

Främja Hälsa

NYHETSRESEN FÖR SVENSKA NÄTVERKET *HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS* • NR 3 dec. 2001

**Bo Lindblom,
Socialstyrelsen:**

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande behöver integreras tydligare i vårdens rehabiliterande och behandlande arbete. Utbildning behövs för att personal ska bli trygga i det förebyggande arbetet.

(se sid. 7)

**Elisabeth Holmgren,
Landstingsförbundet:**

Landstingsförbundet har beslutat att stödja HFS-nätverket, bl a genom att efter överenskommelse bidra med kompetens, stötta läroprocesser och metodutveckling i de utåtriktade aktiviteterna.

(se sid.8)

Health Promoting Hospitals

Ett internationellt nätverk initierat av WHO

Utges av:

Linköping
Collaborating
Centre . LCC
Folkhälsovetenskapligt Centrum
581 85 Linköping
Tel 013-22 50 75
Fax 013-22 50 95

Ansvarig utgivare:
Överläk. Margareta
Kristenson

Redaktör:

Mats Hellstrand
Tel 021-17 64 33
e-post:
mats.hellstrand@
ltvastmanland.se

web-adress:

www.liu.se/fhvc/hfs

Vid 7:e nationella konferensen för nätverket Hälsofrämjande Sjukhus

**Gunnar Ågren,
Statens Folkhälsoinstitut:**

Förebyggande arbete måste integreras i Hälso- och sjukvårdssystemet, vilket i många fall kräver en revidering av nuvarande ersättningsystem. Personalens beslutsutrymme och arbetsmiljö måste också utvecklas.

(se sid. 10)

**Margareta
Kristenson, Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus:**

– Tydliga mål med tydliga och mätbara indikatorer är viktiga för Hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete. Detta blir en viktig fråga att arbeta med i nätverket.

(se sid. 11)

Innehåll

7:e nationella konferensen	s. 1
Systematiskt kvalitetsarbete	s. 2
Stresshanteringsutvärdering ...	s. 4
Ett nytt tänkande banar sig väg...	s. 6
Socialstyrelsens roll	s. 7
Landstingsförbundet erbjuder...	s. 8
Bättre vård i livets slutskede	s. 9
Krav på en hälsoinriktad...	s. 10
Viktigt med nationellt folkhälsomål	s.11
Välkomna-Besök oss - God Jul	s. 12

Tema för detta nyhetsbrev: Lasarettet i Motala

Lasarettet i Motala har varit medlem i nätverket Hälsofrämjande Sjukhus sedan starten 1996. Medlemskapet var en strategi för kvalitetsutvecklingen inom lasarettet. Syftet var att förändra arbetsinnehållet mot mera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Man har under ett antal år utvecklat ett systematiskt förändringsarbete, vilket är intressant och inspirerande att ta del av.

På sidorna 2-5 presenteras två verksamhetsområden:

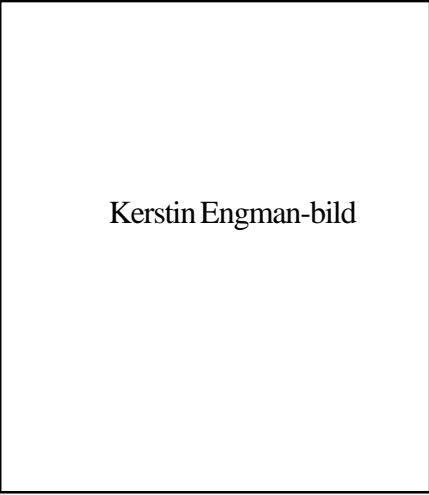
– Systematiskt kvalitetsarbete i hälsans tecken

– Stresshantering - utvärdering av en gruppbehandlingsmodell för patienter med stressrelaterad ohälsa

Den första ger en övergripande bild av lasarettets utvecklingsarbete. Den andra är exempel på ett mer konkret projekt.

Lasarettet i Motala:

Systematiskt kvalitetsarbete i hälsans tecken



Kerstin Engman-bild

*Kerstin Engman, sjukhusdirektör,
Motala lasarett*

En strategi för kvalitetsutvecklingen inom Lasarettet i Motala (LiM) var att ansluta sjukhuset till det nationella nätverket Hälsöfrämjande sjukhus. Detta gjorde vi år 1996. Syftet var att förändra arbets-innehållet mot mera hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Vi ser en stor utmaning i att fortsätta det systematiska kvalitetsarbetet, väl integrerat i den dagliga verksamheten och med fokus på hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Projekt vid starten

Projektet som drevs när LiM gick in i nätverket var, när det gäller patienter Stresshantering, utvärdering av en gruppbehandlingsmodell för patienter med stressrelaterad ohälsa (se särskild artikel). För personal drevs tillsammans med Folkhälsoinstitutet ett samverkansprojekt Hälsa-Arbetsliv-Kvinnoliv (HAK-projektet) inom en av medicinavdelningarna vid LiM. Olycksfallsprojektet var vårt tredje projekt. Det initierades och startades vid LiM och drivs nu vidare av Motala kommun. Arbetet har pågått ett tiotal år i samverkan mellan Motala kommun, hälso- och sjukvården, polisen, företagen, försäkringskassan, Hälsouniversitetet i Linköping och kommuninvånarna. Som en följd av detta omfattande preventiva arbete utsågs Motala (1990) – som den fjärde kommunen i världen - av WHO till "En trygg och säker kommun". Just nu arbetar man med

ett projekt kallat "Drick mindre" med syftet att identifiera personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor samt stimulera dessa till en förändring.

"Kompishälsan"

Parallellt med kvalitetsutvecklingen har resurser avsatts för "Kompishälsan" som sedan 1992 arbetar med friskvård för medarbetarna. Utgångspunkten är ett helhetsperspektiv omfattande såväl fysiska som sociala aspekter allt bygger på egenansvar för individ, grupp och organisation.

Tydlig organisation

För arbetet finns en organisation med "motorer" på varje arbetsplats, med uppgift att driva och stimulera medarbetarna till olika friskvårdsaktiviteter. De träffas i ett nätverk som leds av friskvårdskonsulenterna. Bland annat erbjuds medarbetarna styrketräning, gymnastik, hälsoprofilbedömning och viktgrupper. Viktgrupperna har delvis utvärderats med hjälp av SF 36. Flera personer är utbildade i energimassage.

Tidigt intresse för kvalitetsarbete

Vid Lasarettet i Motala (LiM) kom intresset för kvalitetsfrågor allt mera i fokus i slutet på 1980-talet. Flera faktorer påverkade diskussionerna, bl. a. WHO:s hälsopolitiska strategi, mål 31, och Hälso- och sjukvårdslagens krav på en hälso- och sjukvård av god kvalitet. Personalen utbildades och kvalitetscirklar startades utifrån den s.k. Donabedian-modellen, där man talar om kvalitet ur tre perspektiv: struktur, process och resultat. Juni 1994 gick arbetet in i en ny fas efter beslut att integrera kvalitetsarbetet i det löpande arbetet. Representanter för sjukhuset var senare med och arbetade fram Landstingsförbundets QUL-instrument och sjukhuset gick över till att arbeta utifrån detta.

Mätningar

Årliga kundmätningar påbörjades 1993 när det gäller patienterna och 1997 för remitterter och studerande.

Arbetsmiljömätningar infördes 1994. Inledningsvis kunde klinikerna själva bestämma intervall för mätningarna, men från och med 1999 beslutades att alla enheter skulle göra en mätning vart tredje år. Under 2000 genomfördes den första landstingsgemensamma arbetsmiljömätningen i Östergötland grundad på de sju kriterierna i QUL/USK. Införandet av regelbundna PoU-samtal och utvecklingsplaner för medarbetarna är en annan del i strategin för det hälsöfrämjande arbetet.



Sjukhusbild

Lasarettet i Motala

Brett FOU-arbete

För att stärka arbetet med systematisk kvalitetsutveckling inrättades 1994 en forsknings- och utvecklingsfond på LiM, vilken ger möjlighet för flera yrkeskategorier att driva FOU-arbete.

De arbeten som beviljas medel har till stor del inriktning på hälsöfrämjande arbete och prevention. Viss möjlighet till handledning finns. LiM ger ut en rapportserie där de mera omfattande projekten publiceras.

Inom Meditrina, enhet för hälso- och sjukdomsinformation, anordnas föreläsningar och utställningar för allmänhet och personal. Fokus lägger man på hälsa och förebyggande insatser.

Examinatorsutbildningar

Under 1994 genomfördes en bred satsning på examinatorutbildning, och klinikerna skrev sina första verksamhetsbeskrivningar, vilka sedan examinerades. I dagsläget finns ett 60-tal examinatoreer vid sjukhuset. Klinikerna har uppdraget att skriva verksamhetsbeskrivning vart tredje år. Kvinnokliniken har varit framgångsrik och fick 1997 mottaga kvalitetsutmärkelsen Svensk Hälso- och Sjukvård (QUL). För sjukhuset som helhet har den fjärde verksamhetsbeskrivningen precis skrivits och alla har utvärderats av externa utvärderingslag.

Breddutbildning

För att skapa förutsättningar för delaktighet i den systematiska kvalitetsutvecklingen satsades 1995 på breddutbildning för alla anställda, ca 1300 personer. Ett 50-tal kvalitetshandledare utbildades som sedan genomförde "Kvalitet - till er tjänst" på sina respektive enheter. Kvalitetsamordnare träffas regelbundet sedan 1995 i ett nätverk som leds av kvalitetsamordnaren på LiM. Sedan 1996 finns en årlig statusdag där basenheterna i miniseminarieform delar med sig av sina förbättringsarbeten och FOU-projekt. Forumet är öppet för alla medarbetare. En stor andel av de projekt som presenterats under åren har haft en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inriktning. Hösten 2000 startade den tredje breddutbildningen med fokus på grundläggande värderingar och då särskilt kundorientering, samverkan, processorientering och faktabaserade beslut.

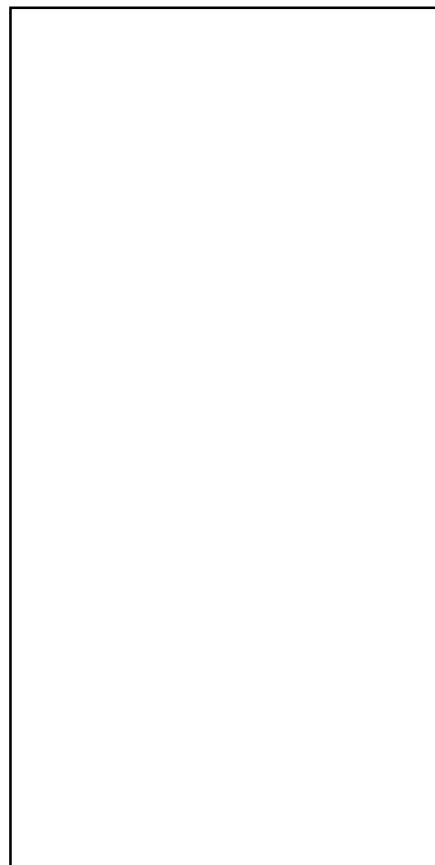
Medarbetares självskattade hälsa

Intentionerna med Hälsofrämjande sjukhus förmedlades också till medarbetarna och de fick pröva att fylla i SF 36 för att få kunskap om instrumentet. Materialet sammanställdes sedan på klinik- och sjukhusnivå för att ge kunskap om medarbetarnas självuppskattad hälsa. Resultaten från denna mätning presenterades på den 7:e nationella konferensen för det Svenska Nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus, som genomfördes den 17-18 oktober 2001 i Linköping. Efter att ett par av klinikerna mera tydligt börjat arbeta med att kartlägga och utveckla sina processer har detta arbete tagit fart på hela sjukhuset och behovet av att utveckla resultatmätningen blivit tydligt.

LiM's kvalitetspolicy

En gemensam kvalitetspolicy har tagits fram för LiM med bred förankring hos medarbetarna.

Policyn med målbeskrivning och de tretton grundläggande värderingarna i USK/QUL är utformad som ett kort och bärs av medarbetarna i bröstfickan. Samma år infördes kvalitetsaspekterna i vårt budgetarbete, innebärande att de årliga budgetöverenskommelserna bygger på kriterierna i USK/QUL - manualen. Uppföljning sker sedan i samband med verksamhetsboks slutet.



LiM's kvalitetspolicy

För att hålla lågan brinnande i det ständiga förbättringsarbetet förbereddes en ny breddutbildning. Först fick alla kvalitetshandledare utbildning i Värdekompassen, en metod för resultatmätning i flera perspektiv. Ett utbildningsmaterial, "Allas delaktighet i ständiga förbättringar", köptes av Kultorum i Jönköping och anpassades till behoven på LiM.

Som ett komplement till USK/QUL genomförs nu en utbildning för alla enheter i Balanced scorecard, en metod för verksamhetsstyrning.

Medicinskt programarbete

Inom landstinget i Östergötland bedrivs sedan mitten på 1990-talet medicinskt pro-

gramarbete bl. a. med syfte att skapa en likvärdig vård för östgötarna, en resursfördelning utifrån behov, en starkare ställning för medborgarna, en ökad dialog mellan politiker och medicinskt ansvariga och en ökad samverkan mellan olika vårdgivare samt gemensamma riktlinjer för vård och behandling och resultatmätning. Programmen försöker bl. a. ge svar på: Hur påverkar sjukdomen patientens livskvalitet, hur kan man förebygga sjukdomen, hur man kan mäta och värdera resultat och kostnader? Flera medarbetare på LiM har deltagit i arbetet med de medicinska programmen.

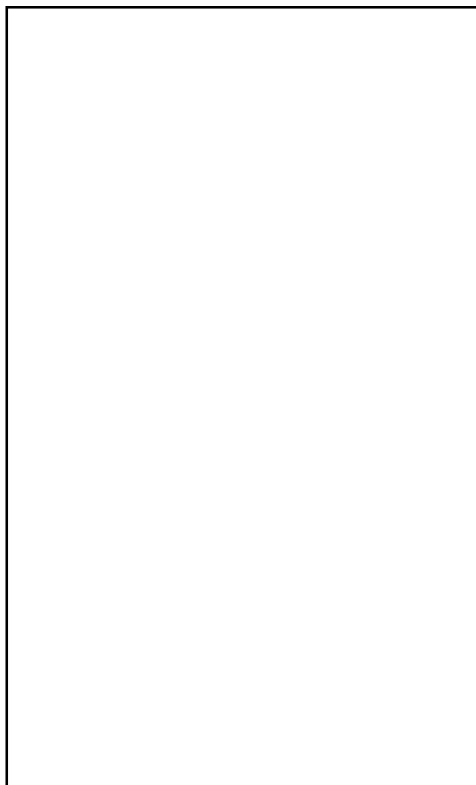
5-poängsutbildning i folkhälsovetenskap

Planering pågår för en 5-poängsutbildning i folkhälsoarbete i samverkan med Folkhälsovetenskapligt centrum i Linköping. Målgruppen är de ca 50 kvalitetshandledarna vid LiM.

Diskussioner pågår även om att anordna en motsvarande utbildning för vårdcheferna och då med fokus på det hälsosamma ledarskapet och den hälsofrämjande arbetsplatsen.

Vi ser en stor utmaning i att fortsätta det systematiska kvalitetsarbetet, väl integrerat i den dagliga verksamheten och med fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Kerstin Engman
Sjukhusdirektör



Stresshantering - utvärdering av en grupp-behandlingsmodell för patienter med stressrelaterad ohälsa

Sammanfattning av en FoU-rapport från Lasarettet i Motala

Förf.: Sjukgymnast Beatrice Hult

Stress och utmattningstillstånd har blivit alltmer vanligt i vårt samhälle och idag ses en ökning av antalet personer som söker vård för stressbesvär och stressrelaterad ohälsa. Symtom på negativ stress visar sig också allt längre ned i åldrarna. Forskningen visar att stress är en klar hälsorisk och sjukskrivningar på grund av stressrelaterade sjukdomar har ökat markant de sista åren. Idag saknas tillräckligt med behandlingsinstanser och behandlingsmodeller för att erbjuda rehabilitering vid stressrelaterade besvär. Utarbetande av vårdprogram inriktade på stresshantering är därför av stor betydelse.

Lasarettet i Motala har sedan 1979 en speciellt inrättad sjukgymnasttjänst för behandling av stressrelaterade symtom och sjukdomar. Arbetsmodellen är väl beprövad men ej tidigare utvärderad.

Syftet med studien har varit att utvärdera behandlingseffekter på symtomreduktion, avslappnings- och stresshanteringsförmåga, livsstil och självskattad hälsa. Mätning har gjorts före och efter behandling samt sex månader efter avslutad behandling.

Målgrupp

Behandlingen riktar sig till patienter som söker vård för olika symtom, reaktioner och ohälsa, orsakade av stress. Patienterna, som uppvisar såväl kroppsliga, psykiska och mentala symtom på stress, kallas till ett bedömningsamtal där yttre och inre stressfaktorer kartläggs ur ett helhetsperspektiv. Därefter avgörs i samråd hur behandlingen ska läggas upp.

Syfte

Syftet med behandlingen är att ge symtomreduktion och normalisera stressreaktionen samt att ge patienten kunskaper, insikter och färdigheter för att skapa bättre balans i livssituationen. Ett ytterligare mål med behandlingen är att ge bättre förmåga att hantera och bemöta den stress som inte går att reducera.

Behandlingen ska vara hjälp till självhjälp och kräver aktiv medverkan och stor mo-

tivation från patientens sida. Under behandlingstiden arbetar patienterna med att omsätta och integrera det man lär sig under behandlingen för att sedan ha denna kunskap som underlag för att gå vidare på egen hand.



Beatrice Hult, sjukgymnast

Behandlingsmodell

Behandlingen består av:

- teori, samtal och diskussioner
- "antistressgymna" - uppmjukningsövningar och lättare fysisk träning
- kroppskännedomsträning
- metoder för kroppslig och mental avspänning
- praktisk stresshantering i konkreta vardagssituationer baserad på beteendeterapeutiska metoder.

Varje behandlingstillfälle inleds med samling och samtal kring hur deltagarna upplevt sin hälsa sedan förra behandlingstillfället, hur hemträningen fungerat och om patienten praktiskt tillämpat avspänningsprogram och stresshanteringsövningar. Därefter följer ett teoriavsnitt som behandlar ett visst tema. Utrymme ges för diskussioner och behandlingen sker i slutna, polikliniska grupper om 14 deltagare per grupp. Grupperna är heterogena vad beträffar symtom, ålder och kön. Behandlingen omfattar 14 behandlingstillfällen och äger rum två gånger per vecka, två timmar per gång. Efter avslutad behandling sker uppföljning i form av 1-3 gruppåterbesök frågor. Efter teorigenomgången följer praktiska övningar i form av kroppskännedomsträning och avspänning. I slutet av varje behandlingstillfälle

sitter gruppen ned och sammanfattar tankar och upplevelser av dagens teori och övningar. Hemuppgifter till nästa behandlingstillfälle går igenom och eventuella frågor tas upp.

Metod

För utvärderingen har använts två frågeformulär dels SF-36, ett väl prövat instrument som mäter den egenuppskattade hälsan, dels ett eget sammanställt frågeformulär. Det senare har bestått av egna frågor och av frågor som tidigare använts i en studie för att utvärdera rehabilitering av hjärt/kärlpatienter, som genomgått ett stresshanteringsprogram.

Frågeområden i det senare frågeformuläret är symtom, medicinering, egenupplevda behandlingseffekter, livsstilsförändring, förändrat stressbeteende, avslappningsförmåga och upplevelse av genomförande och upplägg av behandlingsmodellen.

Urval och bortfall

Samtliga patienter som efter ett bestämt datum remitterats till behandling för avspänning och stresshantering har ingått i studien. Intaget har avbrutits då 100 patienter inkluderats. Ingen hänsyn i urvalet har tagits till ålder, kön eller diagnos. Enda exklusionskriteriet har varit då patienten ej ansett sig vara i behov av behandling, saknat motivation eller då patienten ej haft fysiska förutsättningar för att kunna delta, varit för deprimerad eller haft för stark ångest för att kunna tillgodogöra sig behandlingen. Patienterna har skriftligen informerats om projektet och att medverkan är frivillig.

Bortfallet var åtta personer. Två personer påbörjade aldrig behandling, fyra avbröt behandlingen efter ett par behandlingstillfällen och en person har besvarat frågeformulär 1 och 2 men ej frågeformulär 3. En person deltog i behandlingen men ville ej medverka i studien. Sammanlagt har 92 patienter deltagit, 79 kvinnor och 13 män. Över hälften av patienterna har remitterats från primärvård och en fjärdedel från företagshälsovård. Övriga remisser har kommit från sjukhus och ett mindre antal av patienterna har sökt på eget initiativ, utan remiss. Över hälften av patienterna har haft sina besvär under 1-5 år.

Resultat

Av resultatet framgår att patienterna är nöjda med det behandlingsprogram som erbjudits och att behandlingen givit goda resultat som kvarstår sex månader efter avslutad behandling. Patienternas stresshanteringsförmåga har förbättrats. I arbetssituationen har patienterna gjort förändringar som berör såväl yrkesroll som arbetsuppgifter. De har också fått bättre förmåga att bemöta den stress som inte går att reducera. I den privata situationen har patienterna sänkt sina ambitioner och ställer mer rimliga krav på sig själva. De har skapat fler tillfällen till avkoppling, fritidsaktiviteter och umgänge med familj och vänner. Patienterna upplever också att de blivit mera kroppsmedvetna, förstår bättre sina symtom och har fått ökad förmåga att påverka symtomen.

Patienterna har erhållit betydande symptomreduktion såväl vad beträffar kroppsliga- psykiska och mentala symtom. De psykiska symtomen har minskat mest och 90% av patienterna har svarat att de fått betydligt lättare för att koppla av och känner högre grad av harmoni. Behovet av smärtlindrande, lugnande/antidepressiv medicin och sömnmedicin har minskat.

Teorin kring stress och stresshantering samt de kroppsliga övningarna har av patienterna skattats högst och behandlingsresultaten visar att det är avspänning/meditation som patienterna använder sig av mest och som har det största positiva effekterna. Patienterna har efter avslutad behandling fortsatt att utöva avspänningsövningar. Ett halvår efter avslutad behandling angav 97% av patienterna att de var motiverade att arbeta vidare med avspänning och stresshantering.

SF-36 visar signifikanta förändringar i positiv riktning för sju av de åtta delskalorna, se figur 1. Det är endast för delskalan fysisk funktion (PF) som förändringen ej är signifikant ($p=0,08$). I manualen för SF-36 sägs att en förbättring med 5 enheter är kliniskt relevant. Endast förändringen för delskalan fysisk funktion understiger 5 enheter. De bästa resultaten ses i de funktionsskalor och välbefinnandeskalor som berör psykisk hälsodimension. Bäst värde ses för delskalan emotionell rollfunktion som ökat med 23,7 enheter. Av tabell 1 framgår svaren för de tre mätningarna fördelade på de åtta index som SF-36 består av. Signifikanstesterna har gjorts mellan enkät 1 och 3 och redovisas för både oparade- och parade t-test. Av figur 1 framgår medelvärdena för mätning före behandling och 6 månader efter avslutad behandling i jämförelse med normvärde för en svensk population.

Förbättringsmöjligheter

– Gruppstorleken bör begränsas till 8-10 personer.

– Mera homogena grupper med hänsyn tagen till diagnos, stressfas, ålder och kön

– Gruppbehandlingen bör kompletteras med enskilda samtal för varje patient för att bättre tillgodose patientens behov

– Behandlingstiden bör utökas till ca ett halvt till ett år. Behandlingstillfällen bör i början vara täta och senare mera utspridda

– Större tonvikt bör läggas på den fysiska träningens betydelse.

– Tydligare fokus bör läggas på patientens yrkesroll och samarbete med Försäkringskassa, arbetsgivare, arbetsplats och företagshälsovård

– I början bör behandlingen vara mera kroppsligt inriktad för att senare kompletteras med teori och diskussioner kring stress och stresshantering.

– Informations/utbildningsmaterial för patienterna behöver utvecklas.

Sammanfattningsvis påvisar utvärderingen positiva resultat. Behandlingsmodellen bör därför kunna fungera som underlag för att utveckla fler vårdprogram för patienter med stressrelaterad ohälsa.

Detta är ett sammandrag av rapporten *Stresshantering - utvärdering av en gruppbehandlingsmodell för patienter med stressrelaterad ohälsa*. Rapporten, som ingår i LiM:s FoU-rapportserie med nr 2001:2, kan beställas från sjukhusets bibliotek, tel. 0141 - 77206.

Tabell 1. Visar medelvärde och (SD) för delskalorna i SF-36 för enkät 1-3. Dessutom redovisas oparade- och parade t-test mellan enkät 1 och 3.

Skala/index	Enkät 1 (n=92)	Enkät 2 (n=92)	Enkät 3 (n=92)	Oparat t-test	Parad t-test
Fysisk funktion (PF)	81,5(18,1)	84,4(15,3)	84,0(17,3)	,348	,083
Rollfunktion-fysiska orsaker (RP)	55,2(40,5)	62,0(42,2)	66,9(42,4)	,058	,005
Smärta (BP)	54,0(27,7)	60,3(25,9)	60,1(27,9)	,137	,014
Allmän hälsa (GH)	56,6(19,7)	63,1(19,8)	64,7(21,2)	,008	,000
Vitalitet (VT)	41,1(23,6)	56,2(21,9)	53,9(25,8)	,001	,000
Social funktion (SF)	65,5(27,6)	76,8(22,8)	78,0(24,4)	,001	,000
Rollfunktion-emotionella orsaker (RE)	50,4(39,1)	72,5(37,5)	74,1(39,9)	,000	,000
Psykiskt välbefinnande (MH)	58,7(22,4)	70,6(18,4)	70,3(21,9)	,000	,000

Av figur 1 framgår att det fortfarande finns en relativt stor förbättringspotential om jämförelse görs mellan uppnått behandlingsresultat och normvärde.

Figur 1

Ett nytt tänkande banar sig väg i vården

Denna text är skriven av frilansjournalist Anne-Marie Geske, för Informatörsgruppen i Landstinget Östergötland. Texten riktar sig till landstingets personal. Den ger en överblick över konferensens innehåll och passar därför även bra här.

”En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård – från vision till verklighet” var temat när den 7:de nationella konferensen för det Svenska Nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus ägde rum i Linköping i mitten oktober. Företrädare för såväl nationell som lokal nivå diskuterade sina respektive roller utifrån konferensens tema.

Hälsofrämjande sjukhus är ett internationellt nätverk av sjukhus, som arbetar med att hälsoorientera sjukvården. Nätverket sammanhålls av WHO. Idag finns 17 svenska sjukhus i nätverket, US i Linköping och Lasarettet i Motala är två av dessa. Om ett år räknar man med att vara 25. Dessutom talar man numera om en hälsofrämjande *sjukvård* d v s att synsättet ska omfatta hela systemet och inte bara sjukhusen.

Hela människan

Vid hälsoorientering fokuseras hela tiden på hela människan, som en del av ett socialt sammanhang och på hennes förmåga att leva de roller som hennes ålder och livssituation kräver. En bredd sammansatt Nationell Folkhälsokommitté har lagt fram sitt slutbetänkande till nationella folkhälsomål och utifrån dessa läggs en proposition under november. I ett särskilt mål betonas hälso- och sjukvårdens betydelse för folkhälsoutvecklingen. Grundtanken är att försöka skapa ett gott liv för den sjuke även om man inte kan bota sjukdomen och allra helst att förebygga att sjukdom över huvud taget uppkommer. Resultatet inom den hälsofrämjande sjukvården mäts i hälsovinst.

Målet är hälsa

Sjukvårdens finansiering har länge varit ett centralt problem. Man har velat få ut mer av pengarna och fokuserat mätningarna på produktionens omfattning. Problemet är att samtliga patienter kunde ha dött utan att man behövt ändra något i den ekonomiska årsredovisningen! Målet för

den hälsofrämjande sjukvården är hälsa. Ekonomin är en begränsning. Men det är svårare att mäta hälsa. En lösning som kommit fram är frågeformuläret ”SF 36”, som mäter såväl fysiska som psykiska och sociala faktorer.

Förebild som arbetsgivare

Sjukvårdens ansvar för sin egen personal blir med detta synsätt tydligt. Ett problem är ju att sjukvården, som har hälsa som ”affärsidé”, ligger i topp när det gäller sjukpersonal. Som arbetsgivare måste sjukvården bli en förebild.

Kunskapen om sjukdomar ägs traditionellt av läkare. Hälsan ägs i första hand av patienten själv och professionell kunskap om hälsa ägs av många olika professioner. Förändringen går därför mot en mer demokratisk organisation med tonvikten på problemlösning i grupp.

Nationellt

På nationell nivå stöds tankarna av Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Statens folkhälsoinstitut. Socialstyrelsen kan t ex fråga efter hälsofrämjande och förebyggande insatser i uppföljningar och utvärderingar och betona prevention i föreskrifter och riktlinjer.

Landstingsförbundet ser patienten som utgångspunkt i sjukvårdssystemet. Metodkunskap finns angående hur man genomför förbättringar i små steg med konkreta utmanande mål.

Statens folkhälsoinstituts krav på en hälsoinriktad hälso- och sjukvård innebär:

- Personalen måste få större beslutsutrymme och en bättre arbetsmiljö.
- Förebyggande arbete måste integreras i systemet
- Sjukvården måste ta ett större befolkningsans-

var och ha en hög grad av tillgänglighet på basnivå.

- Sjukvården måste kunna stå fri från läkemedelsindustrin och andra kommersiella intressen.
- De medicinska professionerna måste delta i samhällsdebatten och föra folkhälsans talan.

Vårt eget landsting

Inom vårt eget landsting pekade landstingsstyrelsens ordförande, Paul Håkansson, på att nya sätt inte föds fram i gamla strukturer.

- Vi har inte brutit upp från gammalt tänkande. Organisation, tjänster, lokaler och specialiteter används fortfarande som beskrivning av hälso- och sjukvården. Inte befolkningen, behoven och resultaten. Gör vi det blir vi hälsofrämjande.

Anne-Marie Geske

*Mingel under konferensdagarna.
Foto: Yvonne Lagman, US Fotoavdelning*

Bo Lindblom, Socialstyrelsen:

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skall framhävas!

Socialstyrelsen kommer i ökande grad att betona hälsofrämjande och förebyggande insatser i uppföljningar och riktlinjer. Det är i dagens sjukvård ett starkt fokus på diagnostik och behandling och ofta förbigår man helt de förebyggande insatserna. Det sade medicinalråd Bo Lindblom i sitt anförande vid HFS-nätverkets nationella konferens i Linköping. Rubriken för anförandet var: *En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård - från vision till verklighet: Socialstyrelsens roll.*

Lindblom sade vidare:

– Vi kan betona prevention i föreskrifter och riktlinjer tydligare än vi gjort tidigare. Det är då också följdriktigt att preventionen får en plats i tillsynen. Ett exempel på kostnadseffektiv förebyggande behandling är rökavvänjning.

- Socialstyrelsen analyserar också sambandet mellan ohälsa och vissa bestämningsfaktorer, fortsatte Lindblom. Forskning och analys kring detta bedriver vi inom ramen för Epidemiologiskt Centrum och ingår i vår folkhälsorapport.

Sverige fallit tillbaka

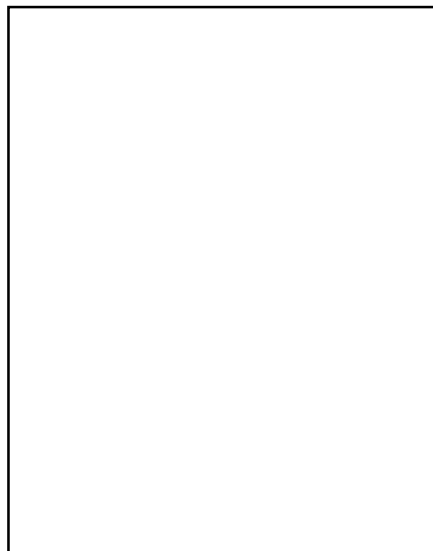
Bo Lindblom tecknade några drag i senare års utveckling vad gäller BNP, sjukvårdskostnader och produktivitet:

– Sveriges välstånd i relation till övriga OECD-länder är betydligt sämre än de flesta föreställer sig. Räknet i BNP/capita har vi från en tätposition fallit ner till 18:e, och till 10:e plats inom EU. Situationen är jämförbar vad gäller sjukvårdskostnader, 16:e i OECD, 9:e i EU.

– Mot den bakgrunden borde vi logiskt sett ligga på samma plats när det gäller hälsotillståndet i befolkningen och deras tillfredsställelse med vården. Vi har dock inga jämförbara mått på det.

Sedan 1998 har personalkostnaderna minskat. Trots att sjukvårdskostnaderna ej har ökat har produktiviteten ökad kraftigt, i alla fall mätt i antalet operationer.

Resurstillväxten har avstannat samtidigt som den medicintekniska utvecklingen har fortsatt i mycket snabb takt. Politikernas krav på hälso- och sjukvården har också



Bo Lindblom, medicinalråd, Socialstyrelsen, vid HFS-konferensen

Foto: Yvonne Lagman, US Fotoavd.

ökat. Trots debatten om vårdkris så producerar vi alltmer vård - men till vilket pris?

Växande gap

Lindblom diskuterade effekterna av ökade möjligheter, ökade krav och begränsade resurser:

– Vi ser ett växande gap mellan vad som är behandlingsmässigt möjligt och vad som är genomförbart. Kommunförbundet har räknat fram att åldersgrupperna över 85 år kommer att öka dramatiskt, med 25 % över en tioårsperiod. Det motsvarar 180 000 personer. Parallellt med denna utveckling har vi ett svagt intresse för gymnasieskolornas omvårdnadsprogram, med få sökande.

Under tiden springer personalen allt fortare. Stressen ökar, sjukskrivningar och utmattningsdepressioner också. Lönerna är låga i ett internationellt perspektiv.

Hälso- och sjukvården behöver ett nytt "recept"

- Ska det här gå att lösa så måste hälso- och sjukvården hitta ett nytt koncept, eller recept kanske man skulle kunna säga. Det finns bara en överordnad strategi som kan tackla dessa problem, och det är en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård för såväl patienter som personal, menade Bo.

och fortsatte:

- Jag vet också att när man säger det till personalen som springer allt fortare där ute så uppfattas det av många som ett hån. De är fullt upptagna med att lösa de akuta problemen.

Socialstyrelsens remissvar på slutbetänkandet Hälsa på lika villkor

Bo Lindblom lyfte fram Socialstyrelsens remissvar angående slutbetänkandet Nationella mål för folkhälsan.

”Socialstyrelsen instämmer i kommitténs syn på hälso- och sjukvårdens roll och anser att en bättre integrering av förebyggande och hälsofrämjande arbete med behandling och rehabilitering kan åstadkommas.

Socialstyrelsen finner att de tankegångar som uttrycks av kommittén står i överensstämmelse med den inriktning som fastlagts av WHO:s policy Hälsa 21 som den kommer i uttryck i dess strategi ”Ändrat fokus: en resultatnriktad hälsosektor” mål 15 - 18.

Att tydligare än i dag integrera hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandling och rehabiliterande insatser som delar av en helhet är en viktig målsättning.”

”Att korrigera atlantångaren”

Lindblom berörde även risken för ”medikalisering” av det preventiva arbetet, liksom betydelsen av förbättrad folkhälsokunskap inom vården, och avslutade:

– Det här är alltså utgångspunkterna för Socialstyrelsens engagemang, och jag är övertygad om att vi kan utveckla våra åtgärder på det här området.

- Den här konferensen är ett utmärkt tillfälle att låta oss inspireras, och tillsammans med andra aktörer bidra till att korrigera kursen på den ”atlantångaren Svensk sjukvård” .

Elisabeth Holmgren, Landstingsförbundet: Landstingsförbundet erbjuder stöd till Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus

- Stöd till Nätverket Hälsofrämjande sjukhus med 100 000 kr 2001 och 2002
- Efter överenskommelse bidra med kompetens, stötta lärprocesser och metodutveckling i Nätverkets utåtriktade aktiviteter
- Lokaler till förfogande för möten i Förbundshuset, Stockholm

Detta budskap presenterade Elisabeth Holmgren i sitt anförande vid HFS-konferensen i Linköping. Elisabeth är direktör för avdelningen för hälso- och sjukvårdsutveckling vid Landstingsförbundet.

Förbundet stödjer

– Förbundet stödjer de uppmaningar som formulerats i slutbetänkandet Hälsa på lika villkor, sade Elisabeth Holmgren:

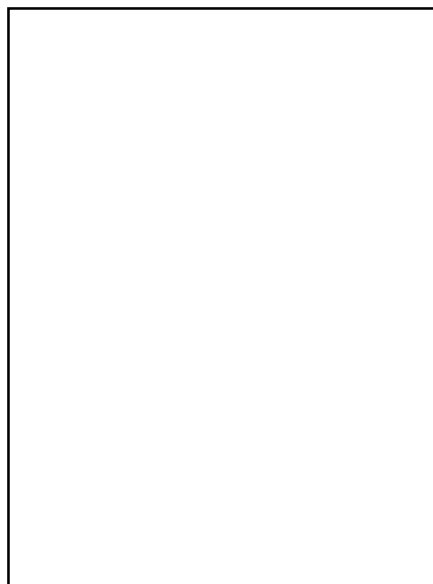
- Hälso- och sjukvårdslagen § 2c: Förebygga ohälsa.
- Utveckla metoder för att mäta hälsovinster
- Identifiera hälsoeffekter av ojämlikhet och förmedla kunskapen till samhället i övrigt.
- Gör särskilda insatser för att förbättra den psykiska hälsan.

– Vi ska stimulera insatser, utveckla metoder och följa upp olika grupper. Förbundet stödjer arbetet med hälsofrämjande insatser som arbetsgivare, framhöll Elisabeth Holmgren.

Kraftsamlingsområden

De närmaste åren fokuserar Landstingsförbundet sex kraftsamlingsområden

1. Medborgaren och den kommunala självstyrelsen
2. Regionalt ansvar för tillväxt och utveckling
3. Landstingens och regionernas resursbehov, inkl. personalförsörjning
4. Ledning och styrning av hälso- och sjukvården
5. Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och förnyelse
6. Hälso- och sjukvårdens informations- och uppföljningssystem.



Elisabeth Holmgren, direktör, Landstingsförbundet, vid HFS-konferensen i Linköping

Foto: Yvonne Lagman, US Fotoavd.

– Detta är några områden som utkristalliserats tillsammans med vår styrelse, särskilda områden att fokusera ledningsmässigt på, berättade Elisabeth, och fortsatte:

– De tre första har i högre grad med demokrati och det politiska perspektivet att göra. Områdena 4 - 6 är mer verksamhetsinriktade.

– Det sikte som tas i Hälsa på lika villkor och den inriktning som sjukvårdshuvudmännen formulerat i de sex områdena stämmer mycket väl överens.

Tillgänglighet viktig

– Vi kommer under de närmaste åren, och det kommer ni att märka ganska snart, slå på trumman för ökad tillgänglighet. Det finns en färsk tillgänglighetsöverenskommelse mellan Landstingsförbundet och staten, företrädd av Socialdepartementet.

– I nationella handlingsplanen och andra dokument finns några nyckelbegrepp som

aldrig någonsin tidigare har funnits i dokument av den här arten. Dvs här talar man om behovet av långsiktighet och systematiskt arbete för att åstadkomma varaktiga förändringar.

Förnyelse och uppföljning

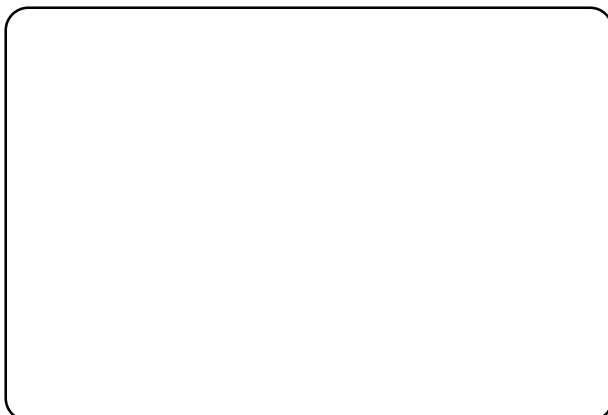
– Vi har mängder med data, men svårigheter att foga dem samman på ett ändamålsenligt sätt, så att vi kan dra slutsatser av dem och sätta så konkreta mål att de blir hanterbara för oss i vardagen.

Vi kommer på nationell nivå att göra ansträngningar för att bli bättre på det området, betonade Elisabeth Holmgren, och fortsatte:

– Och just utifrån det perspektiv som vi samlas här idag så förs det en del diskussioner om förutsättningarna för att också ta oss an hälsobokslut. Några beslut har inte tagits.

Starkt patientfokus

Elisabeth Holmgren lade stor vikt vid att fokusera på patienterna, och illustrerade detta med följande bild:



Genombrottsmetodik

Elisabeth Holmgren redogjorde för genombrottsmetodik, som ett exempel på effektivt förändringsarbete. (Se även artikel om genombrottsmetodik på sid 9). Elisabeth avslutade med att presentera förbundets kontaktpersoner i samarbetet med HFS-nätverket:

– Jan-Erik Synnerman, allmänt, metodstöd
– Thomas Rostock, folkhälsofrågor

Genombrottsprojekt i Avesta-Hedemora: Bättre vård i livets slutskede

Som patient får jag:

– vetenskap om att landsting och kommun tillsammans arbetar för att förbättra vården i livets slutskede.

– valmöjlighet att dö var jag önskar.

Som anhörig/närstående upplever bättre hälsa om jag får

– gott bemötande och respekt

– känna att önskemål tas tillvara

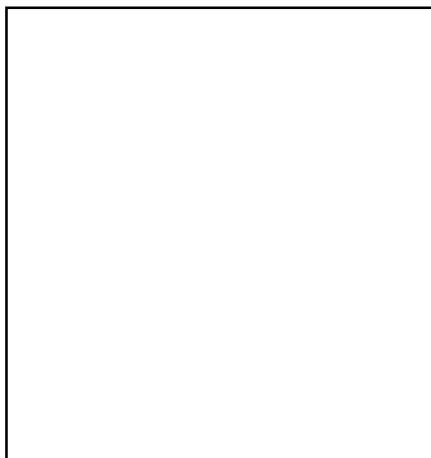
– vetenskap att min ”mor/far” har det bra

Inger Söderberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska Hedemora kommun, sammanfattade på detta sätt några av erfarenheterna av projektet Bättre vård i livets slutskede. Inger deltog vid den nationella HFS-konferensen i Linköping och informerade om erfarenheterna från Hedemora – Avesta

Gott bemötande - trygghet - delaktighet - stöd

Projektets syfte har varit att åstadkomma en palliativ vård som ger gott bemötande av alla patienter och att närstående upplever trygghet, delaktighet och stöd under vårdtiden.

Det mer konkreta målet har varit att minst 90 % av de närstående skall uppege att den döende fick ett gott bemötande samt att hänsyn har tagits till de närståendes behov.



Inger Söderberg, Hedemora

Genombrottsmetodiken

Inger Söderberg redogjorde för några grundregler i metodiken:

- * Formulera ett tydligt och mätbart mål
- * Skapa enkla mätmetoder
- * Testa i liten skala
- * Skapa lärande
 - i förbättringar
 - i förbättrade förbättringskunskaper

Andra effekter är att metoden leder till:

- * Helhetsseende
- * Man ser sin egen del av helheten
- * Verksamheten fokuseras på patienterna

Resultat

Utskickade enkäter till anhöriga tre månader efter dödsfall visar att målet att 90% fick ett gott bemötande och att hänsyn togs till närståendes behov uppfylldes.

Behov i framtiden

- Utbildning/fortbildning: – riktad utbildning till specifika yrkesgrupper – gemensam fortbildning kommun-landsting, en gång per år
- Teamkänsla – bygga upp och behålla palliativa teamet kommun - landsting
- Skapa rutin för ökad läkarmedverkan till närstående
- Skapa rutin för ökad information till närstående

Tjugo team

Tjugo team kring Bättre vård i livets slutskede har deltagit i Genombrottsprojektet. De är spridda över landet och samordnas av Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Deltagande parter i den palliativa omvårdnadsgruppen i Avesta - Hedemora är: Avesta kommun, Hedemora kommun, Primärvården i Avesta, Primärvården i Hedemora samt Avesta lasarett.

Valda delar ur konferensdokumentation:

Socialdepartementets folkhälsokonferenser hösten -01

Nedanstående text är fritt valda delar från den dokumentation som gjorts vid höstens folkhälsokonferenser. Fullständig dokumentation finns på adress: www.social.regeringen.se/projekt/fh_seminarium/index.htm

Under september 2001 genomförde Socialdepartementet fyra regionala konferenser, där den kommande folkhälsopropositionen diskuterades. Ca 850 personer deltog, cirka 140 personer från ideella och andra intresseorganisationer, drygt 370 från kommunal verksamhet (främst socialtjänsten) och kommunala intressen (några kommunförbund) samt ett 80-tal personer från landsting/kommunal verksamhet och nästan 200 personer från statlig verksamhet på nationell nivå.

Olika perspektiv

Varje konferens var strukturerade så att olika perspektiv synliggjordes, såsom forskarperspektivet, det lokala perspektivet och ungdomsperspektivet.

Nedanstående text innehåller valda delar av de minnesanteckningar som Socialdepartementet gjorde av konferenserna.

Forskarperspektivet

Leif Svanström professor i socialmedicin vid Karolinska Institutet, Stockholm

Leif Svanström var oroad för minskade forskningsanslag på folkhälsoområdet samtidigt som ”marknadskrafterna sprutar in bakifrån” och forskningsanslagen generellt sett ökar i samhället. Vad som behövs är mer forskning kring effekterna av olika metoder i folkhälsoarbetet men också mer forskning kring vilka metoder som är kostnadseffektiva. Internationellt

sett ligger andra länder långt före Sverige i detta avseende. I den engelskspråkiga delen av världen bedriver man i dag forskning som leder till evidensbaserat, hälsofrämjande arbete medan vi i Sverige fortfarande tillämpar ”trial and error”-metoden.

Folkhälsoinstitutets nya roll

Folkhälsoinstitutets nya uppdrag och organisation bedömdes inte gynna utvecklingen. De 50 mnkr som Folkhälsoinstitutet tidigare hade för ”gränssnittsforskning” har enligt Svanström krympt samtidigt som det är svårt att få loss medel till folkhälsoforskning till de nybildade forskningsråden.

forts. sid. 11

Gunnar Ågren, Statens Folkhälsoinstitut: Krav på en hälsoinriktad hälso- och sjukvård

- Personalen måste få större beslutsutrymme och en bättre arbetsmiljö
- Förebyggande arbete måste integreras i systemet, vilket i många fall kräver en revidering av nuvarande ersättningssystem
- Sjukvården måste ta ett större befolkningsansvar och ha en högre grad av tillgänglighet (också ekonomiskt) på basnivå.
- Sjukvården måste kunna stå fri från läkemedelsindustri och andra kommersiella intresse
- De medicinska professionerna måste i högre grad än idag delta i samhällsdebatten och föra folkhälsans talan.

Dessa krav på en hälsoinriktad hälso- och sjukvård formulerade generaldirektör Gunnar Ågren i sitt anförande vid HFS-konferensen i Linköping, och fortsatte:

– Viktiga framtidsfrågor är: Kommer sjukvården att vara en aktör i det framtida folkhälsoarbetet – eller kommer man att stå vid sidan om? – Kommer en hälsoinriktad hälso- och sjukvård att erkännas som ett nationellt folkhälsomål?

Sjukvårdens roll

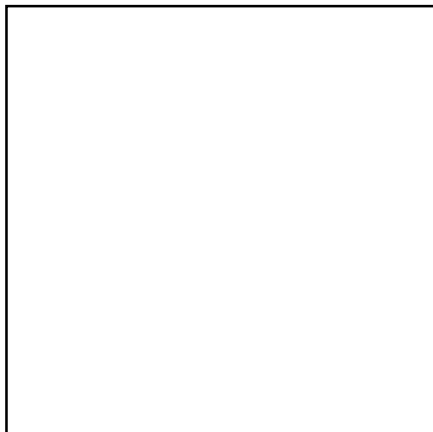
Ågren diskuterade vidare sjukvårdens roll ur ett folkhälsoperspektiv:

– Sjukvården har en roll, det är helt klart. Däremot finns den ingen tydlig relation mellan sjukvårdskostnadernas utveckling och folkhälsan.

Man kan också göra den iakttagelsen att länder som satsar på ett decentraliserat sjukvårdsutbud, med hög tillgänglighet har i allmänhet bättre hälsa i relation till insatta resurser. Högteknologisk vård verkar ha en marginell inverkan på folkhälsan.

– Det finns inbyggda motsättningar i dagens sjukvårdsstruktur när det gäller dess inverkan på folkhälsan, menade Ågren.

– Vi har ett sjukvårdsindustriellt komplex som har ett starkt inflytande på vårdstrukturen. Det finns en motsättning mellan den medicinska kunskapsutvecklingen och de problem som patienterna faktiskt söker hjälp för. Det förebyggande verksamheterna har ingen självklar plats i organisationen utan ses ibland som en onödigt kostnad.



Gunnar Ågren, Statens Folkhälsoinstitut

Olika aktörer

I sin genomgång av sjukvårdens roll såg Ågren fler motsättningar:

– Det finns i dagens sjukvårdssystem en uppdelning på olika aktörer som kan komma i motsättning till önskan att styra organisationen som en helhet och göra övergripande prioriteringar.

– Det finns en motsättning mellan den samlade folkhälsan och aktiva patientgrupperns intressen.

– Det finns också en motsättning mellan serviceinriktning och en god arbetsmiljö. Ågren sammanfattad frågan om sjukvårdens roll på följande sätt:

– Det här är inte antagonistiska motsättningar. Men de finns inbyggda i våra organisationer. Därför är det viktigt att problematisera dem om man vill lösa dem.

Har sjukvården en positiv eller negativ inverkan på folkhälsan?

Gunnar Ågren ställde konferensdeltagarna inför frågan: – Har sjukvården en positiv eller negativ inverkan på folkhälsan? Frågan kan synas provokativ men behöver nämnas.

– Huvuddelen av folkhälsans förbättring under 1900-talet kan tillskrivas faktorer utanför sjukvården. Samtidigt är det helt klart att en del av folkhälsans förbättringar kan tillskrivas sjukvården, menade Ågren.

– Det är också klart att vissa insatser från hälso- och sjukvården har negativa effekter, exempelvis felaktig läkemedelsförskriv-

ning. Likaså kan långvariga sjukskrivningar ha negativa effekter.

Sjukvårdens arbetsmiljö

Sjukvården som arbetsmiljö är en viktig aspekt att beakta, fortsatte Ågren och pekade ut sex problem kring nuvarande arbetsmiljösituation:

– En dramatisk ökning av långvariga sjukskrivningar.

– Långvarig sjukskrivning och förtidspensionering kostar över 100 miljarder.

– Ökningen tar i anspråk hela utrymmet för sociala reformer.

– Kvinnor står för 2/3 av långvarig sjukskrivning.

– Vårdsekoren är ett av de områden som har mest negativ utveckling.

– Personalen inom sjukvården upplever högre krav och mindre beslutsutrymme – på många sätt en logisk följd av 90-talets strukturella förändringar.

Institutets roll

Ågren diskuterade även Institutets roll, i och med det nya uppdrag som började gälla i somras:

– De viktigaste förändringarna är att vi nu ska arbeta med ett integrerat folkhälsoarbete i stället för att arbeta med enskilda folkhälsoproblem. Därmed ska vi ha en bred hälsopolitisk orientering. Vi måste självklart vara kunskapsbaserade. Allmänna påståenden om vad som är bra eller dåligt för folkhälsan blir ingen glad över.

– Vi arbetar i huvudsak med hälsans bestämningsfaktorer.

Propositionen styr

Ågren summerade:

– Vad gäller institutets måluppföljning blir den beroende av folkhälsomålets slutliga utformning. Vi räknar med att det blir en uppdelning på mål som är relaterade till samhällsstrukturen och mål som är relaterade till levnadsvanor.

Kvantitativa indikatorer kommer att spela en stor roll. Meningen är att uppföljningen ska presenteras i en folkhälsopolitisk rapport som preliminärt är sagt ska komma vart fjärde år. Det blir beroende på hur propositionen kommer att se ut.

Margareta Kristenson, Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus: Viktigt med nationellt folkhälsomål för en hälsoinriktad Hälso- och sjukvård!

– Det är viktigt med ett nationellt folkhälsomål fokuserat på hälso- och sjukvården! Det säger Margareta Kristenson, Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus, med anledning av den beredning av folkhälso- propositionen som nu pågår inom Socialdepartementet.

– Vi befinner oss faktiskt i ett mycket viktigt skede vad gäller hälso- och sjukvårdens framtida roll i ett folkhälsoperspektiv, menar Margareta och fortsätter:

– Det finns många positiva tendenser, där hälso- och sjukvårdsorganisationer tydligt markerar att man vill ta ett ökat ansvar för hälsofrämjande- och förebyggande insatser. Utvecklingen sedan 1996 av nätverket Hälsofrämjande Sjukhus är ett starkt uttryck för en vilja att ta detta ansvar. Mer konkret kommer det till uttryck bl.a. i den projektdatabas som nu finns upplagd på nätverkets hemsida (se sid. 12

i detta Nyhetsbrev). Ett annat exempel är det arbete som bedrivs på Lasarettet i Motala (se sid 2 - 5 i detta nyhetsbrev)

Nätverkets presidium

hoppas

Kristenson refererar också till pågående presidiediskussioner i nätverket:

– Under presidiets diskussioner hösten 2001 har önskan om ett tydligt folkhälsomål för Hälso- och sjukvården lyfts fram starkt. Ett sådant mål ses som ett viktigt stöd för arbetet på hemmaplan. Dels är det politiska stödet viktigt, dels stödjer det arbetet med att utveckla tydliga indikatorer i verksamheterna.

Resultatmätt

– Vi har sedan länge arbetat med att utveckla resultatmätt för att tydliggöra möjligheter och effekter av en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård.

Detta sker med nära kopplingar till kvalitetsarbete. En närmare samverkan med de nationella kvalitetsregistren är också intressant i detta sammanhang..

Beställarperspektiv

– Många intressanta parallella processer pågår, menar Margareta. – Beställarnätverkets arbete med Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategier i ett beställarperspektiv är ett exempel. (Se Främja Hälsa, nr 2 2001)

– Socialstyrelsens betoning av hälsofrämjande och förebyggande i riktlinjer och tillsyn är ett annat exempel.

Ett viktigt skede!

– Vi befinner oss alltså i ett mycket viktigt skede, där ett folkhälsomål för hälso- och sjukvården får en viktig positiv effekt för utvecklingen av en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård, summerar Margareta.

Forts. från s. 9: Socialdepartementet Finn Diderichsen, professor vid Karolinska Institutet, Stockholm

Diderichsen påtalade bl.a. risken för att hälso- och sjukvården kan känna sig främmande för att arbeta med folkhälsomål som inte är sjukdomsrelaterade. För att kunna axla ett tydligt ansvar i folkhälsoarbetet krävs kompetensutveckling hos anställda på basnivå. I framtiden måste ”beställarledet” behärska både sjukvårdsfrågor och folkhälsofrågor om Folkhälsokommitténs förslag ska kunna förverkligas.

Karl-Eric Karlsson, hälsodirektör, Västerbottens läns landsting

Karl-Eric Karlsson ställde sig bakom Folkhälsokommitténs förslag om regionala centra för metodutveckling som behövs om vi ska kunna välja en annan väg än den enklaste, d.v.s. medicinera. I dag vet vi inte hur alternativen ser ut men oavsett detta är det viktigt att stimulera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategier. Önskar få in folkhälsovetenskap i all utbildning – från gymnasienivå upp till högskolenivå.

Värdet och nyttan av forskningen lyftes också fram, för att kunna utvärdera, kommunicera kunskap och utveckla praktiken.

Det lokala perspektivet

Resurser för metodutveckling måste utvecklas för lokala aktörer, framhöll *Katarina Haraldsson, folkhälsoplanerare i Falkenberg*. Hon framhöll betydelsen av att knyta upp arbetet till Mål 17 och betona särskilt möjligheter till utbildning i folkhälsovetenskap. Menade att folkhälsovetenskap borde ingå i alla grundutbildningar.

Hon framhöll även att ”Folkhälsotanken” måste in i medvetandet hos alla människor. Detta skapas genom utbildning på alla nivåer men också genom politiska diskussioner, diskussioner i arbetslivet etc.

Elsa Rudsby Strandberg, hälsoplanerare, Östersund diskuterade, liksom fler andra tobaksfrågan. Hon berättade att Umeå kommun har tecknat ett kontrakt om rökfria miljöer med flera näringsidkare. I gengäld erbjuder man gratis reklamplats i den kommuninformation som går ut till medborgarna.

Kommunen har tecknat ett tillväxtavtal med länsstyrelsen och har också lyckats få EU-pengar (Mål 1-medel) till ett projektet *Hälso- och sjukvårdens utveckling* som syftar till att ta fram en länsövergripande folkhälsoplan och som löper över flera år.

Torborg Svärd, hälsoplanerare, Rinkeby, förväntade sig av regeringen en progressiv proposition med tydligt angivna uppgifter för kommuner och landsting. Hälso- och sjukvårdslagen räcker inte till som styrinstrument för att skapa nödvändig handlingskraft i folkhälsoarbetet. För att åstadkomma detta måste staten ställa krav på samverkan mellan kommuner och landsting.

Lena Backstig, hälsoplanerare, Gislaved och Gnosjö, menade att det behövs en samlad nationell strategi och en lag som lyfter frågorna till kommunledningen. I övrigt var Backstig positiv till både folkhälsoplaner, samhällsanalyser och Nationella Folkhälsokommitténs förslag om sex regionala centrum för metodutveckling. För att insatserna ska kunna riktas åt rätt håll måste man både veta hur kartan ser ut och vilka metoder som är mest effektiva. I likhet med kollegor på andra orter i landet hoppades hon på ett förbud mot tobaksrökning på restauranger och efterlyste också örönmärkta pengar för samordning och strukturering av det folkhälsoarbete som bedrivs på lokal nivå.

För att ta del av övrig dokumentation, se webadressen sid. 9.

Välkomna, Kristianstad och Östersund!

Vid nationella konferensen i Linköping hälsades två nya medlemmar välkomna in i nätverket. Dessa är:

- * Centralsjukhuset Kristianstad
- * Östersunds sjukhus

Östersunds sjukhus har hunnit vara med en tid, men nu var det dags för den formella utdelningen av medlemscertifikat från WHO. Kerstin Andersson Thorell (till höger på bilden) var glad mottagare.

Centralsjukhuset i Kristianstad är nybliven medlem. Ann Christin Dahlström tog emot WHO-certifikatet.

Vi ser fram emot att få rapportera om verksamheterna på dessa sjukhus.

Ann Christin Dahlström, Centralsjukhuset i Kristianstad (t.v.) samt Kerstin Andersson Thorell, Östersunds sjukhus.

Gör som Dagens Medicin: Besök oss på www.liu.se/fhvc/hfs

Dagens Medicin har besökt vår hemsida och bl.a. tittat runt i projektdatabasen. Detta framgår av vidstående pressklipp.

Gör som Dagens Medicin, ta en stund och vandra runt på de olika sidorna.

Där finns kontaktpersoner till alla medlemssjukhus, information om kommittéer och inte minst, tidigare nummer av Främja Hälsa.

Välkommen!

**God Jul
och
Gott Nytt År**

önskar redaktionen alla våra läsare

Från redaktionen

Detta nyhetsbrev är nummer tre år 2001. Liksom föregående nummer är detta 12-sidigt, pga det ökade intresset för nätverket.

Första nyhetsbrevet år 2002 utkommer i april. Presstop är 31 mars.

Besök även vår hemsida:
www.liu.se/fhvc/hfs.

*Mats Hellstrand
Margareta Kristenson
Johannes Vang*

Denna publikation har beteckning:
ISSN 1402 - 4187