spørgsmål ikke skal svæve frit i luften, er en af de vigtigste opgaver i forbindelse med Det tobaksforebyggende sygehus at etablere en god og kontinuerlig kommunikation med alle relevante aktører.

På sygehuset vil alle medarbejdere have en rolle i forbindelse med Det tobaksforebyggende sygehus. Nogle får et bestemt ansvar, andre får tildelt en enkelt opgave, og mange skal blot have information om den organisation, de befinder sig i. Uden for sygehuset vil der også være en række mennesker, som det vil være hensigtsmæssigt at inddrage eller orientere.

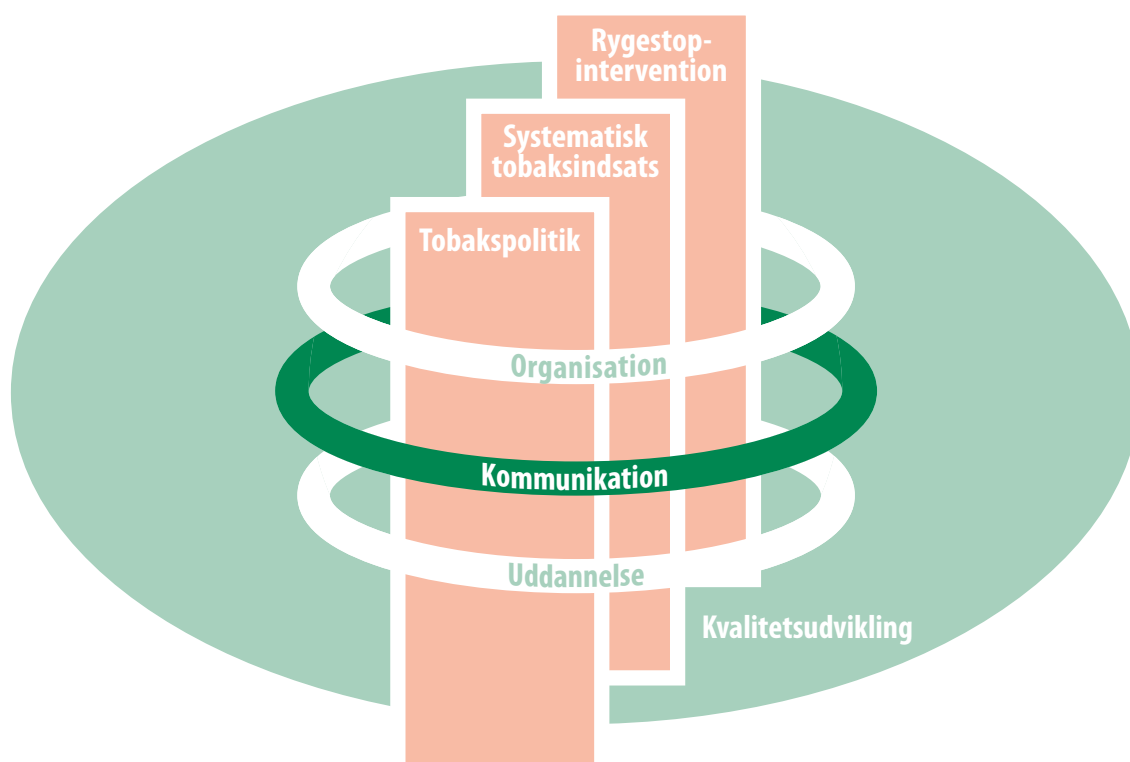
Derfor skal interessenterne klarlægges inden opstart – det vil sige, hvem der inden og uden for sygehuset kan

have interesse i Det tobaksforebyggende sygehus og de forskellige aktiviteter, som det indebærer. Der skal udarbejdes en oversigt over interessenterne, således at de rette personer inddrages på de rette tidspunkter.

Når interessenterne er afdækket, kan kommunikationsindsatsen målrettes de relevante personer og målgrupper. Budskabet skal tilpasses målgruppen – der er forskel på, om det er politikere, en bestemt afdeling, patienter eller pressen, som budskabet skal nå.

Generelt er det en god ide:

- at have et positivt udgangspunkt, dvs. at fokusere på røgen frem for rygeren
- at skabe handlemuligheder og ikke forbud
- at rette opmærksomheden på helbredsfordele ved rygestop.



Når der er skabt et klart billede af, *hvad* der skal gøres, og *hvem* der skal inddrages eller orienteres, kan der udarbejdes en kommunikationsplan, dvs. en oversigt over målgrupper, budskaber, medievalg og timing for de enkelte kommunikationstiltag.

Hvis sygehuset har en kommunikationskonsulent, er det en god ide at inddrage vedkommende som samarbejdspartner.

Uddannelse

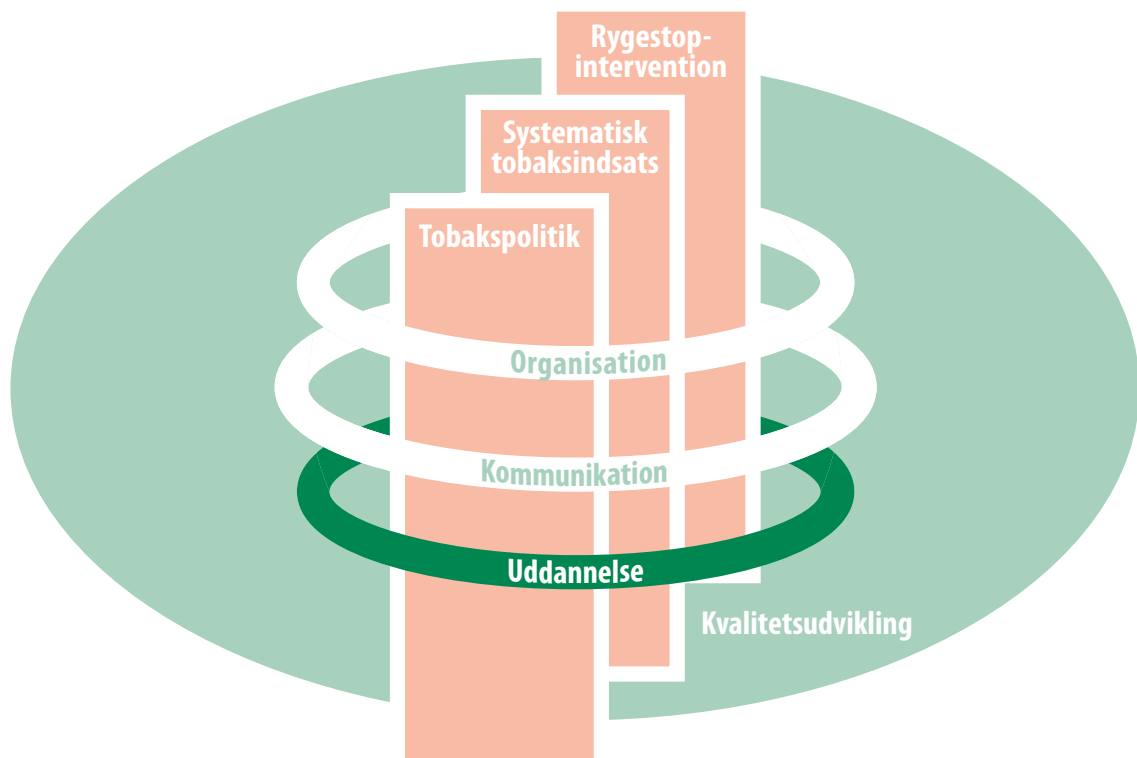
Uddannelse af det sundhedsfaglige personale er en forudsætning for en succesfuld implementering af Det tobaksforebyggende sygehus. Den fulde effekt af uddannelse opnås dog først, når uddannelsen omsættes fra teori til praksis, således at den relateres til hverdagen samt anvendes i forbindelse med arbejdsopgaver. Det anbefales derfor, at der skabes muligheder for, at uddannelsen bliver brugt i hverdagen.

Uddannelse, der fokuserer på viden om tobakkens skadelige virkninger og de sundhedsmæssige gevinster ved et rygestop, pædagogiske metoder til undervisning og motivation samt ændringsprocesser blandt rygere, kan fremme personalets motivation til at rådgive om rygning. Erhvervelsen af kompetence giver både sikkerhed og motivation i arbejdet og kan føre til, at personalet ikke længere opfatter samtalen med patienten om rygning og rygevaner som en indtrængen i den

private sfære, men som en fagligt velbegrundet del af det kliniske arbejde (KESF, 2003). Det er ligeledes vist, at rygende og ikke-rygende personale ofte rådgiver rygende patienter forskelligt (Willaing, 2000). En systematisk uddannelsesindsats kan kompensere for denne forskel.

Nuværende kursustilbud

I dag eksisterer der nationale koncepter for rygestopinstruktøruddannelsen, der sætter en person i stand til at gennemføre rygeafvænnning i gruppe eller individuelt. Derudover eksisterer der en række efteruddannelseskurser. Bl.a. Kræftens Bekæmpelse udbyder disse kurser, men også enkelte amter og kommuner har deres egne uddannelsesinitiativer (Kræftens Bekæmpelse, 2005).



I de nuværende kursustilbud er der i høj grad fokus på, at rygestopinstruktørerne tilegner sig kompetencer, der støtter og uddanner dem i at rådgive og motivere til rygestopprocessen. Disse kompetencer er dog ikke fyldestgørende set i relation til Det tobaksforebyggende sygehus. Det tobaksforebyggende sygehus indeholder de tre grundelementer – tobakspolitik, systematisk tobaksindsats og rygestopinterventionen – hvilket medfører en efterspørgsel efter andre kompetencer end dem, der i dag tilegnes via rygestopinstruktørkursus. Der stilles i dag krav til det sundhedsfaglige personale om, at de skal håndtere både den systematiske tobaksindsats og et røgforbud som en del af sygehusets hverdag, hvorfor personalets uddannelse løbende bør tilpasses kravene til arbejdets udførelse.

Kompetencer, fagfolk bør besidde

Kompetenceudviklingen af det sundhedsfaglige personale i forhold til tobaksområdet kan med fordel forbedres. Udførelsen af tobaksindsatsen varetages på forskellige niveauer, og uddannelse og kompetencer hos den enkelte ansatte skal matche de opgaver, som vedkommende skal udføre. I det efterfølgende er defineret fire niveauer for personale, der arbejder med tobaksforebyggelse. Det drejer sig om den projektansvarlige for den samlede indsats, rygestopinstruktører, koordinatorer på afdelingsniveau samt involveret sundhedsfagligt personale, der udfører den systematiske tobaksindsats. Det skal bemærkes, at en ansat i visse tilfælde kan varetage funktioner på flere niveauer.

Den projektansvarlige/koordinatoren for aktiviteterne på sygehuset bør:

- have viden om projektledelse
- have evne til at agere på alle niveauer i organisationen
- have viden om organisationsforandring
- kunne supervisere kollegerne
- have viden om strategi og planlægning
- have en økonomisk indsigt
- have et kendskab til tobaksforebyggelse eller til forebyggelse generelt
- have viden om adfærdsændringer.

Koordinatoren har ofte flere funktioner inden for det forebyggende område. Det kan være en fordel, da ko-

ordinatoren derved opnår en større faglig kompetence, og der skabes mulighed for integration og synergi mellem forebyggelsesområderne, eksempelvis tobak, kost og motion. De mange forskellige arbejdsopgaver, der skal håndteres, kan dog også føre til mindre tid til rygestopaktiviteterne og mindre tid til fordybelse (Netværket & NCR, 2005a).

Rygestopinstruktøren bør:

- have en grunduddannelse som rygestopinstruktør, der er relevant for den form for rygestopaktivitet, der skal udføres (grupper/individuel)
- kontinuerligt afholde rygestopkurser for at vedligeholde de faglige færdigheder
- deltage i løbende supervision
- ajourføre sig med den nyeste faglige viden (f.eks. evidens for virkning af rygestop, nikotinsubstitutionsprodukter, helbredsfordele og -konsekvenser), gerne gennem faglig opdatering i fællesskab med andre rygestopinstruktører (f.eks. netværksmøder)
- opkvalificeres gennem specialuddannelse, hvis der sker en yderligere specialisering i forhold til målgruppen for rygestopkurserne (f.eks. gravide eller operationspatienter)
- efteruddannes i sundhedspædagogiske metoder til hjælp til rygestop (f.eks. elementer fra Den motiverende samtale).

Personer, der udfører den systematiske tobaksindsats:

Blandt personer, som udfører den systematiske tobaksindsats på Det tobaksforebyggende sygehus, skelnes der mellem ressourcepersoner på afdelingen og sundhedsfagligt personale.

Ressourcepersonerne på afdelingen bør:

- have viden om tobak
- have viden om adfærdsændringer
- have den nyeste viden om helbredsfordele ved rygestop i forhold til afdelingens speciale
- have den nyeste viden om tobakkens skadelige virkninger i forhold til afdelingens speciale
- have kendskab til sygehusets tilbud samt lokale tilbud om rygeafvænnelse
- kunne gennemføre den systematiske tobaksindsats jf. standard 2 og 3 (se bilag 2) med hensyntagen til sygehusets fastlagte retningslinjer og arbejdsredskaber
- besidde pædagogiske færdigheder til at kunne undervise kolleger i den systematiske tobaksindsats.

Sundhedsfagligt personale, der udfører den systematiske tobaksindsats, bør:

- kunne gennemføre den systematiske tobaksindsats jf. standard 2 og 3 (se bilag 2) med hensyntagen til sygehusets fastlagte retningslinjer og arbejdsredskaber
- have kendskab til viden om helbredsfordele ved rygestop i forhold til afdelingens speciale
- have kendskab til viden om tobakkens skadelige virkninger i forhold til afdelingens speciale
- have kendskab til sygehusets tilbud samt lokale tilbud om rygeafvænnning.

Fra kursus til uddannelse

Det er væsentligt, at opkvalificeringen af det sundhedsfaglige personale prioriteres højt og kvalitetssikres, således at der sker en professionalisering af området (Willemann & Jacobsen, 2004). Overordnet set kan dette foregå ved, at der udvikles nationale koncepter for uddannelse af personalet på alle niveauer til Det to-

baksforebyggende sygehus. En del af uddannelsen kan tilpasses lokale forhold, da der herved er større mulighed for at opnå sammenhæng og kvalitet i forhold til de enkelte sygehuse.

Det er formentlig ikke nødvendigt, at der på alle områder udvikles et samlet uddannelses tilbud. Det essentielle er, at de enkelte fagpersoner kan tilegne sig de nødvendige kompetencer, som deres funktion kræver. Det kan foregå i et uddannelsesforløb sammensat af elementer fra forskellige uddannelser og kompetenceområder.

Den kursusbaserede tilgang, der dominerer området i dag, bør ændres i retning af, at der etableres regulære uddannelser. Hermed forstås længere, kontrollerede uddannelsesforløb med opfølgning, der afsluttes med, at deltagerne demonstrerer de erhvervede færdigheder, f.eks. i forbindelse med en afsluttende eksamen eller test.

Opfølgning på uddannelsen er væsentlig bl.a. for at blive ajourført med den nyeste viden på området.

Kvalitetsudvikling

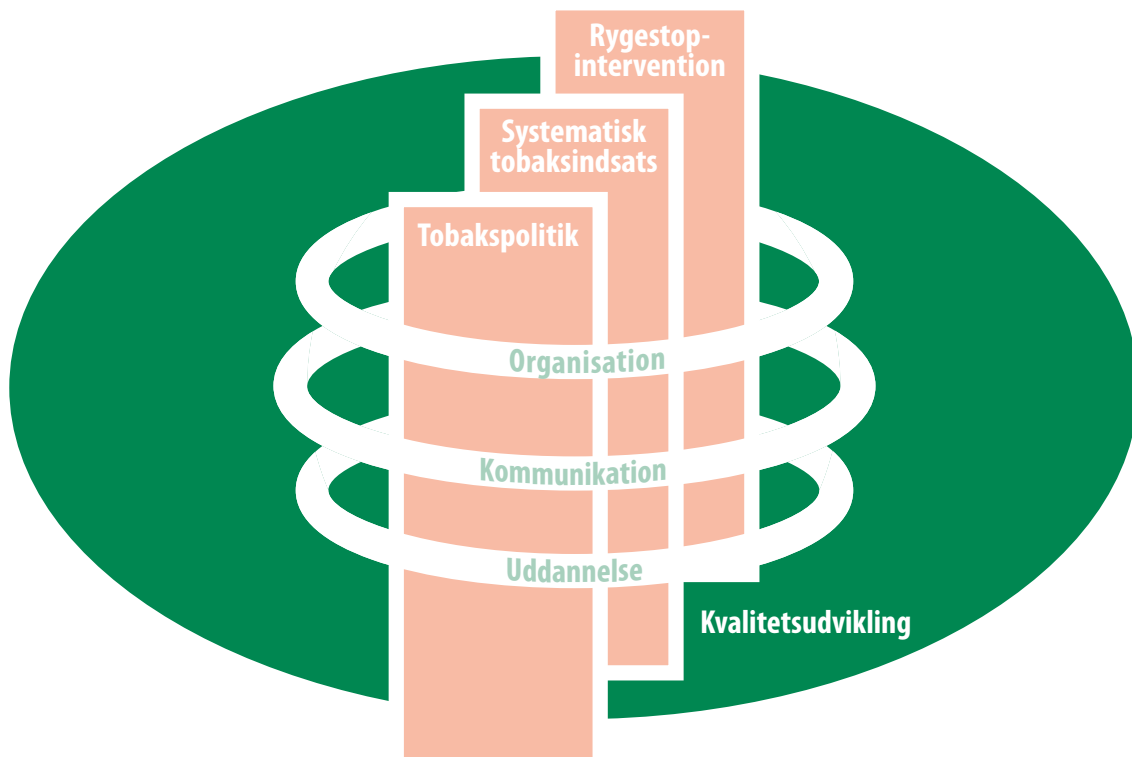
Kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet omfatter alle de aktiviteter, der finder sted i sundhedsvæsenet, dvs. både diagnostik, behandling og pleje, den forebyggende og sundhedsfremmede indsats samt genoptræning og rehabilitering. Den overordnede indsats er inspireret af WHO's kvalitetsmål, som er høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet (Sundhedsstyrelsen, 2002). Kvalitetsudvikling er en kontinuerlig proces, hvor nye kvalitetsforbedrende aktiviteter og værktøjer til stadighed skal udvikles og afprøves, inden de integreres i den daglige drift. Det tobaksforebyggende sygehus skal ses som en del af den kvalitetskultur, som er opbygget på sygehuset, og bør indgå i det allerede etablerede kvalitetsarbejde.

Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme bør underlægges de samme krav om kvalitetsmåling som

sygehusets øvrige ydelser. Dette gøres bedst ved at udvikle standarder og indikatorer for den ønskede kvalitet. Kvalitetssikring af indsatsen øges ved at tage udgangspunkt i *Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på Sygehus* udviklet af Netværket i samarbejde med WHO og overgivet til Den Danske Kvalitetsmodel (se bilag 2).

Standarder og indikatorer skal udvikles i forhold til de strukturelle dele af patientforløbet, selve den sundhedsfremmende og forebyggende indsats og de resultater, der måles i forhold til patientens helbredstilstand.

Dokumentation af aktiviteterne i Det tobaksforebyggende sygehus er en forudsætning for kvalitetsudvikling af forebyggelsesindsatsen. Som en del af dokumentationsarbejdet kan anvendes Sundhedsvæsnets Klassifikationssystem (SKS-koder) og Rygestopbasen.



Ved at kode de tobaksforebyggende aktiviteter synliggøres de forebyggende tiltag for omverdenen, og denne systematiske dokumentation vil åbne for en kvalitets sikring af indsatsen. Koderne kan ligeledes anvendes som indikatorer til vurdering af opfyldelsesgraden af standarder.

Koderne til tobaksforebyggelse kan medtænkes i forskellige modeller til monitorering af kvaliteten, f.eks. Den Danske Kvalitetsmodel med underprojekter, Det Nationale Indikatorprojekt og Den Gode Medicinske Afdeling (Netværket, 2004).

Sundhedsstyrelsens nye koder for forebyggelse omfatter:

- BQFS01-koden for forebyggelsessamtalen/den motiverende samtale om tobak
- BQFT01-koden for den konkrete intervention vedr. rygestop.

(www.medinfo.dk/sks/brows.php)

Det anbefales, at der arbejdes hen mod opsamling og strukturering af data via den elektroniske patientjournal, da det i fremtiden bliver grundstammen for dokumentation i sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen, 2002).

Rygestopbasen er en national forebyggelsesdatabase for rygestopenheder, der ønsker at få vurderet og dokumenteret resultaterne af deres rygestopaktiviteter gennem en ekstern evaluering. Rygestopenheder, der tilmelder sig, modtager to halvårslige rapporter med en

samlet opgørelse over indkomne data sammenholdt med egne data. I databasen indgår oplysninger om køn, alder, erhvervs- og uddannelsesmæssig baggrund, motivation for rygeophør, tidligere forsøg med rygeophør og det påbegyndte rygeophør. Alle data afrapporteres anonymt enten på enheds- eller regionsniveau (for yderligere information se www.rygestopbasen.dk).

En vurdering af den opnåede kvalitet kræver en måling af de elementer, der udgør Det tobaksforebyggende sygehus, samt den organisatoriske og strukturelle indsats, der har betydning for effekten af den tobaksforebyggende indsats.

Evalueringsdesign bør udformes sammen med den øvrige planlægning, således at de ønskede kvalitetsmål er kendte. Evalueringens formål og metode samt formidling og anvendelse skal være gennemtænkt. Ved løbende at monitorere indsatsen vil det være muligt at korrigere undervejs, således at det fastsatte formål til stadighed holdes i fokus.

Evalueringsdesign er en vigtig del af den nødvendige dokumentation, og den giver aktører mulighed for at drage læring, således at det er muligt at korrigere den fremtidige indsats med henblik på at opnå den ønskede effekt. Alle involverede parter kan være med i et implementeringsforløb, og ved at skabe mulighed for erfaringsudveksling kan viden om faldgruber og gode idéer deles med og videregives til kollegaer andre steder i organisationen.

Økonomi

Når der etableres et budget for implementering af Det tobaksforebyggende sygehus, kan det anbefales at afsætte ressourcer til alle syv elementer.

- **Tobakspolitik:** midler til skiltning, plakater, nye indkaldelsesbreve, maling og nyindretning af rygerum etc.
- **Systematisk tobaksindsats:** tid afsat i hverdagen til gennemførelse af samtaler, normering for den afdelingsansvarlige resourceperson til løbende ajourføring, uddannelse af kollegaer m.m., udvikling af journalark og ressourcer til udvikling af kliniske retningslinjer.
- **Rygestopintervention:** lønmidler til gennemførelse af kurser og individuel rådgivning, nikotin-substitution og fysiske rammer for gennemførelse af rygestopkurser og rådgivning.
- **Organisering:** ressourcer til projektforbereelse (herunder etablering af projektorganisation), frikøb af personale til deltagelse i møder, både i forbindelse med projektforbereelse og deltagelse i styregruppe og arbejdsgrupper i forbindelse med implementering af Det tobaksforebyggende sygehus.
- **Uddannelse:** kurser, netværksmøder, frikøb af personale i forbindelse med deltagelse i uddannelse og netværksmøder, nyhedsbreve etc.
- **Kommunikation:** produktion af informationsmateriale, udsendelse af materiale, tid afsat i kommunikationsafdelingen til udarbejdelse af pressemeddelelser m.m.
- **Kvalitetsudvikling:** deltagelse i Rygestopbasen, midler til intern eller ekstern evaluering af hele indsatsen eller delkomponenter.

Erfaringerne fra flere sygehuse viser, at det er vigtigt, at alle bidrag til implementeringen af Det tobaksforebyggende sygehus synliggøres ved at værdifastsætte bidragene, f.eks. de ressourcer afdelingerne bidrager med, ved at personalet anvender tid på uddannelse og ved efterfølgende at integrere samtalen om tobak i deres daglige arbejde. En værdifastsættelse og registrering af alle ressourcer, der indgår i implementeringen af Det tobaksforebyggende sygehus, skaber også efterfølgende mulighed for at gennemføre sundhedsøkonomiske analyser af indsatsen.

Perspektivering

Modellens anvendelighed

Modellen for Det tobaksforebyggende sygehus kan med fordel anvendes mere bredt på forebyggelse. Systematikken i modellen med de syv elementer kan benyttes enten i forbindelse med andre livsstilsfaktorer eller ved en gennemgang af forebyggelsen bredt på sygehuset. Modellen for Det tobaksforebyggende sygehus understøttes af danske standarder for forebyggelse på sygehus.

Andre organisationer – offentlige som private – kan også drage nytte af modellen i deres arbejde med tobaksforebyggelse. Eksempelvis kan en skole, der skal gennemføre ”Den tobaksforebyggende skole”, med fordel anvende modellen fra Det tobaksforebyggende sygehus til at sikre, at man får gennemgået alle væsentlige elementer: tobakspolitik på skolen, at der er sammenhæng mellem undervisningen og skolens politik (den systematiske tobaksindsats), og at der jævnligt tilbydes hjælp til rygestop på skole.

Regionalt niveau

Med kommunalreformen øges betydningen af en systematisk henvisningsstruktur mellem sygehusene og de øvrige sundhedsaktører. De nuværende erfaringer fra amterne viser, at det har stor betydning, at der centralt på regionalt niveau etableres en koordinerende funktion for henvisning mellem aktørerne på sundhedsområdet. Det kan anbefales at etablere en regional hjemmeside til brug ved henvisning mellem forskellige aktører, som det kendes i dag fra f.eks. Nordjyllands, Fyns og Storstrøms amter. En regional, opdateret hjemmeside vil være et godt redskab til koordinering af den samlede indsats.

Sundhedsaftalerne mellem regionen og kommunerne bør også indeholde retningslinjer for henvisning mellem det regionale og det kommunale sundhedssystem.

Fælles uddannelsesinitiativer og netværk på tværs af sektorerne kan også være en hensigtsmæssig måde at bruge ressourcerne på det tobaksforebyggende område.

De kortere indlæggelser kræver generelt også en skærpet opmærksomhed på den systematiske tobaksindsats på sygehusene, således at sygehusenes potentiale som arena for at nå resourcesvage individer udnyttes optimalt. Personalet på sygehusene skal fortsat have fokus på identifikation af patienternes rygestatus, vejledning og henvisning til relevante tilbud enten på sygehuset eller lokalt i kommunalt regi.

Nationalt niveau

Det har været en styrke for det tobaksforebyggende arbejde på sygehusene i Danmark, at modellen for Røgfrit sygehus har indeholdt en synlig niveaudeling. Det anbefales, at Det tobaksforebyggende sygehus udbygges med et auditredskab således, at sygehusene fortsat kan følge udviklingen i deres eget tobaksforebyggende arbejde. Auditredskabet skal have fokus på de enkelte elementer i modellen og opstille indikatorer for gennemførelsen af disse samt have fokus på sammenhænge og mulig synergi mellem de forskellige elementer.

Et auditredskab vil være nyttigt, når fælles mål for sygehuset skal identificeres og i forbindelse med benchmarking mellem sygehusene. Det anbefales, at udviklingen af et auditredskab tager afsæt i Netværkets standarder for forebyggelse og Den Danske Kvalitetsmodel. Inspiration til evalueringsmodel for tobak kan findes i det europæiske selvevalueringsredskab udviklet af European Network of Smoke-free Hospitals (ENSH, 2005).

En gentagelse af kortlægningen af det tobaksforebyggende arbejde på sygehusene vil også medvirke til, at der fortsat er fokus på arbejdet i Danmark. National

kortlægning giver desuden mulighed for at følge udviklingen i Danmark og sammenligne Danmark med andre europæiske lande.

Etableringen af forebyggelseskoder i SKS er med til at sætte fokus på og dokumentere det forebyggende arbejde på sygehusene. En tilknytning af DRG-takster til koderne vil markant styrke det fortsatte arbejde med forebyggelse på sygehusene. National lovgivning omkring tobaksforebyggelse vil virke fremmende for implementering af Det tobaksforebyggende sygehus.

Netværket har i sin levetid haft to grupper med fokus på tobak. Den første gruppe blev nedsat i 1999 med

fokus på udvikling af modellen for Røgfrit sygehus, og i 2003 blev interessegruppen Rygestop på sygehus etableret for at følge op på implementeringen af Røgfrit sygehus og rygestopinterventionen på sygehusene. Begge grupper har medvirket til at holde fokus på det tobaksforebyggende arbejde og til at underbygge erfarings- og vidensudveksling mellem landets sygehuse. For at sikre forankringen af det tobaksforebyggende arbejde og specielt den systematiske tobaksindsats anbefales det, at der fortsat eksisterer en gruppe i regi af Netværket med fokus på tobak.

Litteratur

- (Cromwell et al., 1997), Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking. *Journal of American Medical Association* 1997;278:1759-66.
- (Doll et al., 2004) Doll R, Peto R, Boreham J et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 2004;328:1519-28.
- (ENSH, 2005) European Network of Smoke-free Hospitals & Maternity Services. Final activity report: 1st December 2003 – 28th February 2005, European Network of Smoke-free Hospitals & Maternity Services, 2005.
- (Emmons & Goldstein, 1992) Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: A window opportunity for cessation interventions. *Preventive Medicine* 1992;21:262-9.
- (Fugleholm & Tønnesen, 2003) Fugleholm AM, Tønnesen H. Livsstil og forebyggelse på sygehuse. *Ugeskrift for læger*. 2003;11:1121-1123.
- (Goldstein, 2001) Goldstein H (red.). *Sygdomsforebyggelse – Hverdag og visioner*. Akademisk Forlag, 2001.
- (Hildebrandt et al, 1997) Hildebrandt S et al. *Fornyelse i virksomheder*. Børsen, 1997.
- (Jørgensen, Borch-Johnsen & Iversen, 2001) Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Iversen L (red.). *Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse*. Munksgaard, 2001.
- (KESF, 2005) *Kodning af forebyggelsesaktiviteter*. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2005.
- (KESF, 2003) *Sundhedspersonalet. I.: Operation. Komplikationer kan forebygges*. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2003:129-136.
- (KESF & Netværket, 2001) *Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger*. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.
- (Kræftens Bekæmpelse, 2005) *Kursuskatalog, 2005*. Kræftens Bekæmpelse, 2005.
- Lov nr. 437 om sundhedsvæsenet af 14. juni 1995.
- Lov nr. 482 om patienters retsstilling af 1. juli 1995.
- (Lund-Jacobsen & Wermer, 2001) Lund-Jacobsen D, Wermer A. Invitation til nysgerrighed. En systematisk tilgang i supervision. *Fokus* 2001;29:36-49.
- (Meenan et al., 1998) Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Medical Care* 1998;36:670-8.
- (Netværket & NCR, 2005a) *Interessegruppen Rygestop på sygehus. Afsluttende rapport*. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Nationalt Center for Rygestop, 2005.
- (Netværket & NCR, 2005b) *National kortlægning af rygestopaktiviteter og niveau for røgfrihed på danske sygehuse*. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Nationalt Center for Rygestop, 2005.
- (Netværket, 2004) *Interessegruppen DRG og forebyggelse. Afsluttende rapport*. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2004.
- (Netværket, 2003) *Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus*. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003.
- (Netværket, 2001) *Røgfrit Sygehus. Definition og strategi for implementering*. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.

(Nordjyllands Amt, 2005) Evaluering. Projekt Henvisningsstruktur 2003-2004. Nordjyllands Amt, 2005.

(Parrot et al., 1998) Parrot S, Godfrey C, Raw M et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998;53: S1-S38.

(Prescott, Clemmesen & Juel, 2004) Prescott EIB, Clemmesen IH, Juel K. Tobak. *Ugeskrift for Læger* 2004;17:1570-3.

(Rambøll Management, 2005) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af rygestoppuljen. Rambøll Management, 2005.

(Sundhedsfremmeenheden, Århus Amt, 2005) Rygestopkurser i Århus Amt 2001-2004. En analyse på baggrund af data fra rygestopbasen. Sundhedsfremmeenheden, Århus Amt, 2005.

(Sundhedsstyrelsen, 2005a) Danskernes rygevaner. Sundhedsstyrelsen, 2005.

(Sundhedsstyrelsen, 2005b) Sygehusenes virksomhed 2004 (foreløbig opgørelse). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2005:11. Sundhedsstyrelsen, 2005.

(Sundhedsstyrelsen, 2002) National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, 2002. Fælles mål og handleplan 2002-2006. Sundhedsstyrelsen, 2002.

(Sundhedsstyrelsen, 1996) Kriterier, standarder og indikationer for kvalitet. Sundhedsstyrelsen, 1996.

(Sundhedsstyrelsen og NCR, 2003) Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger. Sundhedsstyrelsen & Nationalt Center for Rygestop, 2003.

(US Department of Health and Human Services, 2004) US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: a Report of the Surgeon General. Government Printing Office, 2004.

(Willaing, 2000) Willaing I. Rygning og forebyggelse i sygehusregi. Københavns Universitet, 2000.

(Willemann & Jacobsen, 2004) Willemann M, Jacobsen ET. Sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse – casestudier fra et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit. DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.

(WHO, 2004) WHO. Building blocks for tobacco control. A Handbook. WHO, 2004.

Øvrig litteratur – emneopdelt

Tobakspolitik

National kortlægning af rygestopaktiviteter og niveau for røgfrihed på danske sygehuse. Udgivet af Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Nationalt Center for Rygestop, 2005.

Røgfrit Sygehus. Definition og strategi for implementering. Udgivet af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.

Skab en sund arbejdsplads - uden passiv rygning! Udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2005.

Systematisk tobaksindsats

National kortlægning af rygestopaktiviteter og niveau for røgfrihed på danske sygehuse. Udgivet af Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Nationalt Center for Rygestop, 2005.

Rygeafvænning. Teori og praksis for professionelle rådgivere. Udarbejdet af Mads Lind, Karin Jaspers og Niels Them Kjær for Kræftens Bekæmpelse, 2005.

Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. Udgivet af Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.

Rygevanesamtalen – en vejledning til sundhedsfagligt personale. Udarbejdet af Charlotte Færch Nielsen for Nordjyllands Amt, 2004.

Systematisk indsats med forebyggelsessamtaler. Tobak. Udgivet af Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2001.

Rygestopintervention

National kortlægning af rygestopaktiviteter og niveau for røgfrihed på danske sygehuse. Udgivet af Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Nationalt Center for Rygestop, 2005.

Manual: Individuel rygeafvænning. Udarbejdet af Mads Lind og Torsten Sonne for Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Apotekerforening, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Forum for Amtslige Forebyggelseskonsulenter og Nationalt Center for Rygestop, 2003.

Manual: Rygeafvænning i grupper. Udarbejdet af Mads Lind og Karin Jaspers. Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, 2005.

Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger. Udgivet af Sundhedsstyrelsen og Nationalt Center for Rygestop, 2003.

Rygeafvænning. Teori og praksis for professionelle rådgivere. Udarbejdet af Mads Lind, Karin Jaspers og Niels Them Kjær for Kræftens Bekæmpelse, 2005.

Rygning og rygestop – inspiration til professionel samtale. Irene Christensen, Henning Damkjær og Torsten Sonne. Munksgaard Danmark, 2002.

Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. Udgivet af Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.

Organisation

Fornyelse i virksomheder. Steen Hildebrandt et al. Børsen, 1997.

Konsultation i organisationer – hvordan mennesker skaber ny mening. Gitte Haslebo og Kit Sanne Nielsen. Dansk Psykologisk Forlag, 1998.

Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. Udgivet af Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.

Røgfrit Sygehus. Definition og strategi for implementering. Udgivet af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.

Uddannelse

Manual: Individuel rygeafvænning. Udarbejdet af Mads Lind og Torsten Sonne for Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Apotekerforening, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Forum for Amtslige Forebyggelseskonsulenter og Nationalt Center for Rygestop, 2003.

Manual: Rygeafvænning i grupper. Udarbejdet af Mads Lind og Karin Jaspers. Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, 2005.

Rygeafvænning. Teori og praksis for professionelle rådgivere. Udarbejdet af Mads Lind, Karin Jaspers og Niels Them Kjær for Kræftens Bekæmpelse, 2005.

Rygning og forebyggelse i sygehusregi. Udarbejdet af Ingrid Willaing. Københavns Universitet, 2000.

Sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse – casestudier fra et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit. Udarbejdet af Marlene Willemann og Eva Thune Jacobsen for DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.

Kvalitetsudvikling

Interessegruppen DRG og forebyggelse. Afsluttende rapport. Udgivet af Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2004.

Kodning af forebyggelsesaktiviteter. Pjece udgivet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2005.

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – en lærebog. Johan Kjærgaard et al. (red.). Munksgaard, 2001.

National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2002.

Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus. Udgivet af Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003.

Bilag

Bilag 1:

Røgfrit sygehus

Definition af Røgfrit sygehus

	PERSONALE	PÅRØRENDE	PATIENTER
Trin 4 ▶	Røgfri	Røgfri	Røgfri
Trin 3 ▶	Røgfri	Røgfri	Røgfri + individuel dispensation
Trin 2 ▶	Røgfri	Røgfri + individuel dispensation	Indelukket rygning
Trin 1 ▶	Røgfri	Indelukket rygning	Ikke-rygere beskyttet mod røg
På vej mod røgfrit sygehus ▶			
Rygehus ▶			

Røgfrit sygehus

Modellen Røgfrit sygehus indbefatter en trinvis fremgang mod total røgfrihed. Figuren skal læses vandret, trin for trin. *Trin 2* betyder således, at personalet er røgfrit, at pårørende kun må ryge i særlige tilfælde efter individuel dispensation, og at patienterne kan ryge i særlige rygerum (indelukket rygning).

Personalet går foran i arbejdet mod røgfrihed. Et sygehus kan først kalde sig for et Røgfrit sygehus, når

personalet er røgfrit. Røgfri betyder, at der ikke ryges noget sted på sygehuset inklusiv matriklen.

På vej mod røgfrit sygehus er karakteriseret ved at dato og handleplan for at opnå røgfrihed er fastlagt, tilbud om rygeophør til personale fungerer, personalerygning er begrænset til lukkede rum og ikke-rygende patienter er beskyttet mod røg.

Netværkets Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus – Standard 2 og 3

[...]

Standard 2 – Vurdering af patienter

Ledelsen sikrer, at det sundhedsfaglige personale i samarbejde med patienten systematisk vurderer behovet for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Formål: at understøtte patientbehandlingen og forbedre prognoser samt at fremme patienternes sundhed og velvære.

- 2.1 Ledelsen sikrer, at der foreligger retningslinier og/eller procedurer mhp. vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme for alle patienter uafhængigt af diagnose.
- 2.2 Ledelsen sikrer, at der foreligger retningslinier og/eller procedurer mhp. vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme rettet mod specifikke patientgrupper (f.eks. hjertepatienter eller patienter med KOL).
- 2.3 Vurderingen af en patients behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme sker første gang, patienten kommer i kontakt med sygehuset. Behovet revideres i overensstemmelse med ændringer i patientens kliniske tilstand eller efter anmodning fra patienten.
- 2.4 Identifikation af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme sker med respekt for patientens sociale og kulturelle baggrund.
- 2.5 Oplysninger fra samarbejdspartnere (henvisende læge, speciallæge m.v.) indgår i vurderingen af patientens behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Standard 3 - Patientinformation og intervention

Patienten informeres om væsentlige faktorer vedrørende egen sygdom eller sundhedstilstand, muligheder for og effekt af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, samt tilbydes systematisk intervention som en del af alle patientforløb.

Formål: at styrke patientens medvirken som aktiv deltager og at understøtte integrationen af systematisk sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i alle patientforløb.

- 3.1 På grundlag af en vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme informeres patienten om en mulig indsats og sammen med patienten opstilles en plan for relevante aktiviteter.
- 3.2 Ledelsen sikrer, at den gennemførte intervention dokumenteres og evalueres, herunder om forventede og planlagte resultater er opnået.
- 3.3 Patientens evaluering af den givne information og intervention i relation til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme vurderes regelmæssigt.
- 3.4 Ledelsen sikrer, at data indberettes til alle relevante regionale og nationale kliniske kvalitetsdatabaser og/eller registre.
- 3.5 Ledelsen sikrer, at der foreligger skriftlig patientinformation om de væsentligste sygdomme i alle relevante afdelinger, herunder relevant information om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.
- 3.6 Ledelsen sikrer, at patienter, pårørende, personale og besøgende har adgang til generel sundhedsinformation, herunder sygehusets sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

[...]

