

Främja Hälsa

NYHETSREVISOR FÖR SVENSKA NÄTVERKET **HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS** • NR 1 maj 2004

TEMA MÄTA HÄLSA !

Av *Margareta Kristenson, nationell koordinator för svenska HFS-nätverket.*

Detta nummer av Främja Hälsa handlar mycket om att mäta. Dels diskuterar vi hur och varför man mäter hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av SF-36 och dels redovisar vi resultatet från första indikatortesten i nätverket.

Varför behöver man då mäta, är det inte viktigare att göra saker? Jo, det är självklart så men det är samtidigt nödvändigt att mäta resultat, detta för att synliggöra det som sker, för att lära av det man gör och för att sporra till utveckling. Att mäta resultat i hälso- och sjukvården blir allt viktigare. Detta är tydligt i utvecklingen av styrformer för hälso- och sjukvården, inom forskningen liksom i det medicinska kvalitetsarbetet t. ex. i de nationella kvalitetsregistren.

Den form av resultatmått vi väljer får betydelse för hur vi värderar resultatet. Om vi enbart värderar resultat i ekonomiska termer får vi en helt annan värdering av en verksamhet än om vi värderar den i överlevnad eller i egenupplevd hälsa. För att vi skall kunna få en, i sann mening, kostnadseffektiv vård är det alldeles nödvändigt att få en bättre kunskap om på vilket sätt våra insatser leder till att individerna får en bättre hälsa. Mått på självrapporterad hälsa kan inte ersätta andra mått men, i många fall kan de självskattade måtten inte ersättas av något annat.

Fler med kroniska sjukdomar

Framför allt måste valet av mått på bero på vad man studerar. I dagens sjukdomspanorama har huvuddelen av patienterna kroniska sjukdomar. För dessa patientgrupper kan sjukvården göra mycket: vi kan kompensera, förbättra, lindra och trösta, men vi kan sällan radikalt bota. För att veta om insatserna fokuseras rätt är det, i dessa fall, nödvändigt att veta i vad mån vi påverkar dessa patienternas hälsorelaterade livskvalitet.

Fokus på hälsoeffekter

Idén med Hälsofrämjande Sjukhus är att bidra till en hälsoorientering av vården. Med detta menar vi att fokus tydligare riktas på det vi åstadkommer i termer av hälsoeffekter. Idag finns det väl utvecklade mått för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Vi har i nätverket valt att i första hand använda SF-36. Orsaken är att detta mått är utvecklat just för att ge en profil som illustrerar individens hälsorelaterade livskvalitet i de termer som WHO-definitionen om hälsa innefattar, det vill säga att det beskriver både den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan.

SF-36 väl lämpat

En mycket omfattande internationell forskning har illustrerat att detta instrument är väl lämpat för dessa studier. Artikeln sid 2. illustrerar när och hur och på vilket sätt detta går till. Följande artiklar ger exempel på hur man använder det runt om i landet i vårt nätverk. Som framgår av samtliga dessa är resultatmåtten sällan ett facit utan i första hand något som ger ny kunskap, vägledning och stöd, som skapar nya frågor men framför allt som stödjer ett förhållningssätt som innebär att vi blir mera öppna för hur vi kan stödja individens hälsorelaterade livskvalitet.

Direkt feedback till verksamheten

Det som skiljer detta arbete från tidigare forskning är att avsikten är att ge en direkt feedback till ordinarie verksamhet.

forts. s. 7

Viktiga datum att uppmärksamma:

- * Nationella folkhälsostämman 11 - 13 oktober, där HFS-nätverket håller seminarium den 12 okt. kl. 13.00 - 14.30 under rubriken En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, från idé till verklighet.
- * Läkarstämman 24 - 26 nov. med symposium den 25 nov. kl. 12.30 - 14.00 kring En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, från idé till verklighet.
- * 10 nationella konferensen med Hälsofrämjande Sjukhus, 6 - 8 april 2005. Arr.: Akademiska sjukhuset i samverkan med Landstingsförbundet och Socialstyrelsen.



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

Tema mäta hälsa	s. 1
Hur kan man mäta	s. 2
Verksamhetsmål i Dorotea	s. 4
Låg hälsorelaterad livskvalitet...	s. 5
Hälsostramp...	s. 6
Hälsoenkät, Soll-eftå lasarett	s. 7
Indikatorer i verksamhetsuppföljn.	s. 8
Verksamhetsuppföljn. tobaksprev.	s. 9
Hälsoplan i Landstinget i Uppsala L.	s. 10
Sjukdomens mening	s. 11
Dansk DRG-mod.	s. 12

Hur kan man mäta hälsorelaterad livskvalitet?

Av Preben Bendtsen, docent i folkhälsovetenskap och verksam i sekretariatet för HFS.

Mätning av patienternas hälsorelaterade livskvalitet har blivit ett allt mer uppskattat komplement till traditionella resultatmått inom hälso- och sjukvården. Genom att använda hälsoskattningar har fokus för hälso- och sjukvården verksamhet ändrats från att vara sjukdomsriktat till mer hälsofrämjande.

Skattning av hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet kan användas för att:

- kartlägga en enskild patients hälsotillstånd inom olika dimensioner såsom fysisk hälsa, psykisk hälsa och social funktionsförmåga.
- att utvärdera resultatet av medicinska och psykologiska interventioner genom upprepade mätningar på samma patient eller patientgrupp
- för att screena populationer i avsikt att identifiera högriskgrupper och riskfaktorer
- prediktera sjukdomsbeteende, förtidspensionering, utnyttjande av vårdsystemet
- prediktera sjukdom och dödlighet.

I denna artikel sätts fokus på de två första områdena.

Att mäta självrapporterad hälsa och förändringar i denna över tid i samband med hälso- och sjukvårdskontakter innebär att mäta i vad mån insatserna i vården faktisk bidrar till förbättrad hälsa utifrån patientens perspektiv och uppfattning. Mätningar av patientens självskattade hälsa kan med fördel kombineras med traditionella biomedicinska hälsomått. Det ideala patientcentrerade resultatmålet genereras genom att låta patienten själv specificera önskade resultat och vid ett senare tillfälle undersöka om dessa kunnat uppfyllas.

Hur skall man tolka resultatet av en skattning med SF -36?

SF-36 enkäten består av 36 frågor som sammanställs i 8 skalor där poängen går från 0 till 100. Högre värden anger bättre hälsa.

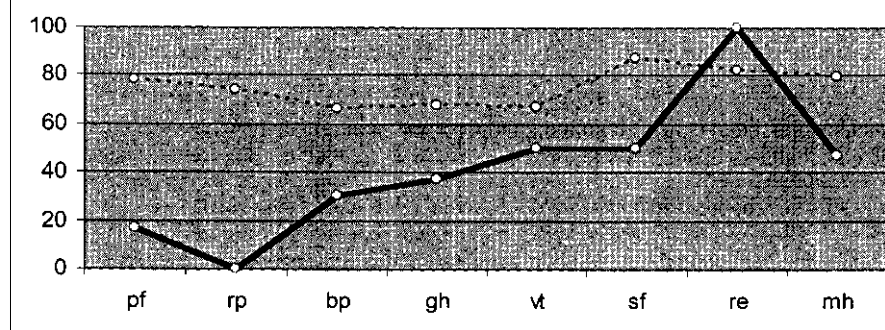
PF = Fysisk funktion
RP = Fysisk rollfunktion
BP = Smärta
GH = Allmän hälsa
VT = Vitalitet
SF = Social rollfunktion
RE = Emotionell rollfunktion
MH = Psykisk hälsa

Sammanställningen av de poäng som en patient eller en grupp av patienter har i de 8 skalorna kan jämföras med de normalvärden som finns framtagna för hela befolkningen eller om man så vill motsvarande åldersklasser. Normvärden finns att tillgå i den manual som har utar-

Figur 1 illustrerar hur en kvinna med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) har skattat sin hälsa jämfört med normen för kvinnor i samma ålder.

Man ser att patienten ligger långt under normen inom 7 av de 8 skalorna men för skalan "re" (emotionell rollfunktion) ligger personen bättre än normen. Detta kan tolkas på så sätt att patienten, med sin kroniska sjukdom som medicinsk behandling kan lindra men inte bota, har lärt sig leva med och känslomässigt accepterat sin funktionsnedsättning. Detta kan vara en följd av den behandling och det bemötande som patienten har fått av hälso- och sjukvården.

Figur 1. KOL-patient, kvinna 61 år samt norm kvinnor 55-64 år



betats av Sektionen för vårdforskning vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. När man tolkar en enskild patients svar och vill uttala sig om hur sjukdomen, i detta fall KOL, påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten skall man dock ta hänsyn till en rad faktorer som kan påverka patientens skattning.

Genom att gå igenom resultatet tillsammans med patienten kan man få en uppfattning av hur representativ den aktuella skattningen är med tanke på:

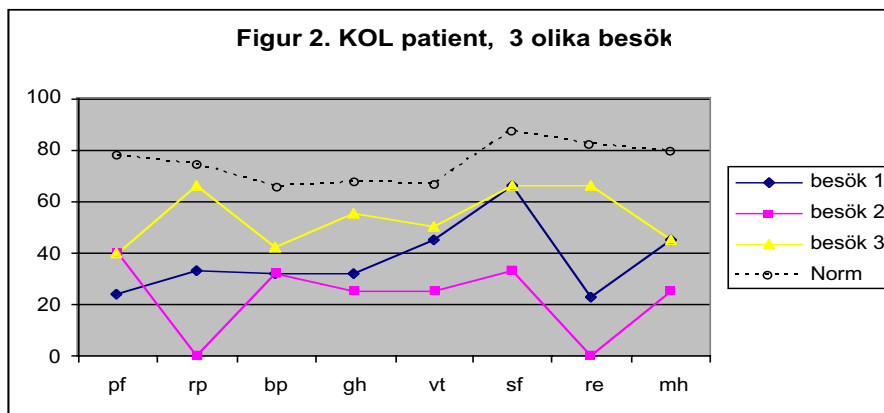
- Förekomst av *andra sjukdomar* än den aktuella som man behandlar. SF-36 mäter alla patientens sjukdomars påverkan på hälsan.

- Har det nyligen hänt något speciellt i patientens liv som kan påverka den aktuella skattningen av hälsan.

Upprepade mätningar ger viktig kunskap

Figur 2 illustrerar upprepade mätningar på en patient vid 3 tillfällen. Här kan man dels jämföra med normen men även använda patientens första mätning som utgångspunkt för en bedömning av förändring. Vid tredje besöket skattar patienten sin hälsa bättre än vid första besöket inom de flesta skalorna. Detta kan bero på många orsaker. Emellertid är det särskilt intressant att det är den psykiska och fysiska rollfunktionen som blivit bättre. Dessa frågor beskriver nämligen om man upplever att man är förhindrad i sitt dagliga liv på grund av hälsoproblem.

Genom sådana mätningar tillförs kunskap som är viktig för vårdplanering samtidigt som patienten får en starkare roll.



Att tänka på innan man börjar

- Definiera målsättningen med projektet
- För att **utvärdera en viss behandling** t ex ett dagvårdsprogram eller en ny behandlingsform? Ofta innebär detta att man gör upprepade mätningar på en viss patientgrupp
 - För att **öka helhetssynen på den enskilda patienten**? Ofta innebär detta att man utför mätningar vid ett tillfälle på enskilda patienter och går igenom sammanställningen med patienten under ett besök på kliniken. Man kan också tänka sig att göra upprepade mätningar på enskilda patienter och följa utvecklingen över tid.
 - För att **jämföra olika patientgrupper** med varandra. Detta kan öka förståelsen för hur olika patientgrupper uppfattar sin sjukdom.

Definiera vilka patienter som skall ingå

– Det är viktigt att bestämma sig för inkludera en *begränsad patientgrupp* om hälsomätningar är något nytt på kliniken. Det är bättre att börja i relativt begränsad omfattning för att få in rutinerna med tolkning av resultaten och snabbt ge en återkoppling till personalgruppen som utför mätningarna.

– Definiera tillsammans med personalen vilka grupper, hur många patienter samt under vilken tidsperiod som mätningen skall pågå. Det är bra att bestämma sig för detta innan projektet börjar för att alla ska känna delaktighet och därmed vara motiverade att genomföra mätningarna.

– Tänk efter om *upprepade mätningar går att genomföra* på en enskild patient eller en grupp av patienter. Detta kräver att man tänker igenom rutiner och ansvar angående vilka patienter som skall göra fler mätningar.

Gör en enkel projektbeskrivning

- Gör en projektbeskrivning som på ett enkelt sätt beskriver följande:
 - **varför** hälsomätningen genomförs; t ex utvärdera en behandling
 - **vad** detta rent praktiskt innebär; t ex att patienten skall komma 15 minuter innan besök på mottagningen för att fylla i enkäten
 - **vem** som skall hålla i de praktiska detaljerna; t ex vem som skall instruera patienterna om hur man fyller i enkäten
 - **hur** sammanställning och tolkning av svaren skall genomföras; t ex vem skall sammanställa och presentera resultaten och i vilken form.

Hur förbereder man sig?

Innan man påbörjar ett projekt där man skall använda sig av SF-36 finns det en del grundläggande saker som kan vara bra att ha gjort först:

- Projektet skall registreras på sektionen för vårdforskning, Göteborgs universitet på www.hrql.se.
- På samma ställe kan man beställa en manual med normvärden
- Projektledaren måste ha viss kunskap om hur man tolkar resultaten.

Hur får man kunskap om tolkning av SF-36 mätningar.

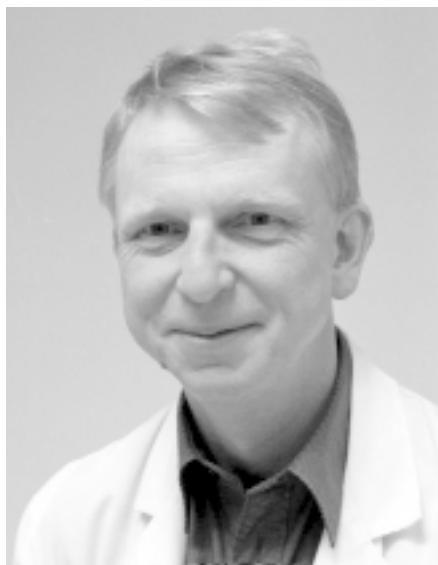
- < Genom att samla in data på en begränsad patientgrupp och gå igenom resultaten tillsammans med någon som har erfarenhet av SF-36-mätningar, t ex lokalt ansvariga för kvalitetsregister, (i flera av dessa register ingår numer SF-36 eller liknande instrument) eller forskare vid närliggande universitet/högskola.
- < Konsultation med sekretariatet som vid behov kan arrangera workshops eller andra former för kunskapsöverföring
- < Diskussion med andra medlemmar inom nätverket som gjort mätningar på liknande patientgrupper.
- < Läs om SF-36 tolkningar på HFS-nätverkets hemsida www.natverket-hfs.se, på www.hrql.se, i SF-36-manualen eller i tidskrifter (man kan söka på "Pub Med" kostnadsfritt).
- < Delta i gemensamt utvecklingsarbete i HFS-nätverket och där, tillsammans med kollegor i nätverket genomföra en studie för gemensam analys och tolkning.

- På vilket sätt skall data samlas in – pappersenkät eller via en datoriserad insamlingsmetod:
- Vem skall *mata in och sammanställa* resultaten om man använder sig av en pappersenkät? Kan kräva att man tar kontakt med en forsknings- och utvecklingsenhet inom landstinget.
- Har vårdenheten där man skall mäta SF-36 en dator med SF-36 inmatningsprogrammet som HFS tillhandahåller.
- Om inte, ta kontakt med prebe@ihs.liu.se för beställning och installation via sjukhusets IT-enhet.
- Sjukhusets IT-enhet kommer att utföra installationen och ge nödvändig support vid tekniska problem.
- Skall man använda sig av en pekskärm för att förenkla inmatningen?
- Finns pekskärm att tillgå? Kolla med inköpsenheten på sjukhuset vart man kan köpa eller hyra en skärm.
- Var skall pekskärmen stå på vård-enheten? Kan skärmen stå med eller utan uppsikt? Olika lösningar kräver olika tekniska anpassningar beroende på lokala IT-rutiner. Viktigt med sekretess och dator-datorsäkerhet som måste diskuteras i ett tidigt skede med den lokala IT-enhet.
- Var skall data lagras? Skall detta ske klinikvis och i så fall vem skall ha tillgång till materialet? Samma sekretessregler gäller som för all annan verksamhet inom landstinget? Diskutera med IT-enheten.
- Behövs tillstånd för att upprätta ett register? Kolla med landstingets enhet för detta.

Verksamhetsmål i Dorotea:

Ökad hälsorelaterad livskvalitet bland patienter i de stora sjukdomsgrupperna

– Ett av våra verksamhetsmål i Dorotea är ökad hälsorelaterad livskvalitet bland patienter i de stora sjukdomsgrupperna, berättar Anders Kadesjö, vårdcentralschef och distriktsläkare i Dorotea och Åsele sjukstuga.



Anders Kadesjö, vårdcentralschef i Dorotea och Åsele

Dessa sjukstugor tillhör Södra Lapplands hälso- och sjukvård i Västerbottens Läns Landsting och består av vårdcentraler med akutvårdsavdelning med ineliggande patienter.

– Ett sådant verksamhetsmål förutsätter att vi bedriver ett metodiskt mätande. Vi har inte kommit dit ännu, men har så här långt följt upp vissa grupper, fortsätter Anders. Dessa grupper är diabetespatienter, överviktiga, patienter med kronisk smärta och flyktingar från Sierra Leone.

Överviktigas självskattade hälsa

Man började mätningar hos överviktiga år 2001 och nådde då 60 personer, som också började delta i behandlingsinsatser. Insatserna bestod av fysisk träning i grupp och individuellt, samtalsgrupper i studie-cirkelform och föreläsningstillfällen.

Vid uppföljning år 2003 fanns det 36 aktiva kvar.

Vad fick man då ut av uppföljningen?

– Vi hade ett antal olika mått vilket visade

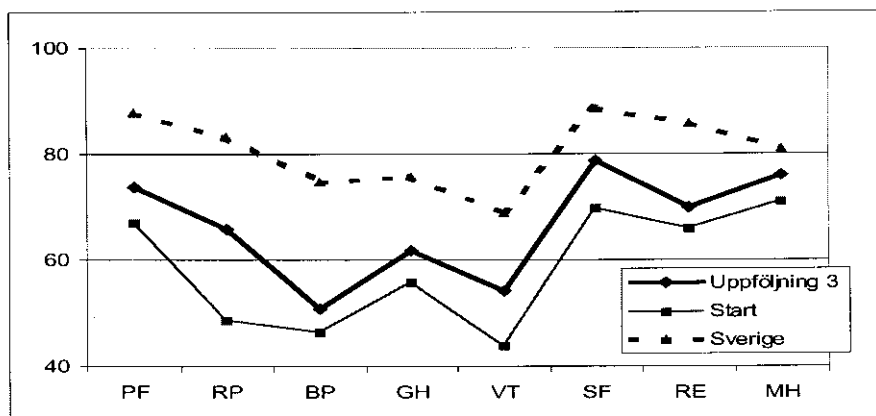
sig vara värdefullt. Hade vi haft enbart viktminskning som mått hade insatserna varit ganska misslyckade, säger Anders Kadesjö, och fortsätter:

– Vid mätning med SF 36 fångar man självskattad hälsa i åtta dimensioner, med både fysiska och psykiska aspekter, och uppföljningen visade förbättrad hälsorelaterad livskvalitet i alla åtta dimensionerna.

– Den fysiska aktiviteten ökade markant hos deltagare som deltog i hela programmet. Även upplevd stress minskade. Genom vår uppföljning bl.a. med SF 36 så har vi fått en god bild, dels av upplevd hälsa hos denna grupp, dels av upplevda hälsoeffekter av det genomförda programmet, menar Anders Kadesjö.

– Som verksamhetsuppföljning är detta värdefull kunskap.

SF 36: Hälsorelaterad livskvalitet hos grupp av överviktiga



SF 36, medelvärde för de 35 som besvarat enkäten mars 2003 jämfört med de värden de hade vid start juni 2001 och genomsnitt svenskar.

Fakta om SF-36 och dess åtta index

SF-36 är en enkät där svaren summeras i åtta index enligt följande:

PF (Fysisk funktion): 0 = Mycket begränsad fysisk aktivitetsnivå, inklusive ADL, som att tvätta och klä sig.

100 = kan utföra alla former av fysisk aktivitet, inkl. de mest ansträngande.

RP (Rollfunktion Fysisk): 0 = problem med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.

100 = inga problem att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.

BP (Smärta): 0 = mycket svår och i mycket hög grad handikappande värk/smärta.

100 = ingen värk/smärta och inga funktionsinskränkningar på grund av värk/smärta.

GH (Allmän Hälsa): 0 = Värderar sitt hälsotillstånd som dåligt och tror att hälsan kommer att bli sämre.

100 = värderar hälsan som utmärkt.

VT (Vitalitet): 0 = känner sig trött och utsliten hela tiden.

100 = känner sig riktigt pigg och energisk hela tiden.

SF (Social Funktion): 0 = omfattande ofta förekommande störningar av det normala umgängen i och utanför hemmet på grund av fysisk/psykisk ohälsa.

100 = upprätthåller det normala umgänget i och utanför hemmet utan störningar på grund av fysisk/psykisk ohälsa.

RE (Rollfunktion Emotionell): 0 = svårigheter med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.

100 = inga svårigheter med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.

MH (Psykiskt Välbefinnande):

0 = känner sig nervös och nedstämd hela tiden.

100 = känner sig harmonisk, lugn och glad hela tiden.

Åsele sjukstuga: Låg hälsorelaterad livskvalitet hos smärtpatienter

– Jämfört med en lika stor grupp diabetespatienter ser vi att patienter med kronisk smärta skattar sig betydligt lägre i alla parametrar.

Det konstaterar sjukgymnast Bodil Persson vid Åsele sjukstuga och fortsätter:

- Mätning med SF-36 visar att patienter med smärta inte upplever sig ha en god hälsa, och framför allt männen skattar sin hälsa som dålig i många avseenden.
- SF-36 är ett bra instrument för att åskådliggöra hälsans olika delar för patienten och utgör en bra grund att diskutera även vid läkarbesök, menar Bodil.



Bodil Persson, sjukgymnast, Åsele sjukstuga

I utveckling av vårdprocesser för patienter med kronisk benign smärta har Bodil Persson skaffat sig en uppfattning om patientgruppens omfattning och sammanfattar följande:

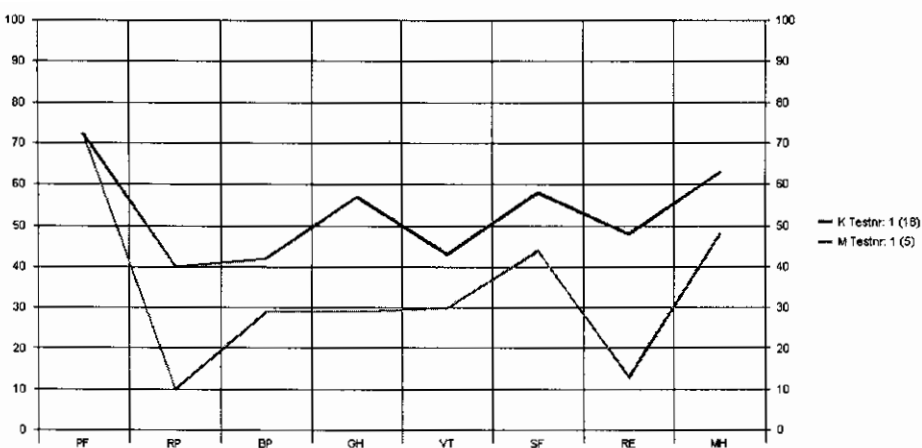
Kronisk smärta är en av de viktigaste faktorerna som får människor att söka vård hos läkare. 45,7 % av människor med kronisk värk söker läkarvård inom 3 månader mot 29,8 % av människor utan smärta.

Med stöd av bl.a. tydligt flödesschema, teamarbete där samtalsterapeut ingår, har man förbättrat verksamheten betydligt för smärtpatienter.

SF-36 i rutinverksamhet

- I arbetet med smärtpatienter har jag använt SF36 under en längre tid, och för 50 - 100 patienter.
- Vi har en pekskärm som gör användningen mycket enkel. Sedan använder jag det i mötet och samtal med patienter som ofta gått med långvarig smärta.
- När jag sedan använder det i samtalet blir det ofta en aha-upplevelse hos patienten, att se helheten i sin hälsosituation.
- Detta leder ofta till att patienten börjar reflektera över andra aspekter och dimensioner än den smärta man söker för.

Självrapporterad hälsa vid kronisk benign smärta, Åsele



Läkares självskattade hälsa

En undersökning av läkares hälsa genomfördes våren 1995. SF-36 sändes som insticksbilaga till Glaxo Wellcomes tidning q.s. i 14000 exemplar. Vid avslutad datainsamling hade 4125 enkätsvar inkommit, svarsfrekvens 29%. Undersökningspopulationen utgör ett brett urval med avseende på bakgrund och lämpar sig väl för analyser i undergrupper och meningsfulla jämförelser med den svenska normpopulationen för SF-36. Profiler av åtta skalor och fysisk respektive psykisk hälsodimension presenteras. Sammanfattningsvis noteras bl.a.:

att variationen inom de åtta hälsomåtten i SF-36 har samband med ålder och kön

att kvinnor rapporterar sämre hälsa men könsskillnader varierar med ålder och hälsoområde.

att öppenvårdsläkarna, framför allt kvinnorna, har en sämre hälsoprofil än kollegor inom sjukhusansluten vård

att könsdifferenserna kvarstår även vid uppdelning efter tjänsteställning

att överläkare rapporterar bättre hälsovärden, särskilt psykiskt, än andra specialistläkare och övriga läkare

att sämre hälsa indikeras för läkare inom allmänmedicinen jämfört med kollegor verksamma inom invärtesmedicin respektive opererande specialiteter. I jämförelse med svensk befolkningsnorm visas:

< klart bättre självskattad fysisk hälsa
< klart sämre självskattad psykisk hälsa, särskilt markant för kvinnliga läkare
< psykisk hälsa långt under nivån för både akademiskt utbildade och dem med enbart obligatorisk utbildning, särskilt markerat för kvinnliga läkare.

Studien genomfördes 1995 av: Marianne Sullivan, Jan Karlsson, Bo Franz, Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg samt Anna-Lena Nyth, Glaxo Wellcome, Göteborg.

Källa: Göteborgs Universitets hemsida: wwwhost.gu.se/hcresearch/frage/sf36.htm

Kramfors Sollefteå hälso- och sjukvård: Hälsotramp, hälsovinst för personalen

– Vi genomför just nu en friskvårds-satsning för personal inom vår organisation, då nära 600 personer bl.a. deltar i att besvara SF 36. Därefter erbjuds man att delta i vårt friskvårdsprogram och har möjlighet att delta i test igenom om ett år.

Det berättar hälsoplanerare Johannes Dock vid Utvecklingsenheten inom Kramfors Sollefteå hälso- och sjukvård, och fortsätter:

– Detta projekt är en fortsättning i större skala på ett redan genomfört och utvärderat projekt. Resultaten var så positiva att vi nu går vidare.



Hälsoplanerare Johannes Dock, Kramfors Sollefteå hälso- och sjukvård

Resultat av projekt genomfört 2001 - 2002

De som deltagit i båda testerna har både förbättrat sin kondition och upplever sin hälsa som bättre. Detta framgår av rapporten "Hälsotramp, hälsovinst för personalen". Anställda i Kramfors och Sollefteå inom har i projektet stimulerats till ökad fysisk aktivitet genom chansen att vinna en cykel. Kraven var att delta i två konditionstest med ett års mellanrum samt att besvara en hälsoenkät, SF-36.

Inom Landstinget Västernorrland har anställda möjlighet till en timme friskvård på arbetstid per vecka. På sjukhuset finns ett gym/ friskvårdslokal, Måsen, med två friskvårdsledare. Måsen är öppet dygnet runt.

Antal publicerade studier med kombinationen friska personer, SF-36 och fysisk aktivitet visade sig vara få.

Metod

Via informationsblad och personaltidning erbjöds samtliga anställda att delta i hälsotrampet. 21 cyklar inköptes och samtliga deltagare erbjöds att göra en intresseanmälan om lån av cykel under 1 års tid. Cyklarna användes som vinster efter test 2. Måsens personal skötte testen som antingen gjordes i Måsens lokaler eller lokalt på enheter som låg långt från Sollefteå sjukhus. Testet tog 20-30 minuter per grupp, och det var 5-8 personer i varje grupp.

Testdeltagarna besvarade hälsoenkäten SF-36, utrustades med pulsmätare och vilopulsen noterades. Sedan genomfördes ett steptest på en bräda med ställbar höjd.

Test 2 genomfördes på samma sätt som test 1.

Arbetspuls från test 1 och test 2 jämfördes med hjälp av ett beroende t-test. För de åtta index som SF-36 ger, gjordes också jämförelse mellan testtillfälle 1 och 2 med hjälp av beroende t-test.

Utbudet av aktiviteter som gym och styrketräning m.m. under året mellan testerna gällde som vanligt för alla anställda.

Deltagande och bortfall

Av ca 1200 anställda deltog 242 i test 1 och 161 i test 2. Det fanns vid båda testen deltagare från de flesta av landstingets förvaltningar inom Kramfors-Sollefteå-området. Från Hälsa och sjukvårdsförvaltningen deltog 213 personer av totalt ca 900 anställda.

Bortfallsanalys mellan testtillfälle 1 och 2 har gjorts med avseende på vilopuls, arbetspuls, SF-36 index, kön, ålder och möjligheten att välja testtillfälle. Fördelningen av antal deltagare mellan arbetsställena vid testtillfälle 1 och 2 jämfördes också.

Resultat

Det finns en signifikant sänkning av arbetspuls mellan test 1 och test 2 med ett 95% konfidensintervall på 8,48 - 13,32.

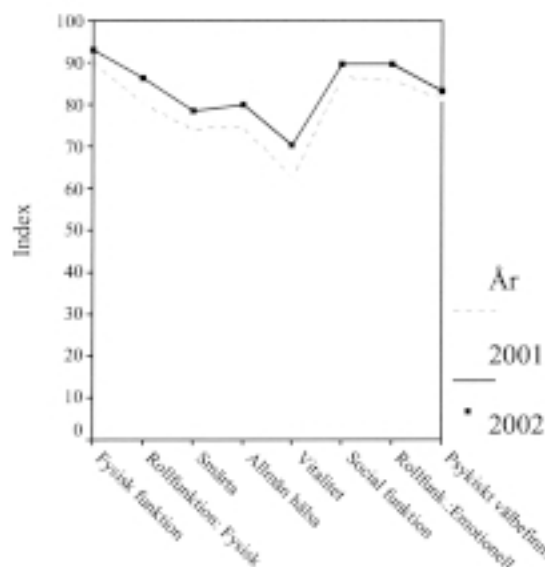
Fem av de åtta indexen i SF-36 visade en

signifikant höjning från testtillfälle 1 till 2 (95 % konfidensintervall).

Dessa var:

- * Fysisk funktion
- * Rollfunktion: Fysiska orsaker
- * Smärta
- * Allmän hälsa
- * Vitalitet

Figur nedan visar medelvärden för de olika hälsoindexen vid testtillfälle 1 och 2.



Figur 1: Medelvärde för de åtta olika SF-36 index vid

Bortfallsanalys

Vid testtillfälle 1 fanns ingen skillnad i vilopuls, arbetspuls, SF-36 index, kön, ålder för de som endast deltog i test 1 jämfört med de som deltog i båda testen. Det fanns ingen signifikant skillnad i fördelningen på arbetsställena mellan testtillfälle 1 och 2.

Det fanns en signifikant skillnad mellan de som endast deltog i test 1 jämfört med de som deltog i båda vad gäller möjligheten att välja testtillfälle.

Konklusion

De (161 av 242) som deltagit i båda testerna har förbättrat sin kondition och upplever sin hälsa som bättre, jämfört med test 1. Dessa personer har gjort en hälsovinst. Det tycks vara så att de som uteblivit från test 2 inte skiljer sig från de som deltagit i båda testerna på annat sätt än att de har haft färre testtillfällen att välja på.

Hälsoenkät SF-36 vid Centrum för Hälso- och sjukvårdsinformation, Sollefteå lasarett

I bottenplanet i Sollefteå lasarett finns Centrum för Hälso- och sjukvårdsinformation. Där samarbetar sjuksköterskor, bibliotekarier, apoteket och handikapporganisationer, för att hjälpa besökande med information. Till stöd finns det även uppslagsverk, tidskrifter och litteratur med anknytning till hälso- och sjukvård. Ytterligare information söks vida Internet och databaser.

Sjuksköterska Carina Hammarberg arbetar här och berättar:

– Vi har många besökare, både de som varit här på sjukvårdsbesök och anhöriga. I en pekskärm har vi SF-36 inlagt. Jag berättar om hälsoenkäten och att testet snabbt ger en grafisk bild av den självskattade hälsosituationen.

– Besökare som gör testet tycker att det är bra, det tydliggör deras hälsosituation. Den grafiska profilen som skapas av de åtta indexen i SF-36 skrivs omedelbart ut när man har besvarat enkäten på pekskärmen.



Carina Hammarberg, sjuksköterska och informatör

Många som varit på mottagningsbesök på sjukhuset har funderingar kring olika hälsofrågor och vill veta mer, berättar Carina.

– De frågar om rökslutarstöd, om kostfrågor och mycket annat.

– Detta gör dem kanske extra motiverade att på samma gång göra det här hälso-testet. Jag brukar föreslå dem att ta med hälsotestet nästa gång de ska på läkarbesök. För då kan de diskutera med doktorn ifall de ligger lågt på nåt index, som ett underlag att samtala kring.

Carina Hammarbergs erfarenheter av SF-36 har väckt fortsatta tankar:

– Jag tror att det här ska vara på varje vårdcentral. Jag tror att det här är nånting man skulle satsa på. Och då behöver det nog vara med stöd av pekskärmar med automatisk utskrift av resultatet. Och att det blir en stöd för patienten att lyfta fram sin hälsoupplevelse i mötet med läkare och annan vårdpersonal.

Programvaran som är installerad i pekskärmatorerna tillhandahålls av Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping till medlemmar inätverket. Detta program räknar om SF-36 frågorna till de åtta index som blir resultatet.

Hälsoenkät SF-36 bidrar i hälsosamtal i Kramfors/Sollefteå

Fyrtiofemåringar erbjuds hälsosamtal i Kramfors Sollefteå hälso- och sjukvård. Uppdraget är politiskt med syfte att minska insjuknande i hjärtinfarkt och stroke. Verksamheten är baserad på de positiva erfarenheterna i Landstinget i Jönköpings län och samtalen förs med stöd av Hälsokurvan utarbetad vid Habo vårdcentral.

Birgith Danielsson är sjuksköterska och genomför dessa hälsosamtal.

– Jag ber varje person att fylla i SF-36 när vi börjar hälsosamtalet. Vi har också andra enkäter, kring kost och andra områden av livsstil.

– Vid slutet av samtalet gå vi igenom SF-36. Jag förklarar innebörden i de åtta index som enkäten resulterar i, översätter till vanligt prat. SF-36-kurvan stämmer ofta väl med det samtal som vi har fört, och kan lätt kopplas till exempelvis sömnsvårigheter, berättar Birgith.

Hur brukar personerna reagera när de ser sina resultat av SF-36?

– Många säger: Tänk om jag kunnat få göra om det här om ett halvår, då kanske



Birgith Danielsson, sjuksköterska och aktiv med hälsosamtal

det skulle kunna se ut på ett annat sätt! Min kommentar brukar vara: Ja men det är väl så du kan fortsätta att tänka kring hur din hälsobild ser ut idag.

Kan hälsoenkäten ha ett värde utanför själva hälsosamtalet?

– Vissa jag möter har ju riskfaktorer som leder till läkarbesök, och då kan det ha ett värde att kanske göra SF-36 igen.

Tema mäta hälsa, forts. fr. sid 1:

Indikatorer för att följa verksamhetens utveckling har samma syfte. Indikatorer använder man i kemin för att få tecken på om något utvecklas som man vill. I nätverkets arbete med indikatorer har vi nu kommit så långt att vi har genomfört en första pilottest. Denna pilottest innebar att medlemssjukhusen försökte beskriva sin ordinarie verksamhet utifrån en lång rad dimensioner; i vad mån det förekommer sjukdomsförebyggande aktiviteter, hälsofrämjande insatser, om dessa sker på ett strukturerat sätt, i vad mån sjukhusorganisationen arbetar systematiskt för befolkningens hälsa, hur man arbetar för medarbetarnas hälsa och sist men inte minst i vad mån hälsoorienteringen är ett led i ordinarie ledningsstrategi.

Den första testen visar att vi har mycket kvar att lära och utveckla men visar också att det pågår mycket spännande arbete. I vårt fortsatta arbete kommer vi att vidareutveckla indikatorerna för att med hjälp av dessa få en bättre kunskap om hur vårt arbete fortskrider. Vi kommer också att, under detta år, lyfta fram en rad aktiviteter för att ge exempel på vad en hälsofrämjande sjukvårdsorganisation i praktiken innebär.

HFS-indikatorer prövade för första gången: HFS-verksamhetsuppföljning 2003

För första gången har svenska nätverket Hälsofrämjande Sjukhus genomfört en systematisk verksamhetsuppföljning av HFS-verksamheten för det gångna verksamhetsåret. Detta har skett med stöd av de arton indikatorer som nätverket processat fram under de senaste åren. En särskild genomlysning har också genomförts vad gäller det tobakspreventiva arbetet.

De arton indikatorerna har samma struktur som föreslås av Statens Folkhälsoinstitut för uppföljning av Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, ett av de elva målområdena i riksdagens folkhälsobeslut våren 2003.

Indikatorstruktur

Strukturen ser ut på följande sätt:

Mål 1: Främja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

Delmål 1 A: Utveckla sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården.

Delmål 1 B: Utveckla hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården.

Mål 2: Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

Delmål 2 A: Bidra genom aktiv kunskapsförmedling.

Delmål 2 B: Aktivt medverka i befolkningsinriktat hälsoarbete.

Mål 3: Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen

Mål 4: Använd hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

Ja - Delvis - Sporadiskt - Nej

De flesta indikatorer har besvarats med ett av fyra alternativ:

Ja = Aktiviteten bedrivs regelmässigt i mer än ca tre fjärdedelar av organisationens kliniker/motsvarande

Delvis = Aktiviteten förekommer/bedrivs regelmässigt i ca en fjärdedel - tre fjärdedelar av organisationens kliniker/motsvarande

Sporadiskt = Aktiviteten förekommer/bedrivs regelmässigt i mindre än en fjärdedel av organisationens kliniker/motsvarande

Nej = Aktiviteten bedrivs ej i organisationen

Resultat

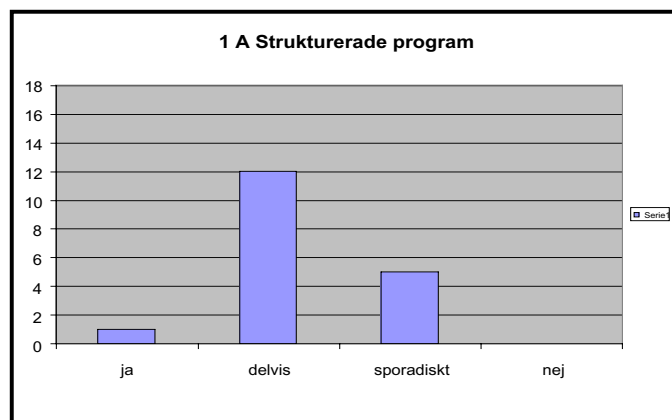
18 av 23 medlemsorganisationer har besvarat indikatorenkäten, vilket är en svarsfrekvens på 78 %. Nätverket har i denna första uppföljning ej formaliserat på vilket sätt informationsinhämtningen skulle genomföras inom organisationerna. Istället har varje organisation uppmanats att hämta in sin information på bästa sätt utifrån sina lokala förutsättningar. Dessa skiljer sig kraftigt, bl.a. beroende på organisationernas storlek. Formerna för informationsinhämtning har dokumenterats och blir en viktig del av kunskapen i nätverkets fortsatta lärande.

Preventiva program

Inom delmål 1 A har nätverket formulerat en indikator som lyder:

* Strukturerade preventiva program finns för berörda riskgrupper.

Resultatet av uppföljningen på denna indikator visas i diagrammet nedan:



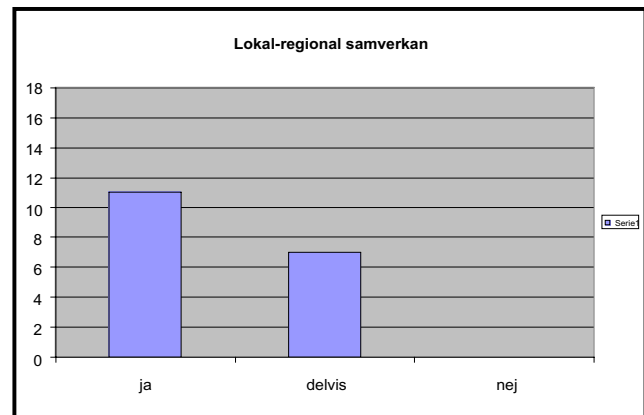
Med strukturerade preventiva program avses exv. organiserat rökslutarstöd, stöd mot riskbruk av alkohol, stöd för ökad fysisk aktivitet (såsom fysisk aktivitet på recept), kost- och viktgrupper m.m.

Diagrammet visar att de flesta har sådan verksamhet i delar av organisationen, dvs i 25 - 75 % av organisationens kliniker/motsvarande. Diagrammet gör det även tydligt att det finns utrymme för förbättringar.

Främja en jämlik hälsoutveckling

Inom delmålet 2 B: Aktivt medverka i befolkningsinriktat hälsoarbete har en indikator formulerats:

* Utveckla samverkansformer för folkhälsoarbete på lokal/regional nivå.



Resultatet framgår av diagrammet ovan. Exempel är hälsoundersökningar som erbjuds alla 40-, 50- och 60 åringar i Västerbotten. Andra exempel är kunskapsförmedling i t.ex skolor, till kommun, företag m.m..

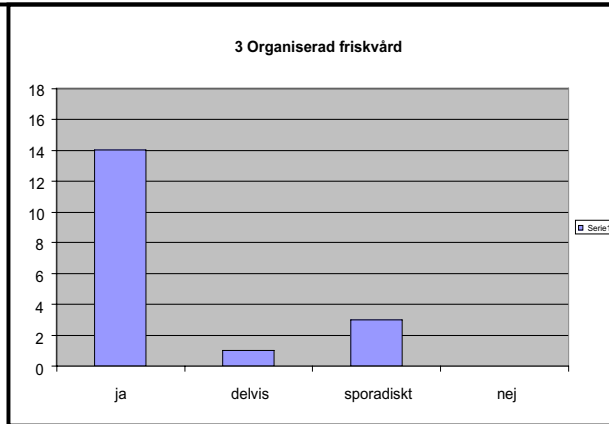
Öppna föreläsningar och samverkan med kommunerna utifrån skaderegistrering är också med.

Medarbetarperspektivet

Medarbetares hälsa fokuseras i delmål 3. I detta pilottest mäts detta perspektiv i fyra frågor. Fråga 1 efterfrågar dokumenterad plan för att skapa hälsofrämjande

arbetsplatser, med policy, mål, metoder, resurser och uppföljning. Svarsbilden är blandad, med ungefär lika många på alla fyra svarsalternativen.

En fråga har ställts ang. rökfria lokaler, vilket har besvarats med ja av nästan alla. Bedriver organisationerna ett systematiskt tobakspreventivt arbete? Denna fråga har besvarats ja/delvis av 14 svaren (av totalt 18). En fråga har även ställts vad gäller organiserad friskvård riktad till



medarbetare. Detta tycks ha etablerats i bred omfattning. Av kommentarer framgår att man här avser ett brett utbud av aktiviteter.

Hälsoorientering som strategi

Det fjärde och sista området fokuserar hur man arbetar med hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

Merparten av svarande organisationer anger att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategi finns i verksamhetsplan/motsvarande samt även att man bedrivit systematiska hälsofrämjande och

sjukdomsförebyggande insatser under året. Nära hälften utbildar och tränar systematiskt medarbetare inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och arbetssätt.

Pilottest att lära av

Presidiet hade en första diskussion om erfarenheterna av pilottestet vid möte 12 februari. Man var enig om att den kunskap som samlats påvisar vissa hu-vuddrag i organisationerna, utan att vara någon entydig sanning. I detta pilottest finns det stora variationerna ifråga om hur informationen har inhämtats inom deltagande organisationer.

Det har också under arbetets gång funnits en diskussion som kan illustreras med följande kommentar från en av de svarande organisationerna:

– Två centra har rökfri arbetstid. Det kan synas lite men ska jämföras med att det innefattar 1400 medarbetare. Undantag vad gäller rökfria lokaler är hospice och den slutna psykiatrin.

Nätverket värnar därför om en öppen dialog i denna läroprocess och lägger nu pilottestet som grund för sitt fortsatta utvecklingsarbete kring indikatorer.

Fyra aspekter att förbättra

Det finns behov att förbättra indikatorernas tydlighet på främst fyra punkter:

- * Genom att formalisera processen för hur respektive organisation hämtar in data. Detta är viktigt för att höja kvaliteten.
- * Genom att skärpa definitioner och exemplifieringar för respektive indikator.
- * Genom att nu värdera vilka indikatorer som kanske kan rensas bort.
- * Genom att diskutera vilka indikatorer som eventuellt ska tillföras.

Nätverkets indikatorarbete kommer att presenteras vid delseminarium på den 12:e internationella konferensen för Health Promoting Hospitals i Moskva i slutet av maj.

I september kommer vår diskussion att fortsätta vid det internat som presidium och processledare samlas till.

*Mats Hellstrand
Sekretariatet*

Det tobaksfria sjukhuset i genomlysning

I samband med prövningen i januari 2004 av nätverkets arton indikatorer besvarades också en enkät om det tobakspreventiva arbetet av 14 medlems-sjukhus.

Enkäten är en av nätverkets informella tobaksgrupp "försvenskad" version av den som utarbetats av European Network Smoke-free Hospitals. Den innehåller sju avdelningar enligt nedan med sammanlagt 28 indikatorer på ett "perfekt" tobaksfritt sjukhus. Svartalternativen (förutom uppgift saknas) är:

- stämmer ej, inte alls genomfört (0 poäng),
- genomfört till mindre än hälften (1 p),
- genomfört till mer än hälften (2 p) och
- stämmer helt, helt genomfört (3 p).

Här några exempel på resultat att glädjas respektive utmanas av:

1. **Policy.** Positivt är att på de flesta håll finns en politiskt beslutad policy som grund för arbetet (genomsnittspoäng 2,2). Däremot finns inte så ofta snusbruk med i policyn (0,9).

2. **Genomförande.** Plan finns ofta (2,2)

liksom person med uppgift att kontinuerligt arbeta med tobaksfrågan (2,4).

3. **Medarbetare.** Utrymme för förbättring tycks finnas när det gäller att konsekvent ta upp tobaksfrågan i anställningsintervjun (0,6), i utvecklingssamtalet (0,4) och i ledarskapsutvecklingen (0,4).

4. **Identifiering och avvänjningsstöd.** Här finns återigen en förbättringsmöjlighet: att systematiskt dokumentera patienternas tobaksvanor (1,2). Befintliga resurser för avvänjningsstöd bedömdes mer adekvata för personal (2,3) än för patienter (1,5).

5. **Tobaksförsäljning.** Några sjukhus har fortfarande inte avslutat sin tobaksförsäljning (2,1).

6. **Miljö.** Rökrum för personal är snart utrotade (2,7), för patienter finns fler kvar (2,1).

7. **Uppföljning.** Planer för regelbunden uppföljning kan tydligen bättras (1,3).

Tobaksgruppen diskuterade översiktligt enkäten och resultatet vid sitt möte den 15 mars. För att minska "tolkningsutrymmet" bör vi vid nästa tillfälle ha en guide om hur frågorna bör uppfattas. Förhållandena skiljer sig förstås åt mellan

olika delar av sjukhuset varför svaret rimligen bör komma från sjukhusledningsnivå – idealiskt torde vara att den som är tobaksansvarig inventerar tillståndet runtom i huset innan besvarandet.

I den rivning av sjukhusväggarna som pågår hos allt fler av nätverkets medlemmar blir det förstås viktigt att ange vilket "område" de framtida svaren avser. Med dessa metodologiska reservationer är det dock gruppens mening att enkäten utgör ett värdefullt instrument för att följa och sporra utvecklingen.

Vi vill ju gärna tro att nätverkets sjukhus har kommit lite längre än andra i sitt tobakspreventiva arbete... Jag fick i samband med en tobaksutbildning tillfälle att använda samma enkät på representanter från ett halvdussin sjukhus som inte tillhör nätverket. Med alla möjliga metodologiska reservationer ni kan komma på så kan jag bara konstatera att nätverkets sjukhus låg litet bättre till poängmässigt. Skönt va'? Och uppfordrande till fortsatt arbete.

*Göran Boëthius
Sekretariatet*

Akademiska sjukhuset:

SF-36 fyller ett verksamhetsbehov

På Akademiska sjukhuset är instrumentet SF-36 välkänt. Det används på många enheter och i forskning. Arbetssättet med pekskärm är dock nytt och har provats i ett pilotprojekt. De enheter som ingått har vanligtvis inkluderat patienter med vissa diagnosgrupper. Exempelvis på patientgrupper är reumatiker, patienter med KOL och CF samt patienter med korsbands-skada.

Vissa patienter och de flesta av personalen som utför hälsovinstmätningar har tillfrågats om användarvänlighet. Både personalen och patienterna tycker att SF-36 är lätt att ta sig in i och att genomföra testet. Testet upplevs även som snabbt att göra.

Både personal och patienter bedömde mestadels att instrumentet var relevant.

Dock hade patienter med knä-, ländrygg- och reumatiska problem svårigheter att bestämma hur de skall förhålla sig på tidsbestämning i vissa frågor. Dvs när det gäller att jämföra hur man har det nu jämfört med de sista fyra veckorna.

Patienterna tyckte inte att det borde frågas andra eller ytterligare frågor. Patienterna ansåg att det var roligare att fylla i enkäten med hjälp av datorn än att använda pappersformulär.

Verktyget används i olika syften vid enheter / kliniker. En del vill framför allt beskriva det psykosociala området för patientern. Andra vill utvärdera olika insatser. De flesta vill följa upp patienterna över tid. Pilotprojektet visar på att sf-36 via pekskärm fyller ett behov i den kliniska verksamheten. Idag finns även

önskemål från beställarna, såväl för C-läns vård som regionvård, att det används någon form av instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet.

Erfarenheter från pilotprojektet leder nu vidare till diskussion om utökad tillgänglighet av SF-36.

Kerstin Troedsson, processledare

Nyantagen hälsoplan i Landstinget i Uppsala Län

”Det är naturligt att landstinget tar initiativ och agerar motor i såväl det hälsofrämjande som det sjukdomsförebyggande arbetet. Investeringar i form av folkhälsoinsatser, som bidrar till att länsinvånarna förblir friska och mår väl, är i linje med det som står skrivet i landstingsplanen år 2004-2006 angående hushållning med resurser.”

Så inleds den nya hälsoplanen i Landstinget i Uppsala län. Syftet anges i sex punkter:

- Stödja den redan pågående positiva utvecklingen av folkhälsoarbetet i landstinget
- Skapa strukturerade system av insatser
- Ge förutsättningar för ett långsiktigt och uthålligt folkhälsoarbete
- Ge underlag för beslut och prioriteringar
- Rikta insatserna till den del i befolkningen eller de geografiska områden som är i störst behov av dem.
- Klargöra och förtydliga landstingets roll inom folkhälsoarbetet

Den gäller för åren 2004 - 2008 och tar ett samlande grepp över det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Landstingets verksamhetsidé

För landstingets roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet finns en verksamhetsidé formulerad. Den lyder: ”Med ett hälsoorienterat arbetssätt skall landstinget genom sin specifika kompetens verka för att stärka länsinvånarnas egna förutsättningar för och möjlighet till en bättre livskvalitet”.

Planens funktion är att bidra till ledning, styrning och samordning på olika nivåer i verksamheterna och i samhället. Det är mycket betydelsefullt att insatserna integreras i verksamheternas vardagsarbete, detta ska ske på samtliga nivåer i organisationen. Vidare är det viktigt, säger man, att tydliggöra arbets- och rollfördelning mellan de olika aktörerna som finns inom folkhälsoområdet.

Man konstaterar att det sjukdomsförebyggande arbetet finns nu på dagordningen i betydligt högre utsträckning än tidigare. Bland annat ingår Akademiska

sjukhuset och Lasarettet i Enköping i nätverket för hälsofrämjande sjukhus.

Ingen hyllvärmare!

I arbetsprocessen för framtagandet av en plan för landstingets folkhälsoarbete var ambitionen att det skulle bli bred delaktighet från förvaltningarna så att verksamheterna känner igen sig i planen när den är färdig. Det fanns också en efterfrågan på en plan med konkreta och mätbara mål så att planen blir ett användbart verktyg i verksamhetsplaneringen.

Detta bekräftar även Kerstin Troedsson, processledare för Hälsofrämjande Sjukhusverksamheten inom Akademiska Sjukhuset:

– Den här planen har arbetats fram i en bred process och ska bli ett underlag i verksamhetsutvecklingen. Vi, som många andra, har ett behov av att utveckla vårt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Grundstenar i det arbetet är struktur, ledning och styrning vilket planen kan bidra med.

Faktaruta:

Vem kan hjälpa till med vad beträffande datoriserade hälsovinstmätningar?

Installation av SF-36 datorprogrammet

– lokala IT enhet efter samråd med sekretariatet i samband med att programmet införskaffas. Teknisk manual följer programmet och telefon support ges i samband med installation

Datorsäkerhets aspekter

– lokala IT enhet. Lokala regler måste följas.

Lagring av data

- lokala IT enhet. Lokala regler måste följas
- lokala PUL ansvariga inom landstinget

Inköp av pekskärm

- lokala inköpsavdelning
- sekretariatet kan tipsa om bra skärmar

Driftstörningar i programmet

- lokala IT enhet som vid behov kan kontakta sekretariatet om problemen inte kan åtgärdas.

Vidareutveckling av programmet

- kan beslutas på presidiummöten eftersom all vidareutveckling måste vara ett gemensamt beslut då ingen ändringar är upp-handlade och innebär en gemensam kostnad.

Preben Bendtsen

12th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH)

Den 12:e internationella konferensen för Health Promoting Hospitals äger rum i Moskva 26 - 28 maj 2004. Konferensens tema är: Investing in health for the future: Positioning health promotion in health care provision & supporting effective implementation. Konferensen genomförs i ett skede där utvidgningen av den europeiska unionen skapar utmaningar och möjligheter vad gäller hälsoutvecklingen i Europa. Det hälsofrämjande konceptet med erfarenheter via diverse nätverk skapar möjligheter. Förbättrade strategier i kvalitetsutveckling av HPH stärker den organisatorisk implementering, aspekter som konferensen fokuserar.

Föreläsning vid processledarmöte 16 mars:

Sjukdomens mening - det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik

I sin föreläsning över boken börjar Fredrik med en snabb exposé över medicinhistorien de senaste 200 åren, då medicin och naturvetenskap började gå hand i hand, bort från subjektiviteten mot den ”eftersträvansvärda” objektiviteten.

Fredrik Svenaeus är medicinsk filosof och arbetar som docent vid Södertörns högskola och forskare vid Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings Universitet.

I sin bok, avsedd att användas i läkar- och annan vårdutbildning, ger han, med många praktiska exempel från kliniken, en teoretisk bakgrund till att se medicin som en tolkningslära (hermeneutik), utgående från en upplevelsebaserad (fenomeno-logisk) analys av sjukdom.

Kombinationen av medicin och naturvetenskap kan i många stycken ses som en framgångssaga. Samtidigt pekar Fredrik på vissa nackdelar, som att ”läkekonsten” riskerar förloras, eller sjukvårdens svårighet att handskas med kroniska sjukdomar och sjukdomar där biologiska avvikelser saknas, tex fibromyalgi. För att möta bredden av ohälsa har nya professioner växt fram i sjukvården, tex sjuksköterska, psykolog och sjukgymnast. På senare tid kan man även se en ökning av intresset för medicinens humaniora (som inte längre bara ses som ointressant, ”ovetenskaplig” metafysik).



Fredrik Svenaeus, medicinsk filosof

Utgångspunkten för boken är att sjukdom är ett flerdimensionellt fenomen. Tre dimensioner urskiljs:

- * biologisk fysiologisk,
- * upplevelsebaserad fenomenologisk och
- * språklig kulturell

Alla dessa dimensioner måste utnyttjas vid tolkandet av patientens livssituation. Denne måste mötas både som lidande människa i den omkringliggande kulturen och som ett stycke biologi i olag, men ska läkaren/vårdaren ”vara human utöver att vara en god biolog”, eller ska patientens upplevelse ha grundläggande betydelse

för att senare kopplas till biologi?

Centralt i boken är idén om sjukdom som hemlöshet, kontra hälsa som hemmahörande (sjukdom är dock inte det enda hemlösa sättet att befinna sig i världen). ”Vår förståelse av världen är stämd som hemlös i sjukdomen – meningslöshet, smärta, svaghet, illamående, trötthet – världen gör motstånd i våra försök att bebo den på ett hemmastätt sätt.”

Sett ur denna synvinkel blir den hälsofrämjande hälso- och sjukvårdens uppgift att, när det inte går att bota patienten, försöka få patienten att bli hemmastadd i sitt liv trots sjukdom.

Det är spännande att få ta del av en filosofers sätt att se på mötet mellan vårdgivare och patient, även om språkbruket emellanåt blir ett annat än det vi är vana vid. Utan tvekan lyckas dock Fredrik förmedla ett viktigt budskap, som stämmer väl överens med HFS, nämligen behovet av att ta hänsyn till varje patients egen upplevelse av sin hälsa och unika situation.

Evalill Nilsson

Boken heter:

Sjukdomens mening - det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik
Författare: Fredrik Svenaeus
Förlag: Natur och Kultur 2003

Spännande dansk DRG-modell

Denna artikel bygger på en artikel publicerad av Vibeke Thygesen och Hanne Tønnesen, Kliniska Enheten för Sjukdomsförebyggande, Bisbebjerg Hospital, publicerad i danska HFS-nätverkets nyhetsbrev Förebyggande Sygehuse, Januari 2004. Artikeln i original, och hela nyhetsbrevet, kan läsas som pdf-fil på nätverkets hemsida: www.forebyggendesygehuse.dk

En modell för att hantera förebyggande och rehabilitering i sjukhusens DRG-system har utarbetats inom det danska HFS-nätverket. Förslaget är utarbetat i form av s.k. SKS-koder (Sygehusvaesnets Klassifikations System).

Inom det danska HFS-nätverket arbetar man inom olika arbetsgrupper (eller intressegrupper som man kallar det). Intressegruppen för DRG (Diagnosis Related Groups) och förebyggande har nu tagit fram en modell som presenteras i det danska HFS-nätverkets nyhetsbrev Förebyggande Sygehuse från Januari 2004. DRG-systemet bygger på SKS-koder och i modellen har det varit nödvändigt att beskriva några överordnade SKS-koder för dokumentation och synliggörande av förebyggande och rehabiliterande insatser.

Kodade insatser som kan bli ersättningsgrundande

De kodade insatserna innefattar en motiverande del (förebyggandesamtalen), den egentliga interventionen (t.ex. rökstopp och fysisk aktivitet) och ett integrerat program för rehabilitering.

Koderna är:

- * överskådliga till antalet, enkla och kliniskt meningsfulla
- * lätta att inpassa i det aktuella SKS-systemet
- * lätta att koppla till andra koder, t.ex. diagnoskoder och operationskoder
- * lätta att anpassa till ett händelseförlopp i DRG-systemet

Arbetsgruppen menar att modellen inte bara lever upp till att synliggöra de förebyggande aktiviteterna. Genom kopplingen till SKS-koder i DRG-systemet kan aktiviteterna också ersättas.

Nu förestår ett pilottest på kliniker inom sjukhus i nätverket

Akademiska sjukhuset genomför 10:e nationella konferensen med Hälsofrämjande sjukhus i samverkan med Landstingsförbundet och Socialstyrelsen - perspektivbyte - hälsoorientering som strategi för hälso- och sjukvården

"En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård"
för
*Patienter
*Personal
*Samhälle

Uppsala 6 - 8 april 2005

Kerstin.Troedsson@akademiska.se

Förslag till SKS-KODER

Förebyggandesamtal/motivation

om tobak	FS01
om alkohol	FS02
om kost	FS03
om fysisk aktivitet	FS04
om psykosociala förhållanden	FS05
med flera inslag	FS08
ospecificerat	FS09

Intervention

tobak	FI01
alkohol	FI02
kost	FI03
fysisk aktivitet	FI04
psykosociala förh.	FI05
medicinsk optimering	FI06
patientundervisn.	FI07

Integrerat rehab/spec. förebyggande

integrerade rehabprogram	FR01
ospecificerat	FR09

Från redaktionen

Detta nummer av Främja Hälsa är det första under året 2004. Vi hoppas att det inspirerar till tankar, diskussioner och aktiviteter kring hälsovinstmätning, synliggörande av hälsofrämjande och förebyggande verksamhet och givetvis fortsatt starkt intresse för det spännande som pågår i nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus. Vi återkommer i oktober med nästa nyhetsbrev, som bl.a. kommer att rapportera från den 12:e internationella konferensen för Hälsofrämjande Sjukhus som äger rum i Moskva. Från vårt nätverk hålls olika presentationer. Men innan dess önskar vi våra läsare en riktigt skön och hälsofrämjande sommar!

Mats Hellstrand Margareta Kristenson

Denna publikation har beteckning:
ISSN 1402 - 4187