

Främja Hälsa

NYHETSREVY FÖR SVENSKA NÄTVERKET AV HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS • NR 1 AUG -96

Det hälsofrämjande sjukhuset

Artikelförfattare: Professor Johannes Vang, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Linköping

Hur skall framtidens sjukhus se ut? Hur kan de integreras i den övriga sjukvårdsstrukturen? Hur klarar vi konflikten mellan den tekniska utvecklingens krav på hög specialiseringsgrad och koncentration och å andra sidan åldersstrukturens krav på decentralisering, närhet och bred kompetens? Hur garanterar vi att hög teknologi inte blir till huvudlös teknologi, och att vård och omsorg inte slutar i passiv okunnighet? Hur blir vi kvitt begreppet "klinikfärdig"?

Klarar vi det svåra; att ständigt förbättra och utveckla den biologiska kunskapen och de teknologiska färdigheterna, men samtidigt stärka och utveckla den humanistiska ramen kring de medicinska och administrativa besluten? Hur kan kunskapskapitalet om hälsa, sjukdom och riskfaktorer och den auktoritet som sjukhusen har i dessa frågor utnyttjas till att ge ett bättre stöd åt befolkningens hälsoutveckling? Dessa och liknande frågor spelar en central roll i diskussionen omkring sjukhusens framtida roll, men är naturligtvis lika betydelsefulla för sjukvården som helhet. Det finns för dessa frågor inga enkla lösningar. Många ser i dem tulipanarosens lättjefulla skönhet. Att förena dessa motsägelsefulla krav är lättare sagt än gjort, i alla fall inom vår fantasi och tankes ram, paradigmet stramar! Det är lättare att inget göra och fortsätta som vanligt.

Dessa frågor uppmärksammades emellertid i Ottawa-deklarationen 1986, som bland annat föreslog att sjukvårdens verksamhet skulle omorienteras mot samhället och att sjukvården skulle ta större hänsyn till människorna utifrån en helhetsbild av deras behov.

WHO-initiativ

Som följd härav sammanförde WHO först ensamt och senare i samarbete med Sjukhus-

kommittén i EU ett antal framtidsorienterade europeiska sjukhus i ett nätverk. Målsättningen var dels att undersöka hur man bäst kunde omorientera sjukhusen mot framtidens uppgifter och göra dem till arenor för hälsoutveckling. Därtill ville man förändra styrningen av verksamheten mot en resultatorienterad styrning med hänsyn tagen inte bara till professionella bedömningar men också till de enskilda patienternas egen uppfattning om behandlingsresultatet - hälsovinsten.

Sedan dess har detta nätverk av sjukhus nått betydande omfattning i Europa. I vissa länder som England, Tyskland, Italien och Polen har nationella nätverk bildats för gemensamt utbyte av erfarenheter. Även i Sverige är intresset stort för utvecklingen av ett nationellt nätverk.

Tre grundtankar

Det är tre grundläggande tankar i hälsofrämjandesjukhusideologin:

Den första är att den är resultatorienterad på två sätt: Den lyfter fram det som i engelsk terminologi kallas "evidence based practice" det

vill säga resultatstyrning i professionell bemärkelse. Sedan lägger den till ytterligare en dimension, nämligen patientens egen uppfattning av resultatet genom att kombinera den professionella bedömningen med systematisk bedömning av patientens självrapporterade hälsa. Slutligen ligger den intelligenta tolkningen av dessa data till grund för den samlade resultatstyrningen.

Den andra tanken är att om patientens självupplevda hälsa görs tydligare som styrinstrument får man ett instrument som förenar administrativa och medicinska vård- och patientperspektiv på ett annat sätt än det traditionella produktions- och ekonomiperspektivet. Sjukhusets uppgift, dess "bottomline" är hälsa och inte pengar. Det blir möjligt att skapa "mission statements" som överensstämmer med sjukvårdens målparagraf, och människors bild av sjukhusens roll.

forts. sid 4.

Health Promoting Hospitals

Ett internationellt nätverk initierat av WHO

Utgivare:

Linköping Collaborating Centre . LCC
Folkhälsovetenskapligt Centrum
581 85 Linköping
Tel 013-22 14 34
Fax 013-22 50 95

Ansvarig utgivare:
Prof. Johannes Vang

Redaktör:

Mats Hellstrand
Projektledare HFS
Bergslagsjukhuset
737 81 Fagersta
Tel 0223-470 98
Fax 0223-150 04

Innehåll

Det hälsofrämjande sjukhuset	s. 1
Det är viktigt att vara överens om målet	s. 2
Bro över mörka vattens. 3	
Utbildning i hälsofrämjande arbetes.	3
Första svenska konferensen	s. 4
Varför är ni med på HFS-konferensen?	s. 4
Sjukvård är möten mellan människor	s. 5
Värdefullt bilda svenskt nätverk	s. 6
Växande nätverk i Skottland	s. 7
Inbjudan till arbetsmötes. 8	
Möte om resultatmätning. 8	
Budapestdeklarationens.	8

Det är viktigt att vara överens om målet!

Det hälsofrämjande synsättet behöver integreras i hälso- och sjukvårdens resultatmätning i termer av vunnen hälsa. På Universitetssjukhuset inför man därför "kvalitetsbokslut", berättade Margareta Kristenson vid konferensen i Bergslagen.

1992 blev Universitetssjukhuset (US) i Linköping accepterat som ett av 20 pilot-sjukhus i WHO's europeiska nätverk av Pilot Health Promoting Hospitals. Avsikten med detta nätverk var att dessa sjukhus, med stöd av varandra, skulle utveckla exempel på hälsofrämjande sjukhus (HFS). Bakgrunden till US-ledningens intresse av att delta i detta arbete var flerfaldig; 1986 startade Hälsouniversitetet; Den medicinska fakulteten blev medlem i ett internationellt nätverk av "Community oriented Faculties for Health Sciences", som hade målet att ge vårdpersonal kunskap relevant för det samhälle man är satt att betjäna. Detta innebar bl a en ökad samhällsorientering innefattande utökade kunskaper i epidemiologi och prevention. Basen är en problembaserad inläring. En svårighet i genomförandet av utbildning i prevention var att så få exempel på ett hälsoorienterat synsätt fanns i verksamheten.

Ett hälsopolitiskt program

1987 antog Östergötlands läns landsting ett hälsopolitiskt program som innefattade livsstilsrelaterad ohälsa, förebyggande av olycksfall, sjukdomar i rörelseorganen samt förbättrad hälsovård för de äldre. Avsikten var att integrera denna verksamhet i ordinarie hälso- och sjukvård, vilket visade sig vara svårt.

Mot slutet av 1980-talet ökade sjukhusledningens engagemang i att utveckla och effektivisera sjukhuset. Medel var ökad marknadsorientering, vårdkedjeanalyser, TQM-metoden (total quality management), ledarutvecklingsprogram samt en omstrukturering varvid klinikerna överfördes i en centrumorganisation utifrån specifika symtomgrupper. Ett problem var att få de olika utvecklingsprogrammen att stärka och inte konkurrera med varandra. Sjukhusledningen såg nödvändigheten av att förtydliga sjukhusets mål. Det hälsofrämjande sjukhuset sågs som ett medel att åstadkomma detta.

Som pilotsjukhus definierade US målet såsom: Hälsovinst för patienterna, effek-



Margareta Kristenson, överläkare vid Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping

tivitet och kundtillfredsställelse. Som pilotsjukhus ingick att definiera ett antal delprojekt. De som US valde var samtliga verksamheter som pågick eller var planerade men som lyftes fram för att fokusera på vad ett hälsofrämjande sjukhus kan innebära. Huvudprojektet gäller en resultatstyrd, hälsovinstorierad verksamhet. Ett annat centralt projekt var TQM-metoden. Genom denna metod som kan beskrivas som "verksamhetens svar på den problembaserade inlärningsmetodiken", visade det sig möjligt att åstadkomma ett engagemang och en lärande process ute i verksamheten. Denna har gett upphov till flera lokala utvecklingsprojekt, vilket har gett nöjdare patienter och ökad arbetstillfredsställelse hos personalen.

Övriga delprojekt gäller områden som krisgrupp (för polis/ambulanspersonal efter våra olyckor), flyktingmedicin, rökfritt sjukhus, olycksfallsregistrering (inklusive samhällsintervention), Butik för Livet (samverkan med livsmedelsbutiker) proosteoporos-prevention, avfallshantering samt tidig aktiv rehabilitering av egna personalen. Projekten innebar således dels en resultat- och samhällsorientering, men också att skapa stödjande miljöer och åstadkomma "empowerment" för patienter, anhöriga och personal.

Vår erfarenhet var att idén med det hälsofrämjande sjukhuset är relativt lätt att acceptera för såväl anställda och patienter som för politiker. Emellertid är det svårt att bibehålla detta synsätt, om man har ett styrsystem som ekonomiskt belönar mängden aktiviteter utan hänsyn till resultaten. Detta ledde till en diskussion om nödvändigheten av att mäta medicin-

ska resultat. I TQM-arbetet ingår resultatmätning som en viktig del. Emellertid har traditionellt denna resultatdel framförallt innefattat servicefrågor.

Hälsovinst som mål

I våra diskussioner kom vi överens om att hälsovinst (health gain=vunnen hälsa) rimligen är det enda relevanta resultatet för hälso- och sjukvården. Genom att relatera till WHO's hälsodefinition som beskriver hälsa som inte enbart frånvaro av sjukdom utan också som gott fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kan hälsovinst definieras som kombinationen av den professionella bedömningen och den egenupplevda hälsan.

Det är också viktigt att diskutera när man ska mäta. Engelskan beskriver två termer som är svåra att översätta men som här är angelägena; efficacy beskriver vad som fungerar under ideala förutsättningar (det kliniska försöket), effectiveness beskriver vad som fungerar i rutinverksamhet. Vi behöver utveckla mätinstrument som mäter resultat i termer av hälsovinst. Vi behöver därefter utveckla dessa så att vi kan övergå från mätning i det kliniska försöket till mätning i rutinverksamhet. Därefter kommer nästa steg, att återföra denna kunskap till verksamheten så att man utvecklar en lärande organisation. TQM är en värdefull metod att genomföra detta.

På Universitetssjukhuset i Linköping inför nu TQM-metoden på samtliga avdelningar. Parallellt utvecklas resultatmätningar och varje klinik kommer att till nästa bokslut inte enbart redovisa traditionella (ekonomiska och aktivitetsrelaterade) parametrar utan skall också redovisa ett kvalitetsbokslut. I första omgången redovisas medicinska resultat avseende två diagnoser per klinik. Målet är att detta kvalitetsbokslut skall utvecklas för att så småningom, för relevanta diagnosgrupper, innehålla resultat avseende service, medicinskt resultat och egenupplevd hälsa.

En svår fälla är byråkrati och tidsbrist: För att undvika detta är det avgörande att tydligt sammanlänka alla pågående utvecklingsaktiviteter; hälsoorientering, resultatmätningar, kvalitetsutveckling, ledarskapsutveckling måste alla tydligt vara del i samma utvecklingsprocess med samma gemensamma mål - en förbättrad hälsa till dem vi betjäna.

En bro över mörka vatten

Bergslagssjukhusets arbete med projekt Hälsofrämjande Sjukhus har utvecklats mycket positivt på bara ett år. Medvetet har året ägnats åt att fånga upp personalens tankar och idéer, sammanställa dessa och återföra dem. Det har medfört att flera delprojekt har kommit igång snabbt.

-Konceptet Hälsofrämjande Sjukhus skapar ett starkt engagemang inom hälso- och sjukvården, sade sjukvårdschef Christina Hjulström.

Christina Hjulström presenterade det utvecklingsarbete som pågår inom Bergslagssjukhuset. HFS-projektet (HFS står för HälsoFrämjandeSjukhus) började diskuteras hösten 1994. Våren 1995 gjordes en studieresa till Linköping som ledde till många idéer. Diskussioner mellan tjänstemän och förtroendevalda ledde fram till ett politiskt beslut i Landstinget Västmanland i april 1995, då också en projektplan antogs. Redan från början betonades vikten av personalens engagemang i arbetet.

Upptaktsdagar

I september 1995 genomfördes upptaktsdagar för de cirka 400 anställda. Under två dagar hölls sammanlagt sex likalydande föreläsningar. Temat var hälsofrämjande sjukhus och föreläsare var professor Johannes Vang och överläkare Margareta Kristenson, Universitets-sjukhuset i Linköping.

Efter varje föreläsning delades åhörarna in i grupper för att diskutera. Samtliga gruppdiskussioner protokollfördes och sammanställdes till en idékatalog.



Arbetet med Hälsofrämjande sjukhus skapar engagemang hos personalen, anser sjukvårdschef Christina Hjulström vid Bergslagssjukhuset i Fagersta.

Gemensamma personaldagar kommer att genomföras vid ytterligare tre tillfällen fram till sommaren 1998.

Christina Hjulström berättade att olika delprojekt utvecklas utifrån Idékatalogen. En miljögrupp har bildats som utvecklar rutiner för återvinning av matrester, plaster och annat. Utvidgat eftervårdsprogram för hjärtpatienter började diskuteras under vintern och trädde i kraft i mars 1996. Informationsprogram för gravida invandrarkvinnor genomfördes våren 1996 med livliga och spännande möten. En informationsgrupp har bildats för att utveckla informationen främst till besökande i sjukhuset. Ett vårdkedje-projekt, VÅRDSAM, har tagit form och startade den 1 mars 1996. Inom psykiatrin pågår ett nätverksarbete med socialtjänsten och Försäkringskassan. Ursprunget är delvis psykiatrireformen men

ur sjukvårdens perspektiv ligger det helt i linje med konceptet Hälsofrämjande Sjukhus. Redan nu går det att se att samverkansformerna underlättas tack vare PNP-projektet. Personalens deltagande är mycket viktig och central.

Utbildning av politiker

Christina Hjulström informerade också om utbildningsprogrammet för politiker. En serie utbildningsdagar genomfördes hösten 1995 och våren 1996. Politiker inom landsting och kommuner och chefs-tjänstemän har varit målgrupp. Att främja hälsa har varit tema och blivit beslyst ur olika synvinklar. Exempel är Folkhälso-ekonomi, Health Promoting Hospitals, Hur skapas Hälsa? Den nya förändrings-logiken och Kvinnors hälsa.

Våren 1996 genomfördes ett utbildningsprogram för personal inom Hälso- och sjukvården Fagerstabygden. 25 personer har gått en utbildning i Hälsofrämjande arbete med temat "Hur kan vi införliva hälsofrämjande arbete i den vardagliga sjukvården?" Kursledningen kommer från Folkhälsovetenskapligt Centrum, Linköping. Kursdeltagarna representerar många yrkesgrupper och arbetsplatser.

Bro över mörka vatten

Som avslutning summerade Christina Hjulström:

- Redan våren 1996 blev vi antagna som medlemmar i det internationella nätverket HPH. Hälso- och sjukvården genomgår förändringar och besparingar, vår förhoppning och tro är att utvecklingsarbetet Hälsofrämjande Sjukhus ska bli vår bro över mörka vatten, sade hon.

Utbildning i Hälsofrämjande arbete

Under våren har ca 25 anställda från Bergslagssjukhuset deltagit i en utbildning i Hälsofrämjande arbete. Hösten 1996 kommer dessa att fortbilda sina kollegor.



Gunilla Hofferek, läkarsekreterare familjeläkarenheten Fagersta Norra:
- Utbildningen har varit fantas-



Carina Hammarström, undersköterska avd. 5
- Jag upptäckte att information om HFS är mycket viktig. Jag hade

bildat mig en uppfattning om vad det var men upptäckte att det inte alls stämde. Jag blev osäker, men efter andra träffen lossnade det. Nu har vi fått rätta kicken för att arbeta vidare. Utbildningen har varit intensiv och jobbig. Det är mycket intressant och har inneburit en del jobb på fritiden. Lärarna har varit fantastiska!

I höst träffas vi igen, sen går vi ut som handledare till övrig personal.

- Det här kommer att bli väldigt bra för vårt lasarett och för invånarna i Fagersta. Vi måste utvecklas och gå vidare.

forts. från 6.

Den tredje tanken är sjukhuset som arena för hälsoutveckling. Hälften av befolkningen passerar in och ut genom sjukhusens portar varje år som patienter, anhöriga, besökare eller anställda. Att en betydande procentdel av befolkningen arbetar inom sjukvården öppnar stora perspektiv när det gäller sjukhusens möjligheter att nå många människor och att påverka opinionsklimatet med hänsyn till hälsa och hälsosamt beteende. Hälso-orienteringen gäller då inte bara patienterna utan också personalen och personalens värderingar och deras roll som förmedlare av kunskap och hållningar ute i samhället.

Därvid hoppas man öppna sjukhusen mot samhället - "man river sjukhusets murar" - och förhoppningsvis kan man därmed även förstärka samförstånd och samarbete med inte bara primärvården utan också med kommunala vårdgivare.

I det praktiska arbetet med hälsoorienteringen inom hälsofrämjande sjukhus spelar "subprojekt" en framträdande roll. Dessa projekt utgör hälsoorienterade uppgifter inom ramen för den sjukvårdande verksamheten. De bidrar starkt till att tydliggöra det övergripande målet för vårdpersonalen och understödjer därvid reorienteringen av vården. På samma sätt underlättar knytning till TQM inte sällan förståelsen av det hälsofrämjande sjukvårdsbegreppet hos administratörer och chefläkare.

Det svenska nätverket

Det svenska nationella nätverket är en del av WHO's internationella nätverk av "Health Promoting Hospital". De sjukhus som deltar i det nationella nätverket är automatiskt även medlemmar av det internationella nätverket. Det innebär regelbunden kontakt med sjukhus i hela Europa med samma intressen för utveckling. Det internationella nätverket har regelbundna möten, senaste mötet var i Londonderry på Nordirland, nästa möte blir i Prien i södra Tyskland den 25-26 oktober 1996.

Det nyhetsbrev som vi presenterar här är det svenska nationella nätverkets första nyhetsbrev. Den 24-25 oktober avhåller det svenska nätverket sitt andra möte, ett lunch till lunch-möte, som äger rum i Hässleholm.

De sjukhus som önskar delta i mötet eller i nätverket kan höra av sig till HFS, Folkhälsovetenskapligt Centrum, 581 85 Linköping, tel 013-22 50 75, 013-22 14 34 eller fax 013-22 50 95.

Första Svenska Konferensen om Hälsofrämjande Sjukhus

Den 31 maj 1996 genomfördes konferensen "Hälsofrämjande sjukhus som vision inför morgondagens sjukvård." Stödet för ett svenskt nätverk var enhälligt.

Arrangörer av konferensen var Folkhälsovetenskapligt Centrum, Linköping, och Folkhälsoinstitutet. Även Landstingsförbundet medverkade. Lokal värd var Bergslags sjukhuset i Fagersta och konferensen ägde rum på Färna Herrgård i Bergslagen. Konferensdeltagarna visade ett enhälligt stöd för ett svenskt nätverk av Hälsofrämjande sjukhus. Färna-konferensens anföranden återges i detta nyhetsbrev.

Nyhetsbrevet

Ambitionen är att detta Nyhetsbrev ska utkomma 3 - 4 ggr per år. Nästa brev kommer i mitten av december -96. Vi hoppas att brevet ska bli ett forum för en mängd idéer och erfarenheter. Redaktionskommittén består av Johannes Vang, Margareta Kristenson och Mats Hellstrand. Vi välkomnar bidrag fram till den 15 november. Kontakta oss gärna för avstämning av textmängd m.m..

*Mats Hellstrand
Redaktör*

Varför är ni med på HFS-konferensen?



Maj-Lis Hägesten-Larsson, sjukhusdirektör vid lasarettet i Sollefteå:

- Vi är här för att lära mer om häls o f r ä m j a n d e sjukhus. Vi arbetar med att förändra organisationen på vårt eget sjukhus, och med dagens ekonomi får man försöka hitta sätt att göra sjukhusmiljön lite "mjukare".

- Det jag hört här idag ligger mycket i linje med vad jag själv tänkt. Men en sak som det inte talats om är de anhöriga.

- Det är bra att vara med här för att få kontakter. Men en sådan här förändring är inget som jag kan påbjuda, den måste komma underifrån.



Bengt Welin, sjukhuschef Mora lasarett:

- För oss var den egentliga upprinnelsen diskussionerna för två år sedan om samverkan Västman-

land-Dalarna. Det som sades då skulle passat med idén om hälsofrämjande sjukhus. Så vi började diskutera detta hemma i ledningsgruppen och förra året var vi med i Linköping för att få veta mer. Av samma skäl är vi här idag.

- Hälsofrämjandet är lockande som idé. Vi ska naturligtvis diskutera detta mer, men det är inte otroligt - snarare troligt - att vi går med i nätverket.



Britt-Louise Lind-Karlsson, planeringssekreterare Enköpings lasarett:

- Vi har arbetat efter det här konceptet i ett år, men vi har

börjat i en annan ände: med att etablera nätverk ute i samhället med försäkringskassan, arbetsförmedlingen och primärvården. Hittills har vi byggt upp en struktur för arbetet och tagit fram program som ska vara genomförda till 1999.

- Jag tror det är jättebra att skapa nätverk av hälsofrämjande sjukhus. Vi måste alla hämta kunskap och idéer utifrån.

Deltagande sjukhus och landsting vid Första Svenska Konferensen om Hälsofrämjande sjukhus 960531, Färna herrgård.

Avesta lasarett, Eksjöklinikerna, Enköpings lasarett, Bergslags sjukhuset, Finspångs sjukhus, Hässleholms sjukhus, Kullbergsska sjukhuset, Universitetssjukhuset i Linköping, Ludvika lasarett, Mora lasarett, Motala lasarett, Vrinnevisjukhuset, Sollefteå sjukhus, Ängelholms sjukhus, Östersunds sjukhus, Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Värmland, Landstinget i Kristianstads län, Östergötlands läns landsting, Landstinget i Västmanland.

Sjukvård är möten mellan människor

Två flickor, en sjuåring och en som befinner sig i andra änden av livet, fick illustrera några centrala tankegångar i Landstingsförbundets utredningschef Douglas Skalins framträdande.

Sjukhusen får inte betraktas som reparationsverkstäder där man byter reservdelar på patienterna, sade han.

Den ena av Skalins flickor heter Hanna. Hon är sju år. För en tid sen fick hon ont i magen och fick åka till det stora sjukhusets akutmottagning där doktorn frågade, klämde och undersökte. De närmaste dygnet pendlade hon fram och tillbaka mellan hemmet och sjukhuset, men läkaren hittade inga fel.

Några dagar senare satt Hanna i telefon när mamma kom hem efter att ha varit och handlat. Det var läkaren som hade ringt och frågat hur Hanna mätte.

När hon sedan berättade om samtalet var det uppenbart att det gjord ett djupt och bestående intryck. Doktorn hade faktiskt brytt sig så mycket om henne att han ringt och frågat hur hon mätte. Särskilt viktigt var att han hade frågat henne och inte mamman. Hannas magonda gick över efter samtalet.

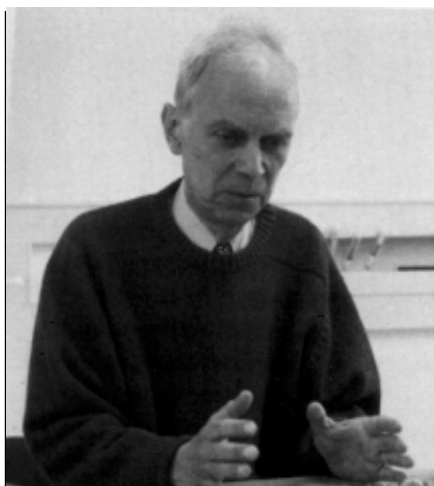
En investering

Det kan naturligtvis mycket väl vara en ren tillfällighet, sade Douglas Skalin. Däremot är jag helt säker på att hon i hela sitt liv kommer att minnas samtalet och att det i hög grad kommer att påverka hennes inställning till vården. Sett ur den synvinkeln var det en utomordentlig framtidsinvestering och ett exempel på hur ett hälsofrämjande sjukhus kan fungera redan idag.

Den andra flickan som Douglas Skalin berättade om befinner sig med sina drygt 80 år på nacken i en annan fas av livet. Intet ont anande gick hon till sin omtyckta husläkare som misstänkte en cancer på tjocktarmen. Inom en vecka hade misstanken bekräftats och kvinnan opererats.

Väntade på att dö

Efter ytterligare några veckor var kvinnan hemma med påse på magen. Så fort hon kunde ta sig ur sängen satte hon klisterlappar på sina ägodelar som visade vilken unge som skulle ha vad. Hon lade sig sedan i sängen och väntade på att hon



I mötet med patienten finns inga gränser mellan att förebygga och vårda, sade Douglas Skalin.

skulle dö. En anhörigs kontakt med sjukhuset visade senare att operationen hade lyckats fullständigt, men man hade helt misslyckats med att få kvinnan att förstå det.

Inget udda olycksfall

Douglas Skalin sade sig vara mycket kritisk till att den gamla kvinnan efter ett så omfattande ingrepp bara skickades hem utan att informera primärvården eller hennes anhöriga.

På sjukhuset satte man uppenbarligen gränsen vid en väl genomförd operation och underlät därmed att försäkra sig om att hon hade någon nytta av operationen. Att fallet med den gamla kvinnan inte var ett udda olycksfall i arbetet framgick av en enkät som Douglas Skalin varit med om att genomföra. Enkätsvaren visade att i t ex Västmanland var det bara 15 procent av familjeläkarna som ansåg att de fick tillräcklig information i samband med utskrivning av patienter från sjukhus.

Douglas Skalin fortsatte med att beskriva den sammanfattande strukturrappport som politikerna på Landstingsförbundets kongress ställt sig bakom och som utgår från mötet mellan vårdad och vårdare.

Nära patienten

I rapporten skisseras en vårdstruktur som bygger på närhetsprincipen, dvs att vanliga vårdbehov ska tillgodoses så nära patienten som möjligt utan att avkall görs på kvalitet och effektivitet.

Vårdens starka beroende av närhet gör att det bör åligga förespråkarna för en koncentration att visa på de kvalitets-mässiga eller ekonomiska fördelar som följer av en sådan förändring, sade Douglas Skalin.

I kongressrapporten konstateras också att det idag finns en rad etablerade föreställningar om skillnader i uppdrag mellan sjukhusen och primärvården. Primärvården förutsätts svara för förebyggande och rehabiliterande insatser medan sjukhusen ska ta hand om de svårt sjuka med tonvikt på botande och lindrande insatser. Sådana föreställningar stämmer dock vare sig med dagens eller morgondagens krav, ansåg Douglas Skalin.

Inga klara gränser

I praktiken finns i mötet med patienterna inga entydiga gränser mellan att förebygga, bota eller lindra sjukdomar. Det bör därför ingå i all vård att söka förebygga sjukdom och tillvarata möjligheterna till rehabilitering. Samtidigt varnade Skalin för de tendenser som finns att underskatta sjukvårdens möjligheter att genom t ex ortopediska ingrepp hjälpa många människor till ett drägligare liv. Till exempel den stora grupp som han själv tillhör på kanske 100 000 människor med konstgjorda höftleder.

Douglas Skalin avslutade sitt föredrag med en genomgång av det hälsopolitiska program som Landstingsförbundet och Kommunförbundet gemensamt håller på att arbeta fram. Han sade sig vara särskilt oroad över att den tendens till väx-

ande skillnader i hälsa som funnits sedan 1980-talet förstärks.

I Hannas intresse

Ett sätt att möta denna negativa tendens är enligt Skalin att satsa på hälso-främjande sjukhus bl a eftersom dessa kommer att ha lättare att skapa bra möten mellan människor, bättre kan samverka med primärvården och kan arbeta med fokus på effektivitet, kvalitet och resultat. Något som alltmer sällan finns inom sjukhusets väggar.

Jag tror personligen på hälsofrämjande sjukhus, inte för att WHO har sagt att det är bra, utan för att det är i Hannas intresse. Vårdpolitik handlar ju faktiskt i grunden om att lämna över en vård och ett samhälle som ger hälsan ännu bättre förutsättningar, avslutade Skalin.

Värdefullt bilda svenskt nätverk

Hälsogapet mellan olika länder och sociala grupper ökar dramatiskt. De redan svaga drabbas hårdast när besparingarna genomförs. Och strukturförändringarna har snarast förstärkt denna trend. Det ansåg Göran Dahlgren, folkhälsoråd vid Folkhälsoinstitutet. Han välkomnade de hälsofrämjande sjukhusen, eftersom de lyfter fram de verkliga mänskliga behoven inom hälso- och sjukvården. Bildandet av ett nationellt nätverk för hälsofrämjande sjukhus är därför ett stort steg framåt.



Gapet mellan svaga och starka grupper ökar dramatiskt när besparingarna genomförs, sade Göran Dahlgren, folkhälsoråd vid Folkhälsoinstitutet.

Inledningsvis talade Göran Dahlgren om hälsoutvecklingen både i Sverige och internationellt. Det mest dramatiska som hänt ansåg han vara det kraftigt växande hälsogapet mellan Västeuropa och länderna i det forna östblocket. I Ryssland förkortas årligen medellivslängden med ett år. Förklaringen är en kombination av bland annat fattigdom, ekonomisk stress och upplösning av sociala nätverk. Framförallt är det männen som drabbas. Detta visar, sade Göran Dahlgren, att hälsa inte är något som man en gång får och sedan för alltid har kvar.

Bakåt i Danmark

Ett annat exempel på stora förändringar är utvecklingen i Danmark. Sverige och Danmark låg tidigare i topp när det gäller hälsoläget. Nu ligger Danmark sist bland jämförbara länder.

Den höga arbetslösheten i samverkan med osunda levnadsvanor i form av fet mat, rökvanor och hög alkoholkonsumtion anses ligga bakom förändringen.

Hur är då utvecklingen i vårt eget land? frågade föredragshållaren. Visserligen har även Sverige en dalande kurva, men i stort sett är utvecklingen positiv. Dock inte för alla.

Vi börjar få stora skillnader i hälsoutvecklingen bland olika grupper. Arbetare löper 50 procent större risk att få någon av de stora folkhälsosjukdomarna är högre tjänstemän. Särskilt hårt drabbas arbetarkvinnorna. Om alla hade samma medellivslängd som högre tjänstemän skulle vi årligen rädda ytterligare 10 000 liv.

Göran Dahlgren underströk vikten av att vid studier av förändringar skilja på

uppföljningar och utvärderingar. En uppföljning visar vad som har hänt medan utvärderingen syftar till att ta reda på varför det har hänt.

Den andra stora frågan som Göran Dahlgren uppehöll sig vid var de senaste årens stora hälso- och sjukvårdsreformer och deras tänkbara inverkan på folkhälsan. Han berättade om en trolleriföreställning han en gång såg. Ett klassiskt nummer där trollkarlen gång på gång plockade fram vita duvor ur sin trollhatt. Nu undrar ni säkert hur jag gör, sade han efter numret. Då reste sig en nioårig flicka upp och svarade: Nej, men jag undrar varför.

Sluten diskussion

På samma sätt är det med många av strukturförändringarna inom hälso- och sjukvården, tyckte Göran Dahlgren. Diskussionen har ofta blivit alltför sluten och teknisk utan en klar koppling till verksamhetens mål. Han jämförde med tillverkningen av en bil.

Det folk är intresserade av är bilens egenskaper, inte av vilka system som har använts för att ta fram bilen.

Den sjukvårdspolitik som bedrivits i Sverige under 90-talets första år kallade Dahlgren för bumerangpolitik. Först talades det mycket om samverkan, sen skulle det vara konkurrens och nu är det samverkan igen. Den tidigare politiska styrningen kritiserades för att vara en kommandoekonomi. Efter några år med mer marknadsanpassade system är det politiska styrsystemet på väg tillbaka. Primärvårdstanken övergick i privatisering. Även där märks tendenser till åter-

gång. Det allvarliga med bumerangpolitiken är att den skapar en förändrings-trötthet hos personalen. Hälsofrämjande sjukhus kan därför ha en befriande effekt på diskussionen och hjälpa till att lyfta fram visioner och mål som utgår från verkliga behov, inte marknadsmål.

Göran Dahlgren slog också hål på myten att Sverige har en dyr sjukvård. Sverige är ett av få länder där sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten minskar. De totala vårdkostnaderna i Sverige relaterade till BNP ligger omkring 7,5 procent, vilket är något under genomsnittet i ett västeuropeiskt perspektiv.

- Det är inte taket utan golvet som är problemet i Sverige, sade Göran Dahlgren. I det sammanhanget är det mycket viktigt att titta på de ökande patientavgifterna. Sverige ligger högre än de flesta andra länder. Han refererade en undersökning som visar att 50 procent av resurssvaga grupper under den senaste tolv månadersperioden vid något tillfälle inte ansett sig ha råd att gå till doktorn.

Öppnar dialogen

Göran Dahlgren avslutade:

- Det ideala ur ett snävt samhällsekonomiskt perspektiv är att människor dör på pensionsdagen, men vårt mål är att folk ska leva länge. Lägg därför inte ekonomiska besparingar till grund för folkhälsoarbetet.

- Ett nätverk av hälsofrämjande sjukhus kan bli en befriande kraft i diskussionen om verksamhetsmål inom hälso- och sjukvården.

Växande nätverk i Skottland

Hälsofrämjande är en god idé som bör förverkligas både utanför och inom sjukvården sade Leslie Honeyman, medicinsk chef vid Stobhill General Hospital i Glasgow, när han berättade om hur det skotska nätverket för hälsofrämjande sjukhus kom till.

I Skottland, berättade han, finns en stark medicinsk tradition. De gamla fina familjerna brukade sända en son att utbildas till läkare och en till präst.

Hälsofrämjande arbete har aldrig varit särskilt framträdande. Detta i kontrast till behovet; för de flesta skottar kan det gå månader mellan tillfällena då de har något grönt på sina tallrikar.

– Jag tror inte att doktorer i allmänhet är särskilt intresserade av hälsofrämjande arbete. Det är inte deras primära uppgift och de är inte utbildade för det. Samtidigt är det de som har makten i sjukhus-systemet. Om det hälsofrämjande arbetet ska bli framgångsrikt behövs ett stöd från doktorerna, sade han.

”Ljum tolerans”

På frågan hur man lyckats få med läkarna i det hälsofrämjande arbetet berättade Leslie Honeyman att man på Stobhill beslutat sig för att inte bekymra sig om läkarna. Annan personal engagerades för att driva projekten.

– Jag skulle vilja beskriva doktorernas attityd som ”ljum tolerans” men inte motstånd. Doktorerna har fullt upp med att vara läkare, sade Leslie Honeyman. Han konstaterade också att förhållandena skiljer sig åt i Sverige och Skottland; det som fungerar på ett håll kanske inte gör det på ett annat. Så redogjorde han för egna erfarenheter av arbetet med hälsofrämjande sjukhus. Stobhill General Hospital verkar i ett upptagningsområde med 250 000 invånare. Det har 2 400 anställda varav 200 doktorer. Budgeten är cirka 700 miljoner SEK vilket gör det till det femte största sjukhuset i Skottland.

Sjukhuset skulle stängas

Upprinnelsen till satsningen på hälsofrämjande arbete var diskussioner i början på 1990-talet om att stänga sjukhuset. Nu blev det inte så; ekonomiska aspekter och en stark lokal opinion var två av faktorerna som räddade sjukhuset. Men diskussionen gjorde att ledningen



Hälsoarbetet måste nå makten om det ska bli framgångsrikt, sade Leslie Honeyman.

började fundera över sjukhusets funktion: fanns det något speciellt med Stobhill som kunde utvecklas? Man tog till sig idén om hälsofrämjande sjukhus. Genom detta koncept utvecklade man en tydligare medvetenhet om sjukhusets betydelse för befolkningen i upptagningsområdet.

– Det är viktigt för våra patienter att sjukhuset finns i området och utvecklar ett hälsofrämjande arbete, sade Leslie Honeyman.

Det avtal man skriver på som hälsofrämjande sjukhus stipulerar att vissa saker måste göras.

Stobhills projekt är:

- 1) alkoholinformation till patienter
- 2) försök att få patienter som står i kö för kirurgiska ingrepp att sluta röka
- 3) rehabilitering av hjärt-kärlsjuka
- 4) kostrådgivning till patienter
- 5) anställning av en person för att leda utvecklingsarbetet.

Personalens hälsa

Leslie Honeyman ansåg att detta med en projektledare har varit mycket betydelsefullt. Man har anställt en person med sjuksköterskebakgrund.

– Det viktiga var att vi fick någon med tid att ägna sig åt hälsofrämjande arbete, sade han.

Stobhill General Hospital har också försökt förbättra personalens hälsa. Personalhälsovård fanns redan och nu har den kompletterats med:

- arrangerad motion
 - en hälsomässa för personalen
 - kampanj för bättre mental hälsa
 - policyformulering för tobak och alkohol.
- Stobhill förband sig också att starta ett nationellt nätverk för hälsofrämjande sjukhus.

Leslie Honeyman berättade målande om hur han gått till sjukhusdirektören och bett om pengar för att göra detta, men bara fått uppmaningen ”sätt igång!”

– Så vi gjorde det; skickade ut brev och kallade till ett möte. Jag tror det finns en massa människor ”därute” som vill vara med. Försök att tänka er bort från sjukhusen, manade han åhörarna i Färna.

Ändrad attityd

Nu har det skotska nätverket för hälsofrämjande sjukhus redan hållit fyra konferenser. Nästa steg i utvecklingen är att skapa ett stödnätverk med ca 300 personer, bland annat representanter för ett 40-tal fonder av olika slag. Leslie Honeyman hoppades att man nu rörde sig från att syssla med hälsofrämjande på sjuk-

hus till att vara ett hälsofrämjande sjukhus.

Det förra står för att man driver olika hälsofrämjande projekt medan det andra innebär att en hälsofrämjande attityd vuxit in i hela sjukhusets verksamhet.

– En av sakerna vi arbetat med är att skriva ut folk från sjukhuset på ett bra sätt. Vad åker de hem till? Vi vet att alkoholproblem, sociala problem m m har stor betydelse för hälsan, sade Leslie Honeyman.

Påminner om järnbruk

– En tanke som slagit mig, och som man kunde göra något åt, är att vi gör en sak med en patient i en del av sjukhuset och nästa åtgärd i en annan del av sjukhuset, sade Honeyman. Det påminner en del om de gamla svenska järnbruk jag sett här i Bergslagen.

Hur är det då att driva ett hälsofrämjande sjukhus? Leslie Honeyman sade att det inte riktigt blivit som hans chef till en början trott; att sjukhuset skulle bli överflödigt om hälsofrämjandet var framgångsrikt.

– I stället har sjukhusets betydelse som hälsoaktör i upptagningsområdet blivit ännu tydligare.

INBJUDAN TILL FÖRSTA ARBETSMÖTET MED SVENSKT NÄTVERK FÖR HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS

i Hässleholm 24 - 25 oktober 1996
med start den 24/10 kl. 13.00
och avslutning den 25/10 kl. 12.00

Detta arbetsmöte avser att främja både formellt och informellt kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan medlemmar och blivande medlemmar inom svenskt nätverk för hälsofrämjande sjukhus. Fram till 15 september kan Du påverka innehållet genom kontakt med Margareta Kristenson och skriver till adress:

Enheten för förebyggande medicin

Folkhälsovetenskapligt Centrum

581 85 LINKÖPING

Tel: 013-22 50 75, fax: 013-22 50 95

Vi kommer att arbeta med omväxlande föreläsningar och Workshops och föreslagna ämnen till den första konferensen är implementeringsstrategier; hur driva förändringsarbete? Redovisning av exempel från olika sjukhus. Resultat- och hälsovinst-orientering, hur kan man åstadkomma detta? Hur kan man mäta hälsovinst, resultatbokslut. Eftersom detta är första mötet kommer en del av mötet också att ägnas åt formalia-diskussioner; hur ska nätverket arbeta? Vilka formella kriterier vill vi bli överens om för medlemskap i ett svenskt nätverk för hälsofrämjande sjukhus.

Till den som inlämnat intresseanmälan för medlemskap hälsofrämjande sjukhus kommer inbjudan med detaljerat program att utskickas under september månad.

VÄLKOMMEN TILL MÖTE OM RESULTATMÄTNING

Linköping 12 - 13 juni 1997

Det europeiska nätverket för resultatmätning; European Clearing Houses On Health Outcomes (ECCHO) kommer att hålla ett möte i Linköping juni 1997 om resultatmätning. Detta kommer att ske i samverkan mellan ECCHO, SPRI och Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping. Mötets titel är: Outcome Measures Make Sense, Do they Make a Difference?

För ytterligare information, kontakta

Margareta Kristenson

Enheten för förebyggande medicin

Folkhälsovetenskapligt Centrum

581 85 LINKÖPING

Tel: 013-22 50 75, fax: 013-22 50 95

Budapestdeklarationen

Grundat på Ottawamanifestet antogs "Budapestdeklarationen om Hälsofrämjande sjukhus" vid det första ledningsmötet för HPH-nätverket i Budapest 31 maj - 1 juni 1991. Dessa 17 punkter anger inriktningen för sjukhus i det internationella nätverket Health Promoting Hospitals. Medlemssjukhus i nätverket ansluter sig till Budapestdeklarationen som riktlinje för sitt utvecklingsarbete.

Budapestdeklarationens 17 punkter för sjukhus inom det internationella nätverket HPH (Health Promoting Hospitals).

("Part 2" av Budapestdeklarationen avser de 20 pilot-sjukhus som grundade nätverket, och är ej aktuellt för övriga medlemmar.)

CONTENT AND AIMS for Hospitals participating in Health Promoting Hospitals - an international Network (Part 1 of the Budapest Hospitals Declaration on Health Promoting Hospitals)

Beyond the assurance of good quality medical services and health care, a Health Promoting Hospital should

- 1. Provide opportunities throughout the hospital to develop health-orientated perspectives, objectives and structures.

- 2. Develop a common corporate identity within the hospital which embraces the aims of the Health Promoting Hospital.

- 3. Raise awareness of the impact of the hospital on the health of patients, staff and community.

The physical environment of hospital buildings should support, maintain and improve the healing process.

- 4. Encourage an active and participatory role for patients according their specific health potentials
- 5. Encourage participatory, healthgain orientated procedures throughout the hospital.

- 6. Create healthy working conditions for all hospital staff.
- 7. Strive to make the Health Promoting Hospital a model for healthy services and work-places.

- 8. Maintain and promote collaboration between community based health promotion initiatives and local governments.

- 9. Improve communication and collaboration with existing social and health services in the community.

- 10. Improve the range of support given to patients and their relatives by the hospital through community based social and health services and/or volunteer-groups and organisations.

- 11. Identify and acknowledge specific target groups (e.g. age, duration of illness etc.) within the hospital and their specific health needs

- 12. Acknowledge differences in value sets, needs and cultural conditions for individuals and different population groups.

- 13. Create supportive, humane and stimulating living environments within the hospital especially for longterm and chronic patients.

- 14. Improve the health promoting quality and the variety of food services in hospitals for patients and personnel.

- 15. Enhance the provision and quality of information, communication and educational programmes and skill training for patients and relatives.

- 16. Enhance the provision and quality of educational programmes and skill training for staff.

- 17. Develop in the hospital an epidemiological database specially related to the prevention of illness and injury and communicate this information to public policy makers and to other institutions in the community.