

Främja Hälsa

NYHETSREV FÖR SVENSKA NÄTVERKET **HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS** • NR 1-2 juni 2005

Akademiska sjukhuset värd för 10:e nationella konferensen för Hälsufrämjande Sjukhus

I samverkan med Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen genomfördes nätverkets 10:e nationella konferens i Uppsala 6 - 8 april. Detta sextonsidiga dubbelnummer är fullmatat av referat från konferensen.

Det blev en framgångsrik och mycket välarrangerad konferens, där processledare Kerstin Troedsson varit den sammanhållande kraften. Landstingsråd Mats O Karlsson, Landstinget i Uppsala län, välkomnade konferensdeltagarna och sade:

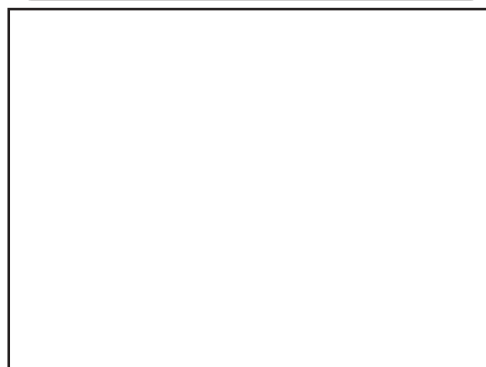
– Båda våra sjukhus, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping, är medlemmar i nätverket Hälsufrämjande Sjukhus. Hälsufrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är första fokus i hela landstingsorganisationen. Prioriteringsarbete och samverkan, inom och utom landstinget, är andra viktiga fokusområden.



Mats O Karlsson, landstingsråd,
Landstinget i Uppsala län

”Med en god samverkan mellan förebyggande insatser och den traditionella sjukvårdens insatser kan vi tillsammans bidra till en än mer hälsufrämjande hälso- och sjukvård.”

Generaldirektör Kjell Asplund, Socialstyrelsen vid HFS-konferensen, se sid. 8



Margareta Kristenson, Linköping, i samtal med Kerstin Troedsson, Akademiska sjukhuset

”Vi önskar utveckla samarbetet med er i frågor som ersättningsmodeller för hälsufrämjande arbete, genom-brottsprojekt kring arbetet med livsstilsförändringar, modeller för att främja en bättre sjukskrivningsprocess, förstärkt samarbete kring äldres hälsa m.m.”

Direktör Ellen Hyttsten, Sveriges Kommuner och Landsting, se sid 10



Deltagare vid 10:e nationella konferensen för Hälsufrämjande Sjukhus

Health Promoting Hospitals

Ett internationellt nätverk initierat av WHO

Utges av:

Linköping Collaborating Centre . LCC
Folkhälsovetenskapligt Centrum
581 85 Linköping
Tel 013-22 71 01
Fax 013-22 50 95

Ansvarig utgivare:
Överläk. Margareta Kristenson

Redaktör:

Mats Hellstrand
Tel 0705-83 80 03
e-post:
mats.hellstrand@telia.com

web-adress:

www.natverket-hfs.se

Innehåll

Hälsufrämjande som maktförskjutning	2
Hälsa - kontrakt...	3
Tio års nätverkande...	4
Styrning och ledning...	5
Hälsorelaterad livskvalitet	6
Migrant friendly...	7
HFS i svenskt perspektiv	8
HFS i WHO-perspektiv	9
Händer det nåt?	10
Tydligt ledarskap...	10
Hälsa i bokslut	11
Tobaksfritt sjukhus...	12
Livsstilsteam	13
13:e internationella konferensen	14
Östergötland medlem	15
Tänt och tyckt	16

Sjukhusdirektör Erik Hemmingsson:

Därför står Akademiska som värd

– Vi alla inom hälso- och sjukvården har ett ansvar att beakta det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom våra verksamheter.

Med dessa ord inledde sjukhusdirektör Erik Hemmingsson sitt hälsningsanförande.

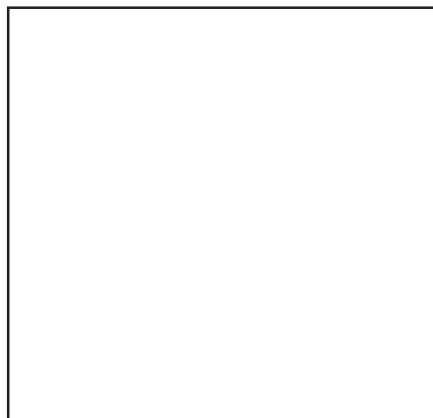
– Därför känns det också helt rätt att Akademiska sjukhuset nu står som värd för denna tionde nationella konferens inom nätverket Hälsofrämjande Sjukhus.

– Hälso- och sjukvården har en specifik kompetens, en auktoritet, breda kunskaper och breda kontaktytor, fortsatte Erik.

Akademiska sjukhuset

– Vi har tre uppdrag på Akademiska:

- Högspecialiserad vård för de lands-
ting i regionen som är våra kunder



*Erik Hemmingsson, sjukhusdirektör,
Akademiska Sjukhuset*

- Vi ska bedriva forskning och utbildning
- Bassjukhus för innevånarna i Uppsala

– Vi är ett tjänsteföretag med 8 700 anställda och omsätter 5 miljarder kr per år. Vi verkar på en konkurrensutsatt marknad. Vad är värdeskapande för de som väljer oss?

Våra kärnvärden

– Frågan om värdeskapande är viktig såväl gentemot patienter, medarbetare och de som tecknar avtal med oss, sade Erik.

- Ödmjukhet
- Skicklighet
- Långsiktighet

– Det är viktigt med goda möten, och vi är glada att få arrangera denna konferens, en sorts happening med många informella möten, parade med mer formella seminarier, avslutade Erik Hemmingsson.

Paul Håkansson:

Hälsofrämjande är maktförskjutning

– Hälsofrämjande är en del i en maktförskjutning, från hälso- och sjukvårdssystemet till medborgarna.

Med de orden inledde Paul Håkansson sitt anförande. Paul är ordförande i Hälso- och sjukvårdsberedningen inom Sveriges kommuner och landsting.

– Det alltmer internationaliserade informationssamhället driver på maktförskjutningen. Där har vi ett stort ansvar att systematiskt kvalitetssäkra informationen, alltså att med kunskap i hälso- och sjukvårdssystemet visa vad som är bra hälsofrämjande åtgärder, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet.

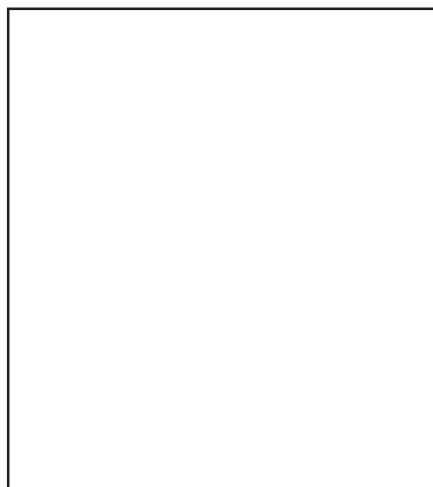
Från helpension till stugvärd

– Det handlar också om ett förändrat förhållningssätt. Med bildspråk skulle man kunna säga att vi går från att ge helpension till att vara mer av stugvärd, för att associera till fritidsaktiviteter, sa Paul.

Hur kan vi arbeta mer långsiktigt hälsofrämjande när vi har långa köer och upplever hög belastning i det näraliggande vårdarbetet?

Från kostnad till investering

Från politiskt och administrativt håll behöver vi stödja en förändrad syn på hälsofrämjande och förebyggande, från att



*Paul Håkansson, Sveriges kommuner
och landsting*

ses som en kostnad till att bli en investering. Två förbättringsområden pekade Paul ut:

- Samarbete med andra aktörer
- Ge stöd till individer att hitta, stärka och mobilisera den egna kraften, för att de ska kunna förbättra sin hälsosituation

Var finns barnen med sämsta hälsan?

Paul menade att eftersom hälsan fortsatt är ojämnt fördelad i samhället så måste vi ständigt ställa oss frågan hur vi kan stärka den solidariska hälsopolitiken, och

uppmärksamma de grupper som har sämst hälsa. Samhällets tjänster måste länkas till varandra på ett bättre sätt än idag.

Hälsorisker säljer

– Den omfattande informationen i hälsofrågor påverkar hälso- och sjukvården starkt, menade Paul.

– Jag tror att öppenheten är oåterkallelig, men inte ofarlig. Hälsoinformation förs främst ut av massmedia och andra marknadsaktörer, som vill skapa mycket konkreta och kortsiktiga nyheter. Därför är det så viktigt att utveckla producent-obunden hälsoinformation.

Stödjer hälsoorientering

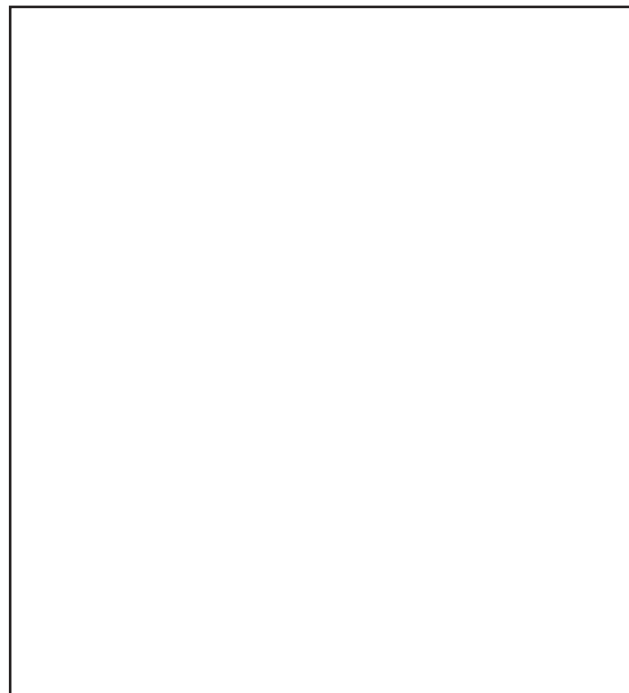
– Vi har kommit ganska långt när det gäller tillgänglighet. Vi jobbar i landstingen på ökad patientsäkerhet, även om det är långt kvar. Resultat av de öppna kvalitetsregistren är på väg framåt.

– Jag tror att ett offensivt agerande i öppenhetsfrågan kan vara ett mycket kraftigt stöd för en ökad hälsoorientering. Öppenheten gynnar förhållningssättet kring hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

– Det är viktigt att visa hälsoresultatet av olika typer av insatser. Idag kan vi ha ganska klen resultat av relativt stora resursinsatser därför att de sätts in för sent, avslutade Paul Håkansson.

Prof. Karin Johannisson:

Hälsa - Kontrakt för god livsnärvaro



Karin Johannisson, professor i Idé- och lärdoms historia, Uppsala Universitet

– God hälsa kan definieras som att vara hemmahörig i världen, att ha en bibehållen förmåga till närvaro i li vet. Hälsa i sådan bemärkelse behöver bygga på en kontraktmodell som säger att samhället ska ansvara för de grundläggande förutsättningarna för individens hälsa. Och mot den bakgrunden ska individen svara med sitt ansvar. Bägge har samma ansvar och då kan man aldrig tänka på den ena aktören utan att tänka på den andra.

I sin föreläsning diskuterade Karin Johannisson hälsa ur ett idéhistoriskt perspektiv och formulerade några viktiga tankegångar.

Lustfylld exploatering

– Vår oro för hälsan ökar dramatiskt och är mycket lustfyllt exploaterad av media. Flera med mig minns kvällstidningarnas löpsedlar den 28 februari år 2005. Expressens huvudrubrik med krigsstora bokstäver var: ”Huvudvärk kan vara tyst blodpropp.” Aftonbladets var: ”250 000 svenskar har dödlig sjukdom. Så kan du kolla symtomen.” Massmedias intresse för att diskutera hotbilder och sjukdom formligen exploderar under 80-talet. Man diskuterar sjuka hus, sjuka vatten, sjuka marker, förutom sjuka samhällen och människor.

Åttiotalets individfokus

Karin J. relaterade en stor del av dagens hälsodebatt till 80-talets diskussioner.

– Mycket av den nuvarande hälsodebatten har sina rötter i 80-talet. Man upptäckte att det inte fanns någon relation mellan vårt välbefinnande och alla de satsningar på sjukvård som gjorts sedan sextioalet, menade Karin J..

– Under tidigare decennier fanns fler optimistiska framtidsvisioner, bl a inom WHO, om att kunna kontrollera de allvarliga sjukdomarna.

– Samtidigt verkade folk på åttiotalet bli allt sjuk-

are. Den upplevda ohälsan kom att kopplas till hot från den yttre miljön, en oro som skapade flera nya diagnoser (kvicksilverförgiftning, el- och bildskärmsallergi etc.).

Ökat genomslag för upplevd sjukdom

Karin J. menade vidare att vi vid denna tid kom att lägga allt större betydelse vid sjukdom som subjektivt upplevd:

– Vi fick starkt genomslag för att sluta göra åtskillnad mellan objektiv och subjektiv sjukdom. Upplevd sjukdom hade lika stort värde och skulle bedömas på samma sätt som den som lät sig mätas inom ramen för läkarnas tillgängliga uppsättning av diagnoser. Kort sagt: Kände man sig sjuk så var man sjuk.

Via anorektiska arbetsorganisationer till utbrändhet

– Under 90-talet förskjöts hotbilden till att det var arbetsmiljöerna som gjorde oss sjuka, genom alltmer anorektiska arbetsorganisationer, där allt färre skulle göra alltmer. Därigenom sögs fler tillstånd in i den här nya diagnosen som gjort en sådan fantastisk karriär sedan 1980-talet, nämligen utbrändhet.

Medikalisering av trender

Hur svarade då sjukvården på samhällsförändringarna?

– Effekten blev en starkt ökad medikalisering, dvs sjukvården svarade med att definiera in de nya sjukdomarna inom ramarna för nya diagnoser. Några läkare och tillika författare går så långt att de kallar denna medikaliering för ”hälsism”. (e.g. Fitzpatrick: The Tyranny of Health). Enligt dem är hälsism ”En medicinskt skapad besatthet vid triviala, försumbara eller obefintliga hot mot hälsan” menade Karin J..

Så vad är hälsa

Karin Johannisson närmade sig frågan med stöd av tre synsätt:

1. Hälsa är ett balanstillstånd som man arbetar sig till, genom att iaktta dietikens sex grundregler, kost, sömn, luft, motion, uttämningarna och humör. Detta är en syn som dominerade historiskt.
2. Hälsa är frånvaro av sjukdom. Hälsa är då normalitet och sjukdom är abnormitet. Denna syn utvecklades på 1800-talet.
3. Fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, ej endast frånvaro av sjukdom. Detta är WHO's definition från 1946.

– Den centrala diskussionen idag gäller förhållandet mellan den objektiva och den subjektiva dimensionen av hälsa, sade Karin J..

En fjärde definition

– Kanske kan vi skönja en fjärde definition, baserad på funktionell förmåga som ”förmåga till närvaro i livet”, vilket är ett fenomenologiskt synsätt. Sådan förmåga kombinerar både den objektiva och den subjektiva dimensionen. Den objektiva relaterar till biologisk förmåga i enlighet med evolutionär anpassning till överlevnad och reproduktion. Den subjektiva relaterar till hemhörighet och ansvarstagande i sociala och kulturella system.

– Hälsa blir då en rimlig balans mellan det jag kan göra utifrån samhällets förutsättning och det jag vill göra som individ.

– Hälsa innebär också att erkänna sårbarhet som en normal del av själva levandet, att livet innehåller förändringar, smärta och lidande, och även erkänna att döden finns, avslutade Karin Johannisson.

Margareta Kristenson: Tio års HFS-nätverkande för en stärkt hälsoorientering

– Nätverket verkar för en fördjupad offentlig diskussion om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det gör vi till exempel genom den typ av nationella konferenser som vi har just idag och där vi är oerhört stolta och glada att vi nu för första gången gör det i samarbete med Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen.

– Nätverket stödjer även medlemsorganisationernas konkreta aktiviteter för en ökad hälsoorientering.

Det sade Margareta Kristenson i sin föreläsning om "Perspektivbyte mot en hälsoorientering som strategi för hälso- och sjukvården". Margareta inledde med en återblick på sin egen tid som distriktsläkare och vårdcentralschef, då hon upplevde att man ej i första hand efterfrågade resultat i termer av patienternas hälsa utan var mer intresserad av många "pinnar" och positivt bokslut, även om orsaken var obesatta tjänster.

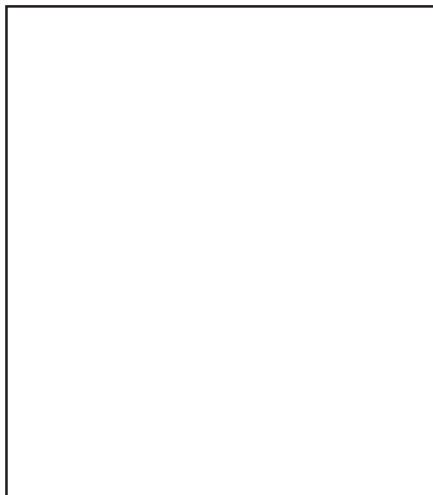
- Vi tyckte inte att det var särskilt bra att fru Nilsson ena gången fick ett tiominutersbesök för att hon har klåda, nästa gång ett nytt tiominutersbesök för att hon hade svårt att sova och sedan, en tredje gång, ett tiominutersbesök därför att hon blev andfådd när hon promenerade. Det kanske hänger ihop, menade vi. Intresset för hur vårdens insatser påverkar hälsoeffekter för patienten har följt mig sedan dess.

Vad menar vi?

Margareta K. betonade vikten av att vi har en gemensam syn kring förebyggande och hälsofrämjande:

- Sjukdomsprevention handlar om att förebygga specifik sjukdom utifrån en genuin specifik kunskap om sjukdomarnas orsaker. Hur vi förebygger allergi, hjärt- och kärlsjukdom, cancer (t ex. via radonidentifiering etc.)

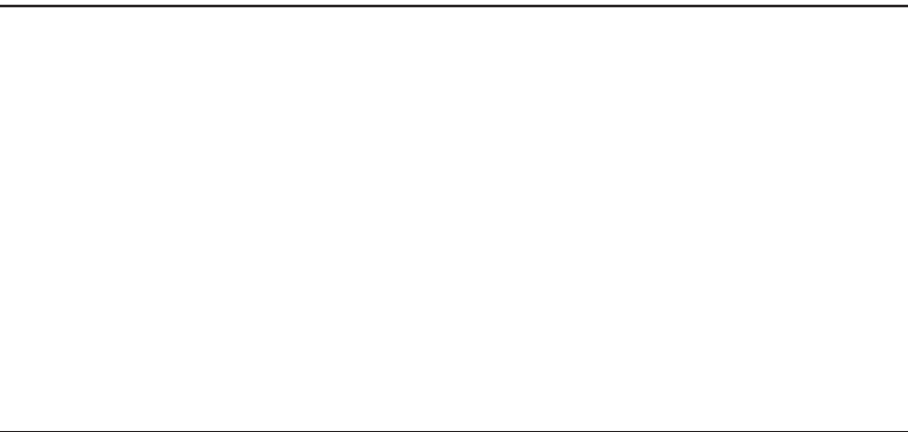
– Hälsofrämjandet relaterar till individens egen förmåga och egen upplevelse. WHO har kallat detta "den process som ger individen möjlighet att ta kontroll över sin egen hälsa och förbättra den". Dessa två perspektiv kan härledas ur WHO's hälsodefinition, den målparagraf som lyfter fram de två dimensionerna välbefinnande och frånvaro av sjukdom.



Margareta Kristenson, Nationell koordinatör, HFS-nätverket

Sjukvårdens roll

– En viktig del i en "Hälsofrämjande sjukvård" är att, utöver professionell, teknisk, sjukdomsbehandling och vård, också hjälpa patienten att leva med sin sjukdom och ev. resthandikapp. De flesta patienter botar vi inte, vi lindrar deras besvär. Många har kroniska sjukdomar, och vår uppgift är då att hjälpa patienten att leva ett värdigt liv. Hälsofrämjande insatser är därför viktiga i alla delar av sjukvården, inte minst vid livets slutskede. Det hälsofrämjande förhållningssättet hjälper oss också att undvika paternalistiska handlingar: Inom sjukvården har det funnits sådana inslag, dvs. sjukvårdens aktörer har agerat som "den gode fadern" som vill det bästa och också menar sig veta det bästa, sade Margareta K.:



Weinehall L, Johnson O, Hanson J-H, Boman K, Huhtasaari F, Hallmans G, Dahlén G, Wall S, Perceived health modifies the effect of biomedical risk factors in the prediction of acute myocardial infarction. *J Int Med* 1998;243:99-107

– "Städa så att det blir rent, annars kan ditt barn bli allergiskt" har man sagt från sjukvården. Det är tydligt vem man skuldbelägger med detta påstående.

– Det är därför vi talar om "Empowerment-strategier" som handlar om att ge kraft och egenmakt. Normmännen har bättre språk än oss för detta. De säger mästrings-evne - bemästringsförmåga. Det vill säga det förhållningssätt som hjälper individen att vara trygg i sin egen förmåga och få det stöd och hjälp som individen själv behöver. Sjukhuset som stugvärd istället för hotell, som Paul Håkansson diskuterade igår. Och man ska leverera det människor behöver utifrån deras behov. Detta är ett annat förhållningssätt än det vi är vana vid. Men det liknar det vi arbetar med i den problembaserade inläringen, dvs. att utgå ifrån vad individen själv behöver. Och jag menar att det är det som är det hälsofrämjande perspektivet - att stödja individen i sin egen förmåga.

Låg självskattad hälsa predicerar framtida sjukdom

– Modern forskning inom psykoneuro-immunologi och psykoneuroendokrinologi har gjort fantastiska framsteg under senare decennier, berättade Margareta K. – Idag vet man att det sätt på vilket man upplever sin tillvaro påverkar centrala delar av hjärnan, och via hypotalamus och hypofysen sänder signalsubstanser som bl.a går till binjurarna. Därifrån utsöndras kortisol, det stresshormon som är "moderatoren" i kroppens viktiga stress- och
forts. s. 5.

forts. fr. s. 4

skyddssystem med påverkan på bland annat immunförsvaret.

Även i befolkningsperspektivet och för medarbetare

– Vi behöver se skillnaden mellan insatser för högriskgrupper och de befolkningsinriktade insatserna, menade Margareta K. – Högriskinsatser är viktiga för de individer som är utsatta, men innebär en symptombehandling. Om vi inte påverkar orsakerna till övervikt kommer hela tiden nya individer att utveckla övervikt. Och den epidemiologiska paradoxen säger oss att de många sjukfallen sker i de stora lågriskgrupperna. Hon betonade även medarbetarperspektivet, som likaså är en viktig dimension inom konceptet Hälsofrämjande Sjukhus.

Viktigt mäta resultat

– Jag var inte så produktiv som vårdcentralchef, men om jag var effektiv eller inte

det visst ingen - för vi måtte inte resultatet av våra insatser, sade Margareta K.

– Och så är det fortfarande! Årsredovisningar saknar, fortfarande, information om verksamhetens effekter på patientens hälsa. Därför har vi i nätverket utveckla arbetet med att, i rutinsjukvården, mäta hälsorelaterad livskvalitet. Och vi prövar just nu både instrumenten SF-36 och EQ5D.

Nätverket stimulerar

– Man ska inte behöva cykla för att komma till skolan där man lär sig cykla. På samma sätt ställer vi ej upp formella krav på att vara ett hälsofrämjande sjukhus för att bli medlem i nätverket. Kravet är istället att man är genuint intresserad av att utveckla sin verksamhet mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

– Dessutom anmäler man tre utvecklingsprojekt som man bidrar med i nätverkets gemensamma utvecklingsarbete. Verksamhetsplanen utarbetas också av medlemmarna, och den har två huvudfoki.

Det ena är att aktivt verka för att fördjupa en offentlig diskussion, leda till en ökad förståelse för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Vi har där, bl.a., varit aktiva i grundarbetet bakom de nya nationella folkhälsomålen och mål 6 som handlar om en mer hälsofrämjande hälso- sjukvård.

– Men Nätverkets arbete handlar också om att vara ett konkret stöd till medlemmarnas utveckling, sade Margareta K.

– Exempel är utvecklingsarbete för att mäta hälsorelaterad livskvalitet i rutinsjukvården, metodstöd för temainriktade insatser för insatser mot tobak, fysisk aktivitet på recept mm, samt årliga uppföljningar av medlemmarnas verksamheter med stöd av indikatorer. Vi driver också, på nätverkets hemsida, en aktivitetsdatabas för att stimulera erfarenhetsutbyte mellan organisationerna. Nästa steg, avslutade Margareta Kristenson, är att påverka avtal och ersättningsystem så att de stödjer ett hälsofrämjande förhållningssätt.

Styrning och ledning för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Kerstin Bünsow, samhällsmedicinsk chef, inledde med att berätta att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande är ett prioriterat område i landstinget.

– SF-36 och EQ-5D är instrument vi använder och testar. Vi efterfrågar levnadsvanor. Vi prioriterar tillgänglighet till vården. Gruppen äldre är prioriterad i landstinget liksom arbete med att utveckla tydligare prioriteringar.

Kerstin beskrev vidare de fyra bestämningsfaktorerna som styr landstingets hälsofrämjande och förebyggande arbete:

- Förekomst av hälsofrämjande och förebyggande insatser

- Aktiv kunskapsförmedling om hälsoförhållanden till samhället
- Hälsofrämjande arbetsplats
- Skapa en samsyn kring hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Per Olof Osterman fortsatte och menade att det nu finns ett ökat intresse inom sjukhuset av att mäta hälsoeffekter av vårdens insatser.

Man prövar nu också delvis nya vägar i styrningen mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

– En nyhet som vi har diskuterat fram tillsammans med hälso- och sjukvårds-

staben är att gå från hel anslagsfinansiering till att nu ha 79 % i form av anslag och 20 % som en prestationsersatt rörlig del, och 1 % som målrelaterad ersättning.

Den 1 %-iga ersättningen utgör 30 miljoner kronor och av dessa är 4 miljoner avsatta för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, berättade Per-Olof.

Elektronisk datajournal är en förutsättning för god uppföljning. Sådan är nu på väg att införas på hela sjukhuset, berättade Per Olof.

– Vi har kommit överens om att mäta registrering av levnadsvanor, såsom BMI över 30. Omfattningen av rökstöd efterfrågar vi. Likaså huruvida mer än hälften av avdelningarna deltar i riskbruksprojektet Drick mindre, vilket genererar ersättning till sjukhuset. Vi ska också titta på andelen upptäckta högkonsumenter i samband med detta, och vidtagna åtgärder.

– Vi diskuterar nu tillsammans med beställarsidan om effekterna inför 2006, eftersom resultaten av 2005 års verksamhet redovisas i februari 2006, med ekonomiskt utfall. Vi har fått en större acceptans för öppna resultatredovisningar. Vi har börjat en process, sa Per Olof.

Kerstin summerade att inriktningen är att systematiskt verka för en form av empowermentmetodik, exv enligt modellen Motiverande samtal, med stöd av målrelaterad ersättning.

– Det förs nu en nära dialog med verksamheterna kring dessa frågor. Detta leder på sikt till en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. På detta sätt skapar vi nu förutsättningar för att styra hälso- och sjukvården mot detta mål.

Kerstin Bünsow, samhällsmedicinsk chef i landstinget, och Per Olof Osterman, senior adviser, Akademiska sjukhuset.

Hälsorelaterad livskvalitet I: HFS hälsovinstmättningsprojekt

– För närvarande deltar 20 av våra medlemssjukhus i nätverkets hälsovinstmättningsprojekt. Varje sjukhus har valt ut minst två patientgrupper med minst 20 deltagare i varje.

Det berättade docent Preben Bendtsen, HFS-sekretariatet vid torsdagens session på temat Hälsorelaterad livskvalitet. Projektet har två syften, dels att skapa ökad kunskap om processen vid hälsovinstmätning ur patientens och personalens perspektiv, och dels att pröva i vad mån kunskap om patienternas hälsorelaterade livskvalitet efter behandling kan användas som stöd för verksamhetsutveckling.

Fem områden

– Grupperna har företrädesvis valts från följande områden, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtsjukdom (främst hjärtinfarkt), smärtrehabilitering, knä/höftkirurgi och reumatisk sjukdom.

– De två mest använda instrumenten för att mäta hälsorelaterad livskvalitet i svensk hälso- och sjukvård idag är frågeformulären SF-36 och EQ-5D. Då delade meningar råder om vilket instrument som är bäst lämpat i olika situationer, har vi inkluderat båda i projektet, berättade Preben.

Metod

En enkät bestående av SF-36 och EQ-5D ifylles före och en tid efter genomgången behandling/intervention. Vid eftermätningen ingår även en utvärdering där patienten får svara på om enkäterna var enkla att förstå och svara på, och i vilken grad de gav patienten möjlighet att uttrycka sin hälsosituation på ett fullständigt sätt. Dessutom efterfrågas om patienterna tycker att dylika mätningar har något värde inom hälso- och sjukvården och om de i såfall föredrar något av de båda instrumenten, och i förekommande fall, varför.

Preliminära data

I april 2005 har fem grupper fullföljt projektet och preliminära data från dessa presenterades vid konferensen.

– Ett hundratal patienter har svarat på utvärderingsfrågorna, rapporterade Preben Bendtsen.

– En majoritet tyckte att båda instrumentens frågor var lätta att förstå, att det var lätt att välja svarsalternativ, och att frågeformulären gav en god möjlighet att beskriva hälsotillståndet. Runt 40 % av patienterna tyckte att hälsovinstmätningar är av värde inom rutinsjukvården medan 50 % var osäkra. Majoriteten av patienterna angav att det inte spelar någon roll vilket instrument man använder sig av vid hälsovinstmätningar. De som angav något skäl till varför man föredragit något av instrumenten hade alla valt SF-36. Som skäl angavs att de uppskattade att det instrumentet hade många olika frågor och svarsalternativ.

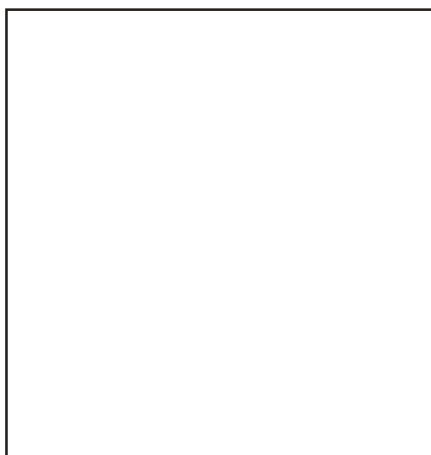
Hälsorelaterad livskvalitet II: SF-36 och EQ-5D, en jämförelse

Marika Wenemark från Folkhälsovetenskapligt Centrum gav oss en statistikers syn på de två mätinstrumenten SF-36 och EuroQol utifrån en analys som genomförts i Östergötland hösten 2004.

Rapporten har nummer 2004:5 och heter Hur speglar instrument för hälsorelaterad livskvalitet olika självrapporterade sjukdomar och symtom? www.lio.se/enheter/fhvc/rapporter

– Det är viktigt att ha en känsla för vad ett instrument mäter både när man väljer instrument och när man använder det. För att få en uppfattning om vilka hälsobesvär som speglas av olika delarna i SF-36 och EQ-5D jämfördes utfallen för 23 olika grupper av självskattade sjukdomar och hälsobesvär och en friskgrupp.

Marika visade några exempel på utfallet på olika index och frågor i mätinstrumenten för de olika grupperna. I stort sett ser utfallet ut som förväntat. Olika psykiska besvär ger stora utslag i de psykiska indexen och frågorna och muskuloskeletala hälsobesvär ger utslag i de fysiskt relaterade skalorna. Marika konsta-



Marika Wenemark, statistiker, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Linköping

terade att instrumenten är mycket lika när det gäller att spegla olika symptom och sjukdomar - men ansåg också att SF-36 är mera detaljerad och kan ge större nyanser i just de olika dimensioner som instrumentet mäter medan EuroQol är enklare att svara på, grövre, men fångar till viss del symptom och hälsobesvär bredare än SF-36 eftersom frågorna är mer ospecifika. Hälsobesvär som inte speglas särskilt bra av något av instrumenten är

till exempel hörsel/öronbesvär, hudbesvär, psoriasis, högt blodtryck och astma/andningsbesvär. Det kan också vara intressant att notera att till exempel hand/armbesvär inte speglas särskilt väl av de fysiska indexen i SF-36. Eftersom de enskilda frågorna i detta index är inriktade mot förmåga att gå, springa och böja sig, är det inte konstigt att hand/armbesvär inte speglas särskilt väl.

En del har lite för stor tilltro till sådana här instrument, menade Marika.

– Jag har förstått att många vet att ett index bildas av enskilda frågor men när sammanläggningen till indexet görs tror man att det kommer med någonting ytterligare, någon magisk dimension.

– De enskilda frågorna är det som utgör indexet. Det kan inte komma med någonting annat, sa Marika och manade till att våga granska de instrument man använder.

– Denna typ av instrument är mycket viktiga för att få standardiserade mätningar som kan jämföras med andra resultat, men det är ändå viktigt att vara medveten om vad instrumentet mäter och vilka styrkor och svagheter det har, avslutade Marika.

Hälsorelaterad livskvalitet III: Livskvalitetsmått i kvalitetsregister

– Det är högst motiverat att använda livskvalitetsmått vid uppföljning av höftoperationer, för att hitta ohälsa som man annars riskerar att missa. De äldre patienter som hade lägre värden på de mentala livskvalitetsskalorna visade sig oftare ha andra ej diagnosticerade grundsjukdomar

Det konstaterade Karl-Göran Thorngren, professor i ortopedi och ansvarig för nationellt kvalitetsregister för höftfrakturer (RIKSHÖFT) i sitt anförande vid HFS-konferensen.

Höftfrakturer vanliga

Höftfrakturer drabbar en stor del av befolkningen, särskilt från 70-årsåldern.

- Ni bör vara medvetna om risken att drabbas är ganska stor. Var femte dam och var tionde herre i denna sal kommer att drabbas av höftfraktur, upplyste Karl-Göran Thorngren.

Kvalitetsregistret för höftfrakturer är ett av de äldsta kvalitetsregistren med start

1988 och är något av en föregångare. Viktiga mått har gällt frakturläkning, förekomst av komplikationer, behov av omoperation och överlevnad. Funktionalitet och gångförmåga är också centrala mått.

– Vid slutet av 80-talet var det ganska långa vårdtider med stor spridning huruvida man kom direkt hem efter operation. Nu har det blivit kortare vårdtider och mer än hälften av patienterna kan återvända direkt hem efter operation, berättade Karl-Göran T..

– Att följa upp patienters boendeformer är viktigt när det gäller den stora grupp äldre som drabbas av höftfraktur. Vad klarar man av i sitt vardagliga liv? Blir man beroende av kommunal rehabilitering?

Flera instrument

Ortoped Jan Tidermark disputerade år 2002 på sin avhandling Quality of life and femoral neck fractures och jämförde då SF-36 och EQ-5D.

– Livskvalitetsinstrumenten Nottingham

Health Profile, SF-36 och EQ5D täcker ungefär samma livskvalitetsområden, menade Karl-Göran Thorngren.

Högst motiverat

– Vi studerade kvalitetsuppföljning vid distal radiusfraktur och jämförde EQ-5D och SF-12 och matchade dem mot funktion och övriga sjukdomar. Detta presenterades 2003 i en avhandling av sjukgymnast Eva Nordell.

– Vi fann att det är högst motiverat att lägga till ett självskattningsinstrument för att hitta ohälsa som vi hade missat tidigare. De patienter som hade lägre värden på de mentala självskattningsskalorna visade sig ha andra grundsjukdomar.

– I den nuvarande rikshöftregistreringen har därför EQ-5D förts till, utöver de tidigare måtten.

– Med det vill jag säga att livskvalitetsmått är viktiga i utvecklingen av kvalitetsregister, avslutade Karl-Göran Thorngren.

Manuel Fernandez:

Migrant Friendly Hospital

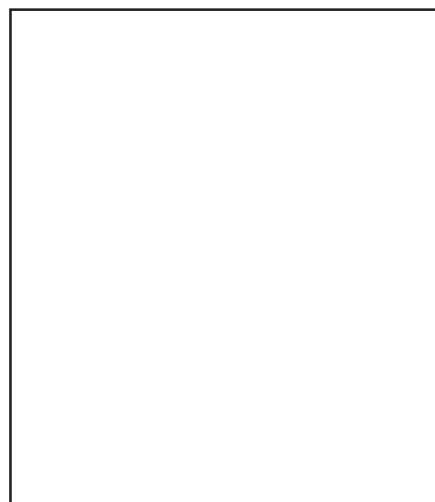
– Deltagande i projektet Migrant Friendly har gett oss möjlighet att sammanfatta nära tjugo års erfarenheter av arbetet med traumatiserade flyktingar. Projektet startade på initiativ av Ludwig Boltzmann Institute i Wien, med stöd av EU-kommissionen och WHO, berättade Manuel Fernandez vid konferensen i Uppsala.

Manuel Fernandez, teamchef för Enheten transkulturell psykiatri, Akademiska sjukhuset, föreläste vid HFS-konferensen om de erfarenheter som man har i arbetet med traumatiserade flyktingar kopplat till projektet Migrant Friendly Hospital.

Syfte

– Projektets syfte var att utveckla rutiner för ett bättre omhändertagande av patienter som tillhör språkliga minoriteter och som har en annan kulturell bakgrund. Målet är att uppnå en bättre vård för invandrare och flyktingar. Området kräver kunskaper, erfarenheter och metoder, sade Manuel Fernandez.

– Akademiska sjukhuset blev tillfrågat om intresse att delta, och tackade ja som en del i arbetet som Hälsofrämjande sjukhus.



Manuel Fernandez, enheten för transkulturell psykiatri, Akademiska sjukhuset

Sammanlagt har tolv europeiska sjukhus deltagit. Vi är det enda av de tolv som deltagit som kommit från psykiatrin.

Mångkulturellt Europa

– I många av de länder som tidigare varit ganska homogena finns det nu många minoriteter med olika kultur. I Sverige har vi 1,1 miljoner personer födda utomlands,

vilket motsvarar ca 11 %, och många av dem har en bakgrund som flyktingar. De utövar ofta andra religioner och har andra värderingar. Uppfattningar och förväntningar på sjukvården kan skilja sig från vad vi är vana vid. Det kan handla om kosten. Det kan handla om besök av anhöriga. Både patient och anhöriga kan ha helt andra föreställningar om den aktuella sjukdomen och behandlingen, och även om läkarens roll.

Compliance påverkas

– Kulturen påverkar compliance, dvs patientens följsamhet mot ordinerad behandling, betonade Manuel F..

– Men inte bara kultur, utan även social klass och samhällsmiljö. Vi vet att följsamhet bland svenska patienter ofta är låg. Följsamhet hos patienter med invandrarbakgrund är avsevärt sämre, och läkare kan många gånger uppleva dessa som hopplösa, när de ej tycks medverka i behandlingsinsatser.

Manuel Fernandez gav flera exempel på kulturella förhållanden som har betydelse i vårdsituationer:

forts. sid. 13

Generaldirektör Kjell Asplund: En hälsofrämjande hälso- och sjukvård från svenskt perspektiv

– Ni som är från Gävleborg, Västerbotten och Östergötland kan sträcka på er lite extra! Ni har ambitioner och strukturer över genomsnittet vad gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser inom landstingen och vårdcentralerna. Det framgår av den enkät som Socialstyrelsen genomfört och som Kerstin Nordstrand arbetar med att sammanställa.

De områden man kartlägger är tobak, alkohol, fysisk aktivitet, kostvanor, övervikt och droger. Detta berättade Socialstyrelsens generaldirektör Kjell Asplund i sitt anförande under konferensens sista dag.

I huvudsak bra struktur

– Svensk hälso- och sjukvård har i många avseenden en bra hälsofrämjande struktur. Mödra- och barnhälsovården betyder mycket. Skolhälsovården är viktig, även om den delvis är nedrustad. Ungdomsmottagningarna har bidragit till att vi i ett internationellt perspektiv ligger bra till vad gäller sexuellt överförda sjukdomar, även om man ser en oroande utveckling de senaste åren. Företagshälsovården är viktig.

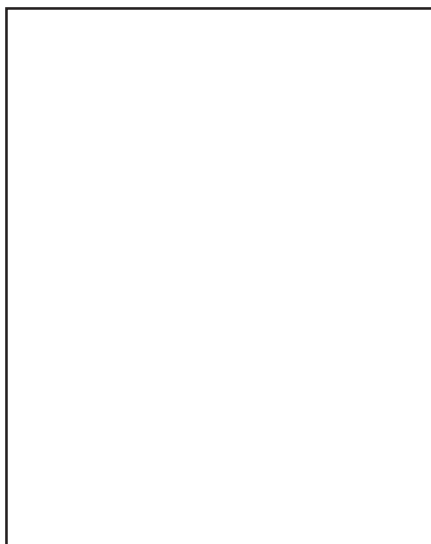
– Vi har en struktur för hälsosamtal för asylsökande, även om det finns variationer mellan landstingen, fortsatte Kjell Asplund.

– Vi har en imponerande smittskyddsorganisation. Vi har screening i form av mammografi och screening för underlivscancer. En internationell konkurrensfördel har vi genom våra mycket goda register, där vi kan utvärdera effekter av insatser och identifiera problem.

Bristande struktur när det gäller livsstilsinsatser

– Vi har ingen enhetlig struktur i arbete med livsstilsförändringar, menade Kjell A. 17 av 21 svarande landsting har styrande dokument vad gäller insatser mot tobak. Vad gäller alkohol är det 15 landsting som har motsvarande dokument.

– Går man vidare till vårdcentralnivån och ser vad det finns för rutiner för hälsofrämjande insatser så är det glädjande att det i de flesta fall finns program för insatser mot rökning.



Kjell Asplund, generaldirektör, Socialstyrelsen Foto: Bengt Alm

Knappt hälften har motsvarande strukturer för fysisk aktivitet, kost och övervikt. En tredjedel har program för alkoholprevention. En femtedel har program för stresshantering. Där får man ju erkänna att det vetenskapliga underlaget är svagt, vilket kan vara en förklaring.

HFS-nätverket viktigt som samordnare av program

– Vi saknar i hög utsträckning metoder för intervention på livsstilsområdet. Hur stödjer man folk att verkligen ändra livsstil?

– Det behövs också mer samordning för att få täckande program.

- * Diabetologerna kör sina program vad gäller fysisk aktivitet.
- * De som kämpar mot skelettskörhet kör sina.
- * Hjärt-kärlfolket har egna program.
- * Psykiatrin har börjat framhålla den fysiska aktivitetens betydelse för att minska depressioner.

– Det är en stor kraft i varje program men det bör bli ännu större kraft om man samordnar alla dessa aktiviteter, framhöll Kjell Asplund.

– Det ser jag som en stor uppgift för hela konceptet med Hälsofrämjande Sjukhus, att förena dessa krafter och satsa på hälsans determinanter.

Satsa resurser där de gör nytta

Det sista området Kjell Asplund diskuterade var effekten av insatta resurser.

– Minimal-intervention, dvs korta enkla råd om rökstopp är mycket kostnads-effektivt. Men för de flesta är detta inte tillräckligt.

– Det är inte stor kostnad att betala 50 000 kr för nikotinersättningsmedel för ett år av räddat liv. Man kan jämföra med kostnaden för läkemedel vid måttligt förhöjd blodtryck som ligger på 150 000-200 000 kr/år.

– Vaccinationer är mycket kostnads-effektiva. Detsamma gäller minimal-interventioner vid rökstopp och riskbruk av alkohol.

– På nästa nivå kommer livsstilsinsatser och läkemedel till personer som redan har hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Denna sekundärprevention är i hög grad kostnadseffektiv.

– Screening för bröst- och cervixcancer, samt behandling av högriskgrupper med multipla riskfaktorer är också klart kostnadseffektivt.

Orosmoln

– Sedan 80-talet har det skett en markant ökning av rapporterad ångslan, oro och ångest, sade Kjell Asplund.

– Ett annat oroande område är den alkoholrelaterade dödligheten som nu tenderar att öka, främst i södra Sverige och bland ungdomar.

– Narkotikarelaterade diagnoser har ökat dramatiskt bland ungdomar sedan mitten av 90-talet.

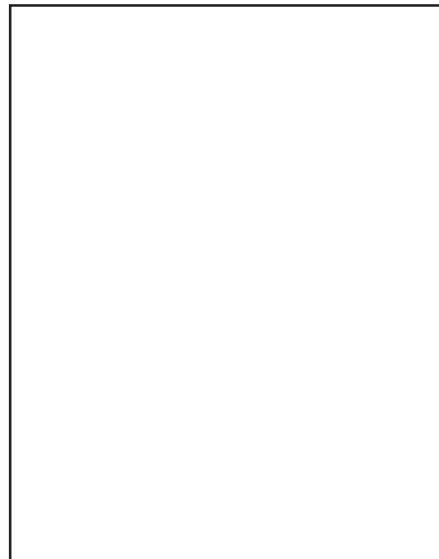
– Sexuellt överförda sjukdomar ökar också.

– Hälso- och sjukvårdsindustrin med alla skönhetsoperationer börjar faktiskt även bli något av ett folkhälsoproblem, med växande antal komplikationer.

Samverkan

Med en god samverkan mellan förebyggande insatser och den traditionella sjukvårdens insatser kan vi tillsammans bidra till en än mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, avslutade Kjell Asplund.

Mila Garcia-Barbero, WHO Europe: Hälsofrämjande sjukhus i ett WHO- perspektiv



Mila Garcia-Barbero, chef vid WHO's European Office for Integrated Health Care Services, Barcelona

– Efter 20 års HFS-arbete med 20 pilotsjukhus i starten är vi nu ca 700 sjukhus i Europa. Vi kan se att de nationella nätverken utvecklas alltmer, och fler sjukhus ansluter sig till nätverken. Det svenska nätverket är ett exempel på detta, sade Mila Garcia-Barbero i sin inledning.

– Vilka är hälsovårdssystemens utmaningar i Europa? Hälsovårdsorganisationer är komplicerade organisationer, påverkade av kultur, geografi, demografi, religion, finansiering, landets historia m.m.. Sådant måste man ta hänsyn till när man söker lösningar som är användbara i olika länder, framhöll Dr Garcia-Barbero.

Den enskildes behov

– Vad som är viktigt för den enskilde medborgaren/patienten är sådant som kvalitet, effektivitet, samverkan och empati. Personligen anser jag att det största problemet i hälsovård är inte brist på pengar, utan bristande samordning. I många länder finns det också stora brister i patientens aktiva deltagande i beslut om sin egen vård pga det traditionella paternalistiska sysnsättet.

För hälsovårdsorganisationerna gäller att var effektiva, att uppnå hållbara prioriteringar samt att på bästa möjliga sätt uppfylla huvudmännens förväntningar, sade Dr Garcia-Barbero.

Mortalitet i Europa

I sitt anförande beskrev Dr Garcia-Barbero några huvuddrag i det europeiska sjukdomspanoramats. Infektionssjukdomar är idag inget stort problem i Europa, även om det finns oroande tendenser vad gäller TBC, malaria och i viss mån polio. Den främsta dödsorsaken beror på hjärt-kärlsjukdomar, olyckor och cancer. Vad gäller mental hälsa har Sverige större problem än genomsnittet i Europa. Skador och förgiftningar är ett större problem inom f.d. öststaterna och nyttillkomna EU-stater än inom de 15 äldre EU-länderna. Många orsaker till död är inte relaterade till hälsovårdssystemet, beskrev Dr Garcia-Barbero och exemplifierade:

– Spädbarnsmortaliteten i Tadzjikistan ligger på nästan 50 %. Det beror på att man saknar mat, befolkningen är lågutbildad, sjukhusen har elektricitet endast två timmar per dag, de har ej rinnande vatten, m.m..

Risk- och friskfaktorer

Hög blodtryck, övervikt, tobaksbruk är några vanliga riskfaktorer i Europa. Fysisk aktivitet får ökad uppmärksamhet som vid t.e.x. högt blodtryck och övervikt menade Mila Garcia-Barbero.

– Sverige ligger mycket bra till vad gäller positiv livsstil i Europa. Sverige har den lägsta mortaliteten och Spanien den tredje lägsta i Europa. I Spanien motionerar ca 50 % av befolkningen för lite, jämfört med ca 15 % i Finland och Sverige.

– Människor i Spanien röker, dricker, sover inte tillräckligt, råkar ut för många trafikolyckor och äter mycket och ofta. Så vi kan säga att deras livsstil inte motsvarar dödligheten.

– Det finns mycket inom kombinerade riskfaktorer som vi ännu ej förstår, sade Mila Garcia-Barbero och ansåg att Medelhavskosten kan ha en positiv betydelse men det finns andra faktorer som vi ännu inte har kunskap om.

Dr Garcia-Barbero ansåg att livskvalitet – särskilt under de sista 15 - 20 åren i livet – kan ha stor betydelse som friskfaktor.

– Det finns inte statistik på detta ännu, men det kan utgöra en del av förklaringen till den förvånande positiva för Spanien.

Kvalitetsbrister i hälsovårdssystemen

Mila Garcia-Barbero visade data från USA's hälsovårdssystem, där man på många sätt redovisar sina brister och förtjänster mer öppet än vi i Europa:

- Endast 27 % av hypertoniker får adekvat behandling
- Endast 9 % av diabetiker har välkontrollerade blodfetter
- 26 % av diabetiker har välkontrollerade blodtrycksnivåer
- 25 % av de med depression får adekvat behandling
- 50 % av patienter utskrivna efter hjärt-kärlsjukdom återkommer inom 90 dagar

– Bilden i Europa inklusive Sverige är förmodligen densamma, menade Mila Garcia-Barbero.

Hur kan Hälsofrämjande Sjukhusrörelsen bidra?

Hur kan då HFS-rörelsen bidra, frågade Mila.

– Vi måste röra oss från behoven definierade av systemet till behov definierade av patienterna och innevånarna, framhöll Mila Garcia-Barbero som en första punkt. Aktiviteter i form av att bota, vårda och främja/förebygga är komplementära och alla delarna är nödvändiga i den hälsofrämjande hälso- och sjukvården, menade Dr Garcia-Barbero.

– Att integrera aktiviteter i hälsofrämjande nätverk är också en nyckelfråga i de flesta utvecklade länder, där det finns en brist i koordination och samverkan. Dr Garcia-Barbero menade även att teknologi inklusive läkemedel många gånger överutnyttjas. Evidensbaserade och kostnads-effektiva metoder är ett viktigt utvecklingsområde för HFS-nätverken, och kopplat till det ska våra insatser utvärderas kontinuerligt.

– I dialog med beslutsfattare och vårdens professioner kan vi lyfta fram de ömsesidiga fördelarna av hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Incitament behöver utvecklas tillsammans med andra verktyg, med patienten och innevånaren i centrum, avslutade Dr Garcia-Barbero.

Verksamhetsuppföljning: Händer det nåt i nätverket?

- Ytterligare fyra sjukhus arbetar i ökad grad med att stimulera och tillvarata patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa
- Åtta sjukhus arbetar år 2004 i ökad grad med hälsovinstmätning jämfört med två sjukhus år 2003
- Fem fler sjukhus år 2004 än år 2003 arbetar efter en dokumenterad plan för att skapa hälsofrämjande arbetsplats

Detta är några av de resultat som Mats Hellstrand, HFS-sekretariatet, redovisade under konferensens avslutande dag. Det svenska nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus har arbetat med att ta fram ett tjugotal uppföljningsindikatorer sedan år 2001 och har nu testat dessa indikatorer genom att medlemssjukhusen följt upp sina verksamheter verksamhetsåren 2003 och 2004. Redovisningen gjordes utifrån de sjukhus som deltagit båda åren.

Fyra huvudgrupper

Indikatorerna är indelade i fyra grupper (siffrorna inom parentes anger antal indikatorer per grupp).

Mål 1. Främja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

Delmål 1 A. Utveckla sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården (3)

Delmål 1 B. Utveckla hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården (3)

Mål 2. Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

2 A. Bidra genom aktiv kunskapsförmedling (1)

2 B. Aktivt medverka i befolkningsinriktat hälsoarbete (1)

Mål 3. Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen (4)

Mål 4. Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård (7)

Tolkning av positiv tendens

Inom ca hälften av indikatorerna är tendensen positiv och i ett fall negativ.

– Vår bedömning är att en del av de positiva tendenserna också återspeglar en reell förändring inom sjukhusens verksamhet, sade Mats Hellstrand.

– Inom nätverket har vi till exempel arbetat

systematiskt med hälsovinstmätning under år 2004.

– Å andra sidan har vi ingen uppfattning om det finns liknande förändringar inom de sjukhus som ej ingår i nätverket.

Mats Hellstrand pekade också på att betydligt fler verksamhetschefer har deltagit i uppföljningen av 2004 års verksamhet jämfört med år 2003. Ett bra exempel är UMAS interna inventering för år 2004, se diagram nedan. Kunskapsunderlaget har därmed blivit betydligt säkrare, samtidigt som detta också kan ha bidragit till en del av de positiva tendenserna i svaren.

Resultaten används nu i organisationernas planering. Utvärdering sker vid nätverkets internat i september 2005. Ny uppföljning görs i början av år 2006 avseende verksamhetsåret 2005.

Uppföljning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet vid UMAS år 2004

Ellen Hyttsten:

Tydligt ledarskap behövs

– Det är viktigt att ledningen äger det hälsofrämjande perspektivet och tydliggör det i landstingsplan och liknande dokument. På så sätt stöds ambassadörer i verksamheterna och ett systematiskt förbättringsarbete kan utvecklas.

Det framhöll Ellen Hyttsten, direktör vård och omsorg inom Sveriges kommuner och landsting, i sitt anförande i avslutningen av konferensen.

– Det behövs likaså tydliga planer för vilka åtgärder som ska genomföras, och kopplat till det kontinuerliga uppföljningar med mätningar. I den strategiska planeringen ingår också arbetet med att få alla ”med på tåget”. Det är ett långsiktigt arbete.

Tar inte längre tid

– Arbetsättet tar inte längre tid om man har det integrerat i sig. Ett exempel är tidig upptäckt av missbruk, där korta insatser ger mycket goda resultat. Det är dock nödvändigt med metodikkunskap. Det är också viktigt med kunskap i förbättringsmetodik för att integrera arbetsättet, sade Ellen Hyttsten.

Förverkligat patientperspektiv ger god arbetsmiljö

– Arbetar man faktiskt med patientperspektivet i centrum så leder det också till bättre arbetsmiljö. Det har vi sett där man arbetar med patientfokuserat förbättrings-

arbete. Detta anknyter till vikten av evidensbaserad kunskap som Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet sammanfattade i ett tiopunktsprogram år 2004. Ellen Hyttsten framhöll att det nu finns en stark politisk vilja att utveckla hälso- och sjukvården i en hälsofrämjande inriktning. Det har framkommit i möten med landstingen, som nu dokumenteras i en rapport.

Planerade insatser

I det fortsatta arbetet, berättade Ellen Hyttsten, ingår bl.a. följande punkter:

- Stimulera framtagande av nya ersätt-
- forts. sid. 12*

Projekt inom Sveriges Kommuner och Landsting: Hälsa i bokslut - indikatorer för hälsoorientering

Ingvor Bjugård, Sveriges Kommuner och Landsting, berättade vid HFS-konferensen om projektet Hälsa i bokslut som pågått under tiden december 2003 - februari 2005.

Landstinget Dalarna, Landstinget Väster-norrland, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Blekinge, Västerbottens läns landsting och Landstinget Halland har medverkat i projektet.

Bakgrund

Tankegångar i projektet, berättade Ingvor Bjugård, har varit att hälsoorienteringen kan ses som ett strategiskt instrument som ska utveckla en effektivare hälso- och sjukvård genom att man "beställer" hälsoeffekter. Måldiskussionen i sig är viktig.

– Tydliga och uttalade mål ger större förutsättningar att vara effektiv. Det ger möjlighet till samordning av resurser men också till prioritering utifrån målen och att systematisera de aktiviteter och resurser som redan finns. I uppdrag och verksamhetsplaner kan man lyfta fram mål som leder till bibehållen eller bättre hälsa.

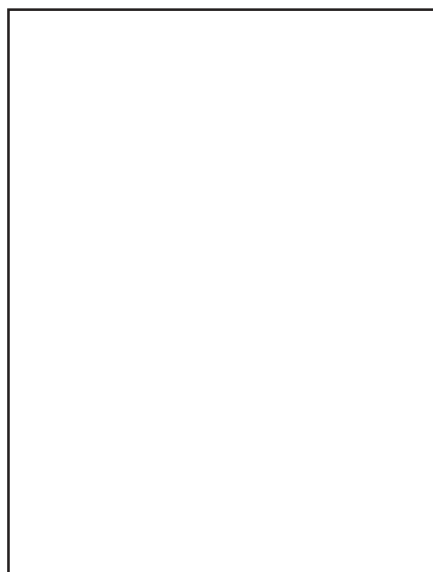
Målsättning

– Målet var från början att presentera ett eller flera förslag till en sk hälsobokslutsmodell med uppföljningsindikatorer. Syftet var att kunna följa upp processer för en hälsoorientering av landstingens olika verksamheter och se hur resurser och insatser inom hälso- och sjukvården bidrar till vunnna hälsa, berättade Ingvor.

Arbetsmetod och avgränsning

Från början fanns alltså en tanke om att utveckla hälsobokslut för vårdorganisationer - vad hälso- och sjukvårdens bidrag till en god hälsa i befolkningen är. Man insåg dock tidigt att hälsa hänger ihop med så mycket annat som hälso- och sjukvården inte kan påverka. Därför avgränsade man sig till att fokusera förutsättningar för hälsofrämjande arbete - vad som händer - i hälso- och sjukvården.

Man avgränsade sig även till landstingens hälso- och sjukvård och exkluderade folkhälsorapportering och ekonomiska aspekter.



Ingvor Bjugård, Sveriges Kommuner och Landsting

Hälsa i bokslut - fler nivåer

Man har tydliggjort möjligheterna på olika nivåer i organisationen:

Styrprocessen:

Hur hälso- och sjukvårdssystemen med dess olika aktörer fungerar som en helhet gentemot befolkningen.

Uppföljning

Uppföljning av "beställd" verksamhet – system

Verksamhetsprocessen

Hur olika enskilda vårdgivare fungerar i relation till patienten inom hälso- och sjukvårdssystemet

Uppföljning

Självkontroll

Uppföljning av produktion

Tre dimensioner

– Vi har använt de tre dimensionerna:

- Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård
- Stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper
- Stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

Exempel på möjlig utformning

Ingvor beskrev de exempel på utformning av indikatorer man kommit fram till.

Exempel styrprocessen

- Styrdokument
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande mål i budget och flerårsplan
Behovsrelaterade uppdrag/överenskommelser med fokus på jämlik hälsa
 - Kompetensutveckling
Chefsutvecklingsprogram där kunskap om hälsoorientering av hälso- och sjukvården ingår
 - Samverkan
Gemensam regional folkhälsopolicy/liknande
 - Personal
Personalhälsobokslut som speglar hälsofrämjande arbetsplatser
- Mått: ja/nej/delvis, andel

Exempel verksamhetsprocessen

- Styrdokument
Verksamhetsplaner med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande mål och aktiviteter
 - Kompetensutveckling
Systematiska utbildningsinsatser i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
 - Samverkan
Gemensam regional folkhälsopolicy/liknande
 - Information och stöd
Insatser till individer och grupper som lever med ökad sårbarhet
 - Metoder/rutiner (hälsosamtal o motiverande samtal)
Mätning av hälsorelaterad livskvalitet
Rutiner finns för att redovisa genomförda hälsosamtal
Individer med riskbeteende som fått stöd
- Mått: ja/nej/delvis, andel, antal.

Det här arbetet är ett första steg och ska ses som ett bidrag och stöd till en fortsatt utveckling som bör gå hand i hand med det nationella arbetet för att följa upp en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. En utmaning är att med ett gemensamt ansvar från hälso- och sjukvårdens verksamheter och politiker skapa en hälso- och sjukvård som efterfrågar, möjliggör, synliggör och belönar ett hälsoorienterat arbetssätt, sammanfattade Ingvor Bjugård.

forts. fr. sid. 10: Ellen Hyttsten

ningsmodeller för att premiera hälsofrämjande arbete

- Modeller för att främja en bättre sjukskrivningsprocess
- Genombrottsprojekt kring arbetet med livsstilsförändringar
- Införande av frisktvård i abonnemangsform
- Medverka i att vårdens medarbetare får ökade kunskaper i genus- och bemötandefrågor
- Medverka i att stärka samarbetet mellan delar av kommunernas och landstingens verksamheter för att främja hälsa hos äldre

Önskemål om samverkan med HFS-nätverket

– Detta är områden där vi har ett önskemål att utveckla ett samarbete med HFS-nätverket, och att vi på detta sätt kan bidra till det arbete som ni bedriver inom landsting och kommuner, avslutade Ellen Hyttsten.

Exempel på samverkansprojekt: Familjecentraler

Primärvården, Landstinget i Uppsala län har sedan 1999 aktivt arbetat för att få till stånd familjecentraler i länets samtliga kommuner. Införandet har utgått från ett empowerment-perspektiv, att skapa ett intresse bland involverade yrkeskategorier. En fungerande och hållbar samverkan har skapats via samarbete och samordning.

Samarbete (mjukvaran) mellan de inblandade yrkeskategorierna (BVC, MVC, Socialtjänst och Öppna förskolan) har skapats genom att erbjuda gemensamma utbildningsdagar kring ämnen som berör barn och familj, teambildning m.m. .

Samordning (hårdvaran) av resurser har skapats genom aktivt och medvetet arbete för att få tillstånd avtal som reglerar organisation, mål, ekonomi m.m. Idag finns avtal mellan Primärvården och länets samtliga kommuner.

Samverkan mellan yrkeskategorierna sker konkret i utarbetande av verksamhetsplaner och gentemot barn och föräldrar via föräldrautbildning och andra gruppverksamheter. Samverkan kräver tid och måste ständigt underhållas.

En enkät till BVC och MVC-personal visade bl.a. att nästan alla ansåg att familjecentralarbetet givit en bättre verksamhet gentemot familjerna.

Bosse Brantefors, Folkhälsoenheten
e-post; bo.brantefors@lul.se

Göran Boëthius:

Tobaksfritt sjukhus på rätt väg!

Det nationella nätverkets informella tobaksnätverk samlades i Stockholm den 9 maj. Vi var 14 deltagare som diskuterade ett antal frågor av vilka några var dessa:

För andra året genomfördes en speciell enkät om "tobaksstatus" på våra sjukhus i januari 2005. Vi kan glädjas åt att svarssiffrorna för de 19 svarande pekar åt rätt håll. Här är några smakprov på positiva förändringar - men också exempel på hur mycket som återstår! (Poängen är en genomsnittssiffra för 0=ej genomfört, 1=genomfört till mindre än hälften, 2=till mer än hälften och 3=helt genomfört.)

- Förekomst av policybeslut för sjukhuset har ökat till 2,5 (2,1 år 2004). Medarbetarnas snusvanor fortfarande mindre ofta inkluderade i policyn 1,2 (0,9).
- Genomförandeplan finns 2,1 (2,1) och någon anställd har uppgiften att arbeta kontinuerligt med implementeringen 2,7 (2,4).
- Fortfarande behandlas tobaksfrågan för dåligt i anställningsintervju 0,7, i utvecklingssamtal 0,6 och i ledarskapsutbildning 0,6 - endast någon tiondels förbättring jämfört med 2004. Utbildning om tobak är inte heller tillräckligt prioriterad 1,5 (1,4).
- En annan otillfredsställelse är den bristande dokumentationen av patienternas tobaksvanor 1,5 (1,2). Mer glädjande är ökade resurser för avvänjningsstöd för patienter 1,9 (1,5) och möjligheter att remittera patienter med sådant behov till primärvården 1,6 (1,3). Avvänjningsstöd för medarbetare är tillfredsställande 2,3 (2,3).
- Tobaksförsäljning på sjukhuset har inte avvecklats ytterligare 1,9 (2,1) - den lägre siffran i år tolkar jag som att de fem sjukhus som tillkommit i årets enkät drar ner genomsnittet något).
- Till slut glädjande stängt vad gäller personalens rökrum 2,7 (2,7) och patienternas 2,4 (2,1).
- Uppföljningsplaner finns på alltför många sjukhus 2,2 (1,3).

Jämför gärna med varandra!

Tolkning av frågorna påverkar förstås svaren varför vi inte kan härddra en jäm-

förelse mellan sjukhus utan främst kan iaktta tendenser i utvecklingen. Ett sätt att diskutera tolkningar är att konstruktivt granska varandras sjukhus - Sundsvall och Östersund har gjort detta, kan också utnyttjas till att lyfta frågan på sjukhuset i samband med besöket. Rekommenderas! Vi ser inte något behov av att justera frågebatteriet nu. Ett utförligt resultat kommer småningom att ligga på hemsidan.

Besökarenkät

Ett utmärkt sätt att uppmärksamma sjukhusets tobakspolicy presenterades från Uppsala i form av en besökarenkät - Kerstin Troedsson återkommer med mer information när resultatet har analyserats färdigt. Vi delade erfarenheter i olika "svåra" frågor, t ex ska vår policy inkludera snuset?, hur hanterar man bäst tobaksfrågan i anställningsintervjun?, hur förbättrar vi tobaksanamnesen i patientjournalen?

Förstärkt information

Vi är överens om att nätverkets hemsida så snart möjligt utnyttjas till information om tobaksfrågan i stort och i policyfrågor liknande de som nämnts här. Ofta nog kan vi på det enskilda sjukhuset behöva stöd av hur andra ser på dessa frågor, vilka aktiviteter och sätt som varit framgångsrika - och tvärtom.

Rekommendationer dels för rökavvänjning hos patienter med psykisk sjukdom och dels om tobakspolicy för psykiatrisk verksamhet är snart under tryckning och ska distribueras brett efter sommaren, i första hand till psykiatriska kliniker och till primärvården. Inbjudan till utbildning kring detta i höst kommer också. Ett par sjukhus har tryckt patientfoldrar om vinsterna med rökfrihet inför operation. Vi ska se över möjligheten att samproducera.

Slutligen en framåtblickande fundering vi hade - kan vi på våra sjukhus engagera läkare under AT/ST-utbildning att i (obligatorisk?) projektform bearbeta en eller flera av de svåra frågeställningarna ovan???

Göran Boëthius

Livsstilsteam: Hälsofrämjande arbete på hälsocentraler

– För ett par år sedan bestämde vi oss för att undersöka hur vi kan arbeta mera hälsofrämjande. Hur ska vi kunna möta alla patienter med livsstilsproblematik i sina anamneser?

Karin Junehag Källman, vårdstrateg i primärvården Jämtlands län, berättade i seminariet "Livet" om erfarenheterna:

– Åtta team från lika många hälsocentraler deltar, med utgångspunkt att arbeta hälsofrämjande med Ottawamanifestet som grund, som säger att "Hälsofrämjande är den process som ger individen möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den".

Kognitivt förhållningssätt i teamarbete

– Sammanlagt 42 personer från de åtta hälsocentralerna fick en tvådagars internatutbildning i kognitivt förhållningssätt. – Det innebar ett helt nytt arbetssätt i mötet med patienterna, att lyssna och vägleda patienterna i sin egen behandling.

Det finns ett mycket stort intresse bland vårdpersonal för detta arbetssätt och önskan om mer fortbildning.

– Varför betar jag mig som jag gör i just den här situationen? Det är en central fråga när man arbetar med kognitioner vilket vi inte har varit så vana vid i den somatiska vården.

Livsstil genom tidig inläring

Kurator Karin Westberg och distrikts-sjukgymnast Gunilla Mackhé berättade:

– Hälsan bestäms till ca. 80 % av vår livsstil, dvs. våra vanor beträffande exempelvis kost, motion, tobak, alkohol,

stress och sömn.

– Dessa vanor utgår ifrån mycket tidig inläring följt av hur framgångsrikt livet hanteras i vardagen. Väsentligt i livet är att bli medveten om sin egen hälsa, det egna ansvaret att förbättra hälsan samt det egna medvetna valet till en positiv hälsoutveckling.

Gruppverksamhet

I mars -04 påbörjades gruppverksamhet med en grupp överviktiga kvinnor i åldern 50 - 70 år. Kvinnorna hade nedsatt allmäntillstånd. Pararellt i december -04 påbörjades ytterligare en grupp med kvinnor 40 - 50 år, med långvarig sjuk-skrivning och komplex livsstilsproblematik. Syftet med det tvärprofessionella arbetet i gruppverksamheten är att grupp-deltagarna skall finna strategier för en hälsosammare livsstil, uppnå en högre upplevd livskvalitet samt förbättra sin upplevelse av den egna hälsan.

Utvärdering

Utvärdering av gruppdeltagaren sker genom kvalitativ mätning av upplevelse av livskvalitet och upplevd hälsa, känsla av sammanhang i livet (KASAM) samt medicinska mått som lipidstatus, blodtryck, blodsocker, midjemått, BMI. Mätning sker vid inklusionstillfället, efter 6 månader, 1 år samt efter 2 år då gruppverksamheten avslutas.

För ytterligare information:

Karin Junehag-Källman

Tel: 063 / 14 24 76

E-post: karin.junehag-kallman@jll.se

Många projekt- presentationer

Under konferensen presenterades 35 projekt, under sju teman.

Tobaksprevention inom hälso- och sjukvård ?

Inom detta tema presenterades erfarenheter vad gäller utformning av tobakspolicy, preoperativ tobaksavvänjning samt utbildning om tobak och avvänjning. Seminarielidare var Göran Boethius, överläkare, Östersunds sjukhus.

Hälsofrämjande arbetsplats

Seminarielidare Annika Mellqvist, utredare, Landstinget uppsala, höll samman presentationer kring medarbetarhälsa från Gävle, Afa och Hässleholm.

"Livet" – att arbeta med livsstilsrelaterade sjukdomar

Ingrid Ström, avdelningsdirektör, Socialstyrelsen ledde detta seminarium som diskuterade kvinnor, stress och hjärtan, livsstilsforum och livsstilsteam.

Hälsoäventyret

Deltagare kunde också besöka Hälsoäventyret i Uppsala.

Samverkan - exempel där visioner blir välfungerande vardag

Ungdomars riskbeteende, familjecentraler och framtidens primärvård diskuterades under ledning av utredare Kjell Haglund, Landstinget Uppsala.

Hälsovinstmätning

Preben Bendtsen, Linköping, ledde detta seminarium, där bl.a. SF-36 och EQ-5D diskuterades vidare. Seminariet avslutades med en paneldiskussion.

Psykisk hälsa/ohälsa

Empowermentinriktade metoder presenterades i detta seminarium, under ledning av Lars Fredriksson, projektledare, Sveriges kommuner och landsting.

forts. sid. 16

forts. fr. sida 7: Migrant Friendly Hospital

– Hur talar man om för en patient att han eller hon har cancer, när alla släktingar motsätter sig det? I många kulturer är det förbjudet att tala om för en person att den har cancer, av oro för att denne ska påverkas negativt psykiskt.

– Vissa invandrargrupper lever i klaner, med rötter i hemlandets traditioner. Det innebär social kontroll och socialt tryck. Men det innebär även en stark samhörighet och är ofta ett värdefullt stöd.

Identitet

Kärnfrågan är vilken identitet patienten har. Detta är viktig att få fram:

- Vilka förklaringar har patienten av sin sjukdom?
- Vilken behandling förväntar sig patienten?

Utveckla kulturkänslighet

– Kulturkänslighet är att kunna vara uppmärksam, att ha respekt för de föreställningar som patienten kommer med, att

vara nyfiken på de patienter jag möter från andra kulturer och vilja lära mig.

– Vi behöver ha ett folkhälsoperspektiv och kännedom om de lokala invandrargrupperna som vi möter i vården, betonade Manuel Fernandez.

I det europeiska projektet utvärderades med framgång kunskapsbaserade lösningar inom bl.a. områdena tolkning, kulturell kompetensträning för sjukhuspersonal och hjälp till självhjälp inom moders- och barnavård. Se vidare: www.mfh-eu.net/public/home.htm

Den 13:e internationella konferensen

The 13th International Conference on Health Promoting Hospitals hölls i Dublin den 18-20 maj 2005 under rubriken "Empowering for Health; Practicing the Principals".

Närmare 600 deltagare från 40 länder representerande fyra kontinenter deltog, 108 muntliga föredrag presenterades i parallella sessioner och 250 postrar fanns att läsa. Konferensen var i samarrangemang mellan det irländska nätverket för Health Promoting Hospitals och det nordirländska nätverket. Detta var i sig en viktig politisk manifestation som också tydliggjordes genom att inledningsanförandet skedde utifrån såväl det irländska som det nordirländska ministeriet för hälso- och sjukvård.

Empowerment för medarbetare

Den första plenara sessionen handlade om huvudtema 1: hur sjukhuset kan bli en hälsofrämjande arbetsplats (i term av ge empowerment för sina medarbetare). En av föredragshållarna i plenum var sjuksköterskan Karen Heller från USA, som beskrev "The Magnet Recognition Program". Det är en synnerligen eftertraktad utmärkelse och tilldelas den arbetsplats som kan fungera "som en magnet" d.v.s. som är så attraktiv så att sjuksköterskor vill stanna länge på sin arbetsplats. Detta är idag ett problem för många sjukhus i USA. De kritiska faktorerna var de vi känner igen, nämligen tydliga uppdrag, tydligt eget mandat, möjlighet att påverka sin arbetssituation.

Hälsofrämjande patientarbete

Huvudtema 2 gällde, förstås, "Empowering Hospital Patients for Managing their Health". Detta beskrevs dels i ett antal parallella sessioner som visade väl utvärderade interventioner som illustrerade effekterna av hälsofrämjande strategier i patientarbetet. Det illustrerades också av de specifika verksamheterna i form av delnätverk för "Migrant Friendly Hospitals" respektive nätverket för psykiatriska sjukhus. Man fokuserades också på hur man kan utveckla hälsofrämjande sjukhusorganisationer. Avslutningsdagen hade just detta tema och diskuterade både hur man kan via styrning och ledning utveckla hälsofrämjande sjuk-

husorganisationer men också hur man göra detta genom att skapa "Empowering organizations" d.v.s. ett bottom-up perspektiv med deltagande- och lärandestyrda utveckling. Eva Jane-Liopis från Nederländerna höll ett mycket uppskattat föredrag om hur man kan främja den mentala hälsan inom sjukhusen. Hon beskrev bland annat att mental ohälsa är vanlig också bland patienter som vårdas

med fysisk diagnos, t ex lider 33% av cancerpatienterna av depression. Man lyfte också fram betydelsen av att de flesta EU-länder har en åldrande befolkning och att detta innebär speciella krav på kunskap för de som styr och verkar inom sjukhuset. Undernäring av äldre boende på institution är vanligt förekommande i hela Europa och en angelägen uppgift att motverka, särskilt för ett hälsofrämjande sjukhus!

Workshop för de nationella koordinatörerna

Dagen innan konferensen hölls, som vanligt, en workshop för koordinatörerna för nationella och regionala nätverk. Det internationella nätverket håller på att förändras och detta manifesteras bland annat i att det internationella nätverkets sekretariat flyttar från Barcelona till Köpenhamn och kommer där att ledas av Hanne Tønnesen och vara en del i det WHO-Collaborating Center för Evidence based Health Promotion som finns i Köpenhamn.

WHO:s Europakontor kommer fortfarande att ha en viktig roll i nätverkets fortsatta utveckling men mera på en policynivå och inte ett aktivt drivande sekretariat. Ludwig Boltzman-institutet kommer att fortsätta att ha ansvar för den internationella konferensen med Jürgen Pelikan som ordförande i Scientific Committee. Institutet kommer även att fortsätta ge ut det internationella nätverkets Newsletter. Detta nyhetsbrev utkommer två gånger per år och publiceras på webadress: <http://www.hph-hc.cc/newsletter.php>

Beslutande presidium

Nätverkets organisation kommer också att förändras på ett sätt som har en stor parallell med den diskussion som har skett i det svenska nätverket. Gruppen av nationella koordinatörer kommer, tydligare än tidigare, att utgöra ett "presidium" som är det beslutsfattande organet i det internationella nätverket. I ett första steg har man utsett en styrgrupp med 13 deltagare.

Styrgruppen tar fram mål och strategier

Styrgruppens första uppdrag är att ta fram ett grundläggande dokument som beskriver det internationella nätverkets mål och strategier. Parallellt skall ett dokument som den formella organisationen (mot svarande de stadgar som det svenska nätverket nyligen tog fram) utvecklas.

*Margareta Kristenson,
nationell koordinatör för det svenska
nätverket*

Diskuterande WHO-artikel frågar:

Bör WHO-nätverket Hälsofrämjande Sjukhus öppnas för fler?

– Bör WHO-nätverket öppnas för fler aktörer än sjukhusen, för att bättre möta hälso- och sjukvårdens utmaningar?

Detta diskuteras av Oliver Gröne, WHO Barcelona, i en artikel i Newsletter nr 24, nyhetsbrevet för det europeiska nätverket Health Promoting Hospitals. Gröne ställer frågan om inte hemsjukvårdsverksamheter, primärvårdsorganisationer, patientorganisationer och kommunal hälso- och sjukvård bör välkomnas i nätverket.

Kanske är ett sådant nätverk med olika aktörer samlade kring en patientcentrerad hälso- och sjukvård bättre anpassat för hälsofrämjande insatser, enligt Oliver Gröne. Liknande tankar framfördes av dr Mila Garcia Barbero vid den nationella konferensen i Uppsala, samt vid de nationella koordinatörernas möte i Dublin.

Läs nyhetsbrevet på nätet:
http://www.hph-hc.cc/Downloads/Newsletters/hph_newsletter_24.pdf

Landstinget Östergötland medlem i HFS-nätverket !

Under konferensen tillkännagavs att Landstinget Östergötland erhållit medlemskap i nätverket Hälsofrämjande Sjukhus. Tidigare har Motala lasarett och Linköpings Universitetssjukhus varit medlemmar. Genom landstingets medlemskap ingår nu även sjukhuset i Norrköping.

I ansökan säger man:

”Landstinget i Östergötland ansöker om ett samlat medlemskap som hälsofrämjande organisation i det svenska Nätverket för Hälsofrämjande sjukhus från och med 2005.”

Man beskriver landstingets roll bl.a. med: ”Hälso- och sjukvården har ansvar för att förebygga och bota sjukdom samt rehabilitera efter sjukdom. Detta innefattar att sprida kunskap om sjukdomsorsaker och hälsofrämjande faktorer samt att skapa förutsättningar för människor att leva ett bra liv trots sjukdom och funktionshinder.”

Tre nivåer

Man formulerar tre nivåer för landstingets insatser:

Det sjukdomsförebyggande (preventiva) och hälsofrämjande arbetet bedrivs på tre nivåer där basnivån (ett) uppnås bl a genom att tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt i alla patientkontakter, nivå två genom lokal samverkan via folkhälsoråd och samverkansgrupper samt nivå tre genom arbete på kommunövergripande, regional och nationell nivå. Insatserna på nivå två och tre sker främst genom epidemiologisk övervakning, kunskapsförmedling samt initiering/ implementering och utvärdering av insatser.

Folkhälsopolitiskt program

Som en bakgrund beskriver man en process sedan 2001:

”I november 2001 beslutade Landstingsfullmäktige att anta "Folkhälsopolitiskt program för Östergötland 2001-2010". Programmet har också antagits av länets samtliga kommuner. Det folkhälsopolitiska programmet utgör riktlinjerna för länets arbete för bättre hälsa. Att förverkliga detta program kräver en samlad insats där landstinget och andra aktörer kompletterar varandras insatser.

Inriktningsmål, målområden och delmål finns angivna i programmet.

Strategierna för länets arbete handlar om att utveckla hälsofrämjande förhållningssätt, utveckla hälsofrämjande livsmiljöer, utjämna skillnader i hälsa samt att kombinera riktade och generella insatser.”

Landstingets handlingsplan

”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård - Landstinget i Östergötlands handlingsplan 2003-2010” beslutades av Landstingsstyrelsen i juni 2003 och har sin utgångspunkt i det folkhälsopolitiska programmet. Handlingsplanen syftar till att vidareutveckla och förtydliga landstingets fortsatta arbete för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

I handlingsplanen fastslås att landstinget ska verka för de inriktningsmål, målområden och exempel på delmål som anges i det folkhälsopolitiska programmet, dels genom direkta insatser, dels genom samverkan med andra aktörer. I handlingsplanen anges vidare att landstinget, som aktör i det länsgemensamma arbetet, ska stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen och att landstinget i rollen som självständig aktör ska stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper. För varje område finns förslag på inriktning och konkreta åtgärder utarbetade.

Framtida organisation

Landstinget anser att ”Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är en viktig strategisk fråga”. Landstinget har från och med 2004 en länsövergripande organisation, vilket gör det naturligt att tala om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård som något som drivs inom alla verksamheter. Arbetet inom HFS - nätverket bör därmed drivas långsiktigt och på högsta ledningsnivå. Den nya organisationen föreslås få formen av ett geografisk medlemskap där såväl centrala, västra som östra Östergötland ingår. Närsjukvårdsdirektören inom respektive närsjukvårdsområde utser en processledare som ansvarar och driver arbetet inom såväl centrumets närsjukvård som till området tillhörande länsövergripande specialistvård. Till stöd för processledarnas arbete finns ledningsgruppen inom respektive närsjukvårdscentrum.

Man föreslår även inrättande av en länsgemensam strategisk styrgrupp ”Landstinget i Östergötlands hälsoråd” med bred kompetens.

Bakom ansökan står landstingsdirektör Åke Rosandher och hälso- och sjukvårdsdirektör Lena Lundgren.

forts. *Många projektpresentationer*

Behandlingar via nätet

Kvalitetschef Anders Fagerlund höll samman detta seminarium som fokuserade dator- och internetstöd för personer med diabetes, tinnitus och psykiska funktionshinder.

Dialog - webbtjänst för att förbättra egenvård av diabetespatienter redovisades av tekn. dr. Sabine Koch, Akademiska sjukhuset

Kognitiv beteendeterapi via internet för patienter med tinnitus beskrevs av doktorand Viktor Kaldo, Akademiska sjukhuset.

Att göra specialdesignade dataprogram för personer med psykiska funktionshinder beskrevs av arbetsterapeut Monica Rydén.

Friskhuset

Här presenterades hälsoarbete för personal på Akademiska sjukhuset av friskvårdschef Kerstin Wideqvist och sjukgymnast Annika Göthner.

Familjecentrerad neonatalvård

Prof. Uwe Ewald berättade om verksamheten vid neonatalavdelning 95 F.

Bemötandeprojektet och "tidig återgång"

Med avidentifierade autentiska patientfall illustrerades och diskuterades hur attityder och värderingar påverkar bemötandet, under ledning av projektledare Margareta Jakobson.

Verktyg för chefer att förbättra kontakt mellan medarbetare och chef redovisades av projektledare Peter Fichtel. Modellen ökar möjligheten för medarbetaren att komma tillbaka i arbete, spar tid och har lett till sänkta sjuktal.

Hälsofrämjande insatser på sjukhus

Här presenterades Onkologisk psykosocial mottagning av sjuksköterska Annika Thalén-Lindström och sjuksköterska Anneli Granat.

Minintervention och tidig upptäckt av riskkonsumenter av alkohol, projektet "drick mindre", beskrevs av sjuksköterska Inger Twerin och sjuksköterska Ylva Löfström

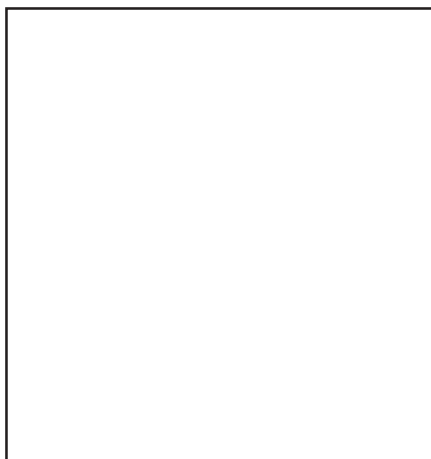
Barnsjuksköterska och klinisk adjunkt Gunn Engvall beskrev arbetsmodell för ett barnperspektiv i vården som vilar på barnkonventionens intentioner, vad gäller barn och ungdomar som anhöriga till fysiskt sjuka föräldrar, syskon eller närstående.

se även under konferenser på:

<http://www.natverket-hfs.se>

Tänkt och tyckt om konferensen

Anne Sandh



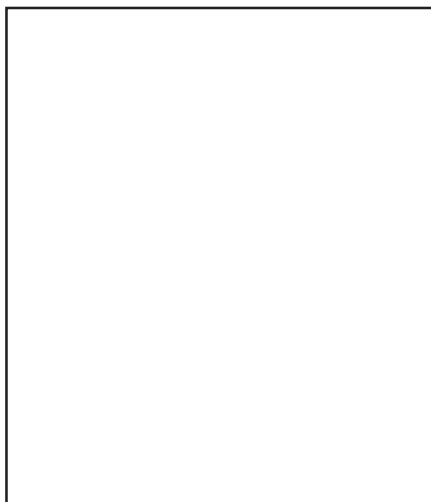
Anne Sandh, psykiatriska kliniken, Motala lasarett

– Det här är min första HFS-konferens och den har varit överraskande bra. För första gången handlar det en del om psykisk ohälsa, vilket intresserar mig. Seminariet om hälsovinstmätningar var också spännande. Vi har själva provat oss fram både med SF-36 och EQ-5D

Vad tar du med dig hem?

– I första hand att arbeta med hälsovinstmätningar. Vi behöver följa upp hälsan bättre hos våra patienter, hur de mår efter behandling.

Åsa Fichtel



Åsa Fichtel, hälso- och sjukvårdsstaben, landstinget i Uppsala län

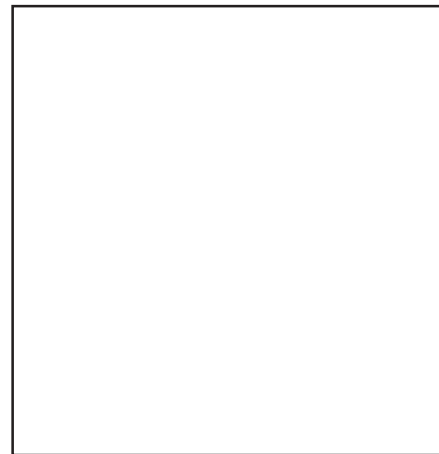
– Idag har jag fått ta del av många olika perspektiv på hur man kan arbeta hälsofrämjande. Jag lyssnade nyss till barnpsykiater Henrik Pelling, Barn- och Ungdomspsykiatri. Mycket intressant då jag är psykolog själv.

– När man arbetar hälsofrämjande så tänker jag även på den stora kommunala sektorn. Kan man komma in tidigare för barn och

ungdomar så kan ökad fysisk aktivitet i skolorna ha stora förebyggande effekter även vad gäller psykisk hälsa.

– Det har också varit spännande att höra allt som pågår inom sjukhusvården.

Lennart Svensson



Lennart Svensson, sjukhusschef, Ängelholms sjukhus

Vad har du fått ut av konferensen?

– Jättemycket. Det har varit mycket inspirerande. Ett intryck är att de starka entusiasterna har nu börjat väcka och tända den stora massan av medarbetare i hälso- och sjukvården. Det känns mycket roligt. Och att föra det med sig hem gör att min tro att vi ska få med oss många fler har ökat efter detta.

Från redaktionen

Detta sextonsidiga dubbelnummer är ett av de mer omfattande nyhetsbrevet sedan starten för nyhetsbrevet hösten 1996. Under de första åren omfattade nyhetsbrevet åtta sidor som utkommer tre gånger per år. Under senare år har vi haft 12-sidiga nyhetsbrev förutom det sextonsidiga dubbelnumret i december 2004.

Nästa nummer av nyhetsbrevet planeras utkomma i november 2005, bl.a. med information från nätverkets internat 22 - 23 september.

I skrivande stund råder hänryckningstider, med blommande hägg och knoppande syrenbuskar, i sanning hälsofrämjande! Låt oss ta vara på detta och redaktionen önskar alla våra läsare en riktigt skön sommar.

Mats Hellstrand Margareta Kristenson

Denna publikation har beteckning:
ISSN 1402 - 4187