

Främja Hälsa

NYHETSREVIJ FÖR SVENSKA NÄTVERKET *HÄLSOFRÄMJANDE SJUKHUS* • NR 3 dec 2003

Temanummer:

Nätverkets 9:e nationella konferens genomförd

Den 14 - 15 oktober genomfördes årets nationella konferens i nätverket **Hälsofrämjande Sjukhus**. Ca tvåhundra personer samlades på Storsjöteatern i Östersund.

Vid konferensen fick deltagarna lyssna till spännande föreläsningar. En del av dessa refereras i detta nyhetsbrev. Under båda dagarna genomfördes mindre seminarier, där deltagare hade möjlighet till fördjupade diskussioner.

Landstingsförbundet var representerat av Margareta Persson, Socialstyrelsen av Ingrid Ström och Statens Folkhälsoinstitut av Susanne Öhrling.

Konferensen blev en kraftsamling och nätverksmedlemmarna tar med sig fördjupade kunskaper och inspiration i utvecklingsarbetet för hälsoorientering inom vården.

Detta nummer av nyhetsbrevet är ett temanummer där du kan ta del av mycket från årets nationella konferens. Årets tema var livsstil och hälsa, vilket återspeglades även i förra numret av nyhetsbrevet.

Mer information finns inlagt på hemsidan: www.natverket-HFS.se



Landstingsråd Robert Uitto, Jämtlands läns landsting, och Margareta Persson, Landstingsförbundet, medverkade vid nätverkets 9:e nationella konferens

Ny medlem I:

Sundsvall/Härnösands sjukhus

Sundsvall/Härnösands sjukhus hälsas varmt välkommet in i nätverket. Sjukhusvården ingår i Härnösand-Medelpads hälso- och sjukvård och har drygt 600 vårdplatser. "En hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och sjukvården höjer vårdens kvalitet" säger man.

Läs mer på sid. 10.

Ny medlem II:

Lasarettet Trelleborg

Lasarettet Trelleborg hälsas varmt välkommet in i nätverket. Lasarettets verksamhet omfattar 11 olika medicinska specialiteter med mottagningar samt drygt etthundra somatiska vårdplatser, förutom stroke-reumaplats och psykiatriska slutenvårdsplatser.

Lasarettets verksamhetsidé genomsyras av det hälsofrämjande synsättet.

Läs mer på sid. 11.



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

Hälsofrämjande och sjukdoms...	s. 2
Vad kan sjukhuset göra...	s. 3
Bristande stöd...	s. 4
Hälsoinst...	s. 5
Hur få igång processen...	s. 6
Patientempowerment	s. 7
Tiden och hälsa	s. 8
Livsstilsläkemedel Sundsvall/Härnösand	s. 10
Lasarettet Trelleborg	s. 11
Parallella sem.	s. 12

Öppningsanförande: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete - är det samma sak?



Margareta Kristenson, Nationell koordinator

Margareta Kristenson

Vårt nätverk heter nätverket för Hälsofrämjande Sjukhus. När vi diskuterar våra insatser, särskilt den här konferensen som är fokuserad på livsstilsfrågor, talar vi ofta om sjukdomsförebyggande arbete. Generellt i våra diskussioner och i diskussioner kring folkhälsofrågor används ofta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande parallellt och ofta utan att man gör någon tydlig distinktion mellan begreppen. Om begreppen uttrycker samma sak är det ju onödigt att använda två begrepp. Det skulle då vara klokare och effektivare att välja det ena eller det andra. Alternativt beskriver de olika saker och i så fall behöver vi vara tydligare med att det faktiskt inte är samma sak.

WHO's definition

Ett sätt att hantera frågan är att studera hälsobegreppet och vad det innehåller. Om man tittar på WHO:s hälsodefinition från 1945 kan man se att den innehåller två dimensioner; den ena är "inte bara frånvaro av sjukdom"; den andra är "ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande". I den första dimensionen, den sjukdomsspecifika dimensionen, finns också det specifika sjukdomsförebyggande arbetet. Detta handlar om att förebygga enskilda väldefinierade sjukdomar t ex hjärtinfarkt, allergi, benskörhet med mera och göra det utifrån en medicinsk kunskap om sjukdomars orsak-

er. Vi vet t ex att rökning påverkar risken för hjärtinfarkt. Rökning är en viktig riskfaktor när det gäller både hjärtinfarkt, lungcancer, allergi och benskörhet, d v s det finns en rad specifika riskfaktorer som är av betydelse för enskilda sjukdomar. Exempel på skyddande faktorer mot cancer är intag av frukt och grönsaker och ökad fysisk aktivitet

Lyckligtvis är det så att flera av dessa levnadsvanor har betydelse för en rad sjukdomar och det finns i stort sett ingen livsstilsfaktor som är bra för en sjukdom och dålig för en annan. D v s det är inte bra för någon sjukdom att röka.

Sjukdomsprevention

Det är i det sjukdomspreventiva arbetet som vi särskilt tydligt talar om primär, sekundär och tertiär prevention. Detta utifrån att den primära preventionen avser att förhindra nyinsjuknande, den sekundära preventionen avser att förhindra återinsjuknande medan den tertiära preventionen skall förhindra komplikationer av sjukdomen och egentligen är ett annat ord för sjukdomsbehandling. Sjukdomspreventionen avser således väldigt ofta att påverka levnadsvanor såsom rökvanor, fysisk aktivitet, intag av frukt och grönsaker, d v s att få människor att ändra levnadsvanor och sitt dagliga beteende för att längre fram slippa specifik sjukdom.

Detta kräver två slags kunskaper; den ena kunskapen är vilka riskfaktorer man behöver påverka och denna kunskap är specifikt medicinsk. Den andra kunskapen är hur man påverkar dessa faktorer. Den kunskapen är beteendevetenskaplig.

Vad är då hälsofrämjande?

Går man till litteraturen upptäcker man att hälsofrämjande beskrivs med många olika förtecken. Hälsofrämjande används ofta som ett paraplybegrepp som innefattar både befolkningsinriktade insatser, arenaperspektiv men också empowermentstrategier, hälsopedagogik och tekniker för att påverka beteende. Ett annat sätt att definiera hälsofrämjande finner man i Ottawa-manifestet som dis-

kuterar hälsofrämjandet som "den process som ger individen möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den".

Om man granskar hälsobegreppet och funderar på vad det innebär att främja hälsa så skulle man kunna komma fram till en annan definition, nämligen att det utöver att förebygga sjukdom också handlar om att främja individens egen upplevda hälsa och hälsorelaterad livskvalitet, d v s att främja det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet och funktionsförmågan. D v s att stödja individens förmåga att hantera sitt eget liv.

Det som skapar hälsa

Det är denna form av formulering av hälsofrämjande som Antonovsky diskuterar i sina teorier om salutogenes, d v s det som skapar hälsa till skillnad från det som skapar sjukdom. I sitt arbete om salutogenes diskuterar Antonovsky de faktorer som hjälpte individerna att hantera dagliga stressorer. Han uttrycker det i termer av en ny paradigm inom stressforskning och han kom fram till begreppet "känsla av sammanhang" som sammanfattade det som karakteriserar hälsofrämjande resurser. Inom dessa definierade han termerna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet som betydelsefulla faktorer. Dessa ligger mycket nära grundläggande psykologiska faktorer som rör de resurser som skyddar mot stress, t ex copingförmåga men också hopp, framtidstro, tillit och trygghet.

Hälsofrämjande insatser skulle alltså kunna definieras såsom de insatser som hjälper människor att hantera sitt liv, faktorer som handlar om social gemenskap, trygghet, tillit, kraft, egenmakt, som skyddar mot och hjälper till att hantera ångest, oro och ensamhet.

Hälsofrämjande i alla skeden

En av de viktigaste sakerna att komma ihåg i det hälsofrämjande sjukhuset är att hälsofrämjande insatser är betydelsefulla

forts. fr. sid. 2

i hela hälso- och sjukvårdssystemet. De hälsofrämjande insatserna att stödja, lindra, trösta, värna egenmakt och autonomi och integritet är särskilt viktiga kanske i terminalvården, både för den sjuke själv och för hans/hennes anhöriga. De är betydelsefulla i anslutning till operation där vi vet att den som är trygg har en bättre prognos och färre komplikationer till sin operation än den som är rädd. De är betydelsefulla i arbetet på vårdavdelningen, i bemötandet vid mottagningsbesöket men de är också betydelsefulla i det sjukdomsförebyggande arbetet.

Det sjukdomsförebyggande arbetet måste ske i ett hälsofrämjande perspektiv därför att det är detta som skapar förutsättningar för en effektiv prevention. Det är när individen är delaktig, har trygghet, fram-

tidstro, känsla av kraft och egenmakt som det är möjligt att sluta röka, att ha ett sunt förhållande till matvanor och alkohol som det känns meningsfullt och motiverat att öka sin fysiska aktivitet. Det är också ett hälsofrämjande förhållningssätt som är vägen att förhindra biverkningar av preventiva insatser. De finns, i vår iver att förebygga sjukdom, alltid en fara att vi handlar paternalistiskt och därmed kan kränka och skada individer. Att säga till föräldrar att "städa så att det blir rent – annars kan ditt barn bli allergiskt" kan vara en sådan handling.

Vem har ansvar ?

I det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet finns olika aktörer med delvis olika roller. I det sjukdomsförebyggande arbetet har professionen ansvaret för att identifiera de specifika

riskfaktorerna. I det hälsofrämjande arbetet finns ett delat ansvar och professionens uppgift är att stödja individen i sitt arbete för en bättre hälsa. Det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet behöver både konst och vetenskap för att lyckas. Vi behöver i båda sammanhangen en vetenskaplig grund för att känna till riskfaktorer men också för att identifiera resurser som skapar hälsa. Kunskapsutvecklingen har varit starkare när det gäller kunskap om sjukdomars orsaker och behandling än vad gäller hur man förebygger sjukdom och främjar hälsa. I det senare finns också en konst, konsten att tillämpa det hälsofrämjande förhållningssättet. Denna konst kräver erfarenhet, träning och finns ibland i vården som "tyst kunskap", en kunskap som vi måste lyfta fram, belysa och värdera på ett annat sätt än vad vi hittills gjort.

Margareta Persson, Landstingsförbundet: Vad kan sjukhuset göra för att stödja och underlätta hälsosamma livssituationer?

"Spara inte på min hemhjälp - spara hellre på min medicin". Margareta Persson, enhetschef Landstingsförbundet i Stockholm, belyste med detta citat av Kerstin Thorwall hur viktigt det är att ta hänsyn till sociala och andra vardagliga villkor i bedömningen av sjukvårdande insatser.

Detta är ett referat av Margareta Perssons anförande vid Östersundskonferensen.

Hälso- och sjukvården bör sträva efter ett helhetsperspektiv på varför vissa blir sjuka och andra förblir friska. Man måste förstå den totala bakgrunden till hälsa och inte bara se på levnadsvanor som exempelvis tobak för att kunna främja hälsa. Det handlar med andra ord om att man måste vara omvärldskunnig vad gäller individers totala livssituation.

Ta hänsyn till alla faktorer

Hälsans bestämningsfaktorer innefattar även kulturens och samhällets påverkan, det sociala stödet, och självbilden. Om man tror på sig själv och sin framtid har man lättare att bestämma sig för förändring. "är man ensam blir man sjuk även om man äter morötter".

Hälso- och sjukvården måste ta hänsyn till all kunskap om de olika faktorer som

förbättrar hälsan om de medicinska åtgärderna ska ha effekt. Jag tänker då främst på psykosociala faktorer inlytande på sjukdomars uppkomst och hälsans bevarande. Friskfaktorer är i högre utsträckning närvarande hos socialt gynnade grupper medan riskfaktorer har en större närvaro hos socialt missgynnade grupper.

Gruppmetodik

Levnadsvanor bottnar med andra ord i sociala olikheter! Här är det viktigt att använda sig av kollektiva metoder såsom arbetsgruppen för att utöva inflytande på de sociala villkoren. Man bör arbeta utifrån de sociala bakgrundsfaktorerna och inte ha för stora ambitioner från början, "sikta inte på trädtopparna utan först på de lägsta grenarna och klättra sedan sakta uppåt".

Hälso- och sjukvården bör beakta att kropp och själ hör ihop, man blir inte frisk förrän det sociala livet förbättras! Man ska även använda gemenskapen i patientföreningarna som ger värdefull grupp-gemenskap.

Satsa på det friska i stället för att fokusera på det sjuka. Vi ska vara medvetna om hur vi ibland använder det sjuka när vi sorterar människor i grupper, som när vi exempelvis säger "där går en diabetiker". En god förebild är FYSS "fysisk aktivitet

på recept" som är ett resultat av samarbete mellan många professioner och institutioner.

Koppla folkhälsofrågor och läkemedelsfrågor!

Jag vill även lyfta fram andra terapiformer än läkemedel. Vi ska se upp med massanvändning av läkemedel. Vad händer om man massmedicinerar många människor? Vi vet för lite om effekterna av detta, använd istället alternativen! Här har läkemedelskommittéerna ett stort ansvar. På Landstingsförbundet jobbar vi med att koppla ihop folkhälsofrågor med läkemedelsfrågor vilket vi anser vara mycket angeläget för hälso- och sjukvården just nu.

Särskild satsning på målområde 6

Vi kommer nästa år att göra en särskild satsning på målområde sex i folkhälso-propositionen och arbeta fram modeller för hur hälsobokslut kan se ut.

Ett hälsobokslut ska förutom ekonomisk redovisning även redovisa hälsoeffekter och vi utreder möjligheten att vårdavtal med alla vårdgivare ska inbegripa livsstil i alla patientkontakter.

Vårt syfte är att implementera det hälsofrämjande synsättet i sjukvårdens kärna.

Bristande stöd till den enskildes hälsoresurser bidrar till vårdens kris



Jan Lisspers, docent i hälsopsykologi

Jan Lisspers, docent i hälsopsykologi, Mitthögskolan Östersund och Karolinska Institutet Stockholm, föreläste under konferensen över frågan "Hur motiverar vi människor att ändra beteende?" Texten i denna artikel är ett referat av föreläsningen.

– Varför gör inte folk som man säger? Vi pratar alldeles för mycket och gör alldeles för lite!

Jan Lisspers, docent i hälsopsykologi inom Forskningsgruppen för beteendemedicin och hälsopsykologi vid Institutionen för samhällsvetenskap, Mitthögskolan Campus Östersund, betonar att förändring av livsstil faktiskt är svårare än vad man kanske skulle kunna förvänta sig.

En lång rad av forskningsresultat har visat på svårigheterna med beteendeförändring och framförallt har vidmakthållandet av uppnådda förändringar över lång tid visat sig utgöra ett betydande problem. Utmaningen, framhöll Jan L., ligger i att utifrån den kunskap som forskningen ger lära oss att förstå hur vi ska arbeta för att hjälpa människor att bejaka en mer hälsosam livsstil. Med livsstil menar vi vanemässiga vardagsbeteenden som t. ex. tobaksvanor, kostvanor, motionsvanor och vanemässiga stressbeteenden.

– Det är klart att denna typ av livsstilsbeteenden spelar en mycket stor roll för uppkomst av sjuklighet eller för bibehållande av hälsa. Krisen i vården är egentligen inte ekonomisk, det är snarare

så att konsekvenserna av krisen i vården är påtagligt ekonomiska, sade Jan L.

Systemfel orsakar effektivitetsförluster

Huvudproblemet i hälso- och sjukvården är ett grundläggande systemfel då det ges alltför lite stöd för individens eget ansvar, för nödvändiga beteendeförändringar och därmed för möjligheterna att påverka sin egen hälsa, menar Jan L.. Detta leder till en ond cirkel med ineffektiv primärprevention, som ger ökade vårdkostnader, en effektivitetssänkning av den vård och medicinska behandling som sättes in vilket ger ökade kostnader i vård- och socialförsäkringssystemen. Därtill medför brist på eller ineffektiv rehabilitering och sekundärprevention både ökade vård- och socialförsäkringskostnader. Denna negativa spiral genererar successivt allt större belastningar i de begränsade resurserna.

Kompetens i arbetet med livsstilsbetingade ohälsa

Vi måste ta mycket mer hänsyn till de olika faktorer som påverkar hälsan. Dessa utgörs väsentligen också av beteendemässiga livsstilsfaktorer samt icke-medicinska sjukdomsfaktorer, vilket ökar kravet på psykologisk och annan beteendevetenskaplig kompetens inom all hälso- och sjukvård.

– Ett talande exempel är uppkomsten av kranskärslsjukdom, som varit föremål för huvuddelen av min forskning, berättade Jan L..

– Grunden för uppkomst av kranskärslsjukdom läggs redan tidigt i tonåren och är nära kopplad till livsstilsbeteenden. Kända riskfaktorer är tobak, alkohol, stress, kost, motion, brist på socialt stöd, Typ-A beteende, depression, högt blodtryck och övervikt. De flesta av dessa riskfaktorer ingår i den vardagliga livsstilen och omfattas inte bara av miljön inom arbetslivet.

Denna bild går att överföra till andra sjukdomars uppkomst. Långtidseffekter av livsstilsförändring för personer som genomgått PTCA-behandling (vidgning av kranskärl vid förträngning) har tydligt visat att man kan bromsa framåtskridandet av den kärllförändring som orsakar hjärt-

kärtsjukdom genom livsstilsförändringar. Därav kan man dra slutsatsen att ett primärt mål både vid primär- eller sekundärprevention av hjärt-kärtsjukdom är att förändra livsstil och behålla den nya livsstilen över lång tid.

Livsstilsförändring har alltså inte bara stor betydelse för vår aktuella hälsa utan har kanske framförallt en positiv inverkan på den framtida hälsan. De förändringar som behövs verkar, som tur är, vara relativt enkla och vardagliga.

– Utifrån erfarenheten att det är svårt att ändra livsstil och problematiskt att vidmakthålla uppnådda förändringar ska vi inte lägga resurser på begränsade, kortvariga och lågintensiva insatser, med vilka vi tyvärr kan förvänta små och kortvariga effekter, menade Jan L.

– Denna metod är på kort sikt inte speciellt billig, vare sig rent ekonomiskt eller kompetensmässigt. Utvecklingen bromsas tyvärr därmed av resursbristen, men även av en tröghet och ett motstånd i systemet som försvarar tillämpningen av dessa kunskaper. Därtill kommer andra hinder som t.ex. att försäkringskassan inte alltid hinner fördela tillgängliga rehabiliteringsresurser, ohälsosamma kostråd på TV och missvisande reklam.

Metoder för effektiva livsstilsförändringar

Vi behöver fokusera på två väsentliga frågor, enl. Jan L.

– Finns det stöd för tanken att livsstilsförändring ger bra effekt på hälsan?

– Har vi metoder för att genomföra effektiva livsstilsförändringar?

Svårigheten att uppnå varaktiga livsstilsförändringar är förstäligen ur psykologisk synvinkel, menar Jan L.. Vårt beteende styrs främst av de omedelbara konsekvenserna beteendet har i det dagliga livet och inte av långsiktiga potentiellt negativa konsekvenser. Detta förklarar hur det kan komma sig att vi betar oss på ett ohälsosamt sätt genom att röka, äta onyttig kost och stressa utan att ta pauser trots att vi ofta är medvetna om riskerna med skadliga effekterna på lång sikt. Vi upplever ju att dessa oönskade

forts. s. 5.

forts. fr. sid. 4

vanor har positiva konsekvenser på kort sikt. Samtidigt har de önskade hälsosamma livsstilsbeteendena sällan några tydliga, omedelbara positiva konsekvenser. De önskade positiva konsekvenserna av hälsosamt beteende kommer oftast långt senare och är dessutom diffusa och osäkra i form av t.ex. frånvaro av sjukdom i framtiden. Dessutom är det kortsiktigt obekvämt att ändra vanor med effekter som träningsvärk, tobaksabstinens samtidigt som det kostar tid och pengar.

Överbrygga klyftan

– För att lyckas med en livsstilsförändring måste vi därför hitta sätt att överbrygga tidsklyftan som finns mellan det nya önskade beteendet och de långsiktiga positiva effekterna av detta beteende. Jag vill hävda att det mesta vi gör – eller borde göra – för att stödja individens beteendeförändring i grunden egentligen handlar om detta, menar Jan L.

– Vilka åtgärder behöver vidtas? Vi har alldeles för stort fokus på kunskap och attityder till livsstilsbeteende istället för att dra de praktiska konsekvenserna av kunskapen, menar Jan L..

– Vi bör begränsa mängden kunskap som ska förmedlas, kanske utifrån "Health Belief Model" som säger att ett upplevt hot av sjukdom ökar sannolikheten för personen att påbörja en livsstilsförändring. Stor betydelse har även personens attityder och förväntningar på vilken effekt som kan uppnås genom en förändring och tron på den egna förmågan att klara av förändringen. Utifrån detta kan man prioritera vilka kunskaper som är nödvändiga.

Allmänt sett är dock inte kunskaper i sig det viktiga, utan snarare det praktiska stödet vi ger för att individen successivt ska förmå förändra sitt sätt att fungera. Stödet till faktisk beteendeförändring är det viktiga – och kunskapsförmedling är här bara en komponent bland många.

– Vilka delar bör ingå i en intervention? frågade Jan L..

- ⟨ nya beteenden och färdigheter måste tränas in. "
- ⟨ stöd bör ges för utveckling av det egna ansvaret,
- ⟨ personens upplevelser av det nya beteendet och av konsekvenserna av det ska beaktas
- ⟨ nya vanor måste utvecklas genom många upprepningar.
- ⟨ stöd för vidmakthållande över lång tid måste ges

Med rätta stödåtgärder och arbetssätt kan vi hjälpa människor att behålla hälsan och snabbare tillfriskna vid sjukdom förutsatt att vi utgår från detta "beteendemedicinska" perspektiv och förutsatt att ett sådant arbetssätt på ett kraftfullt sätt integreras i de gängse hälso- och sjukvårdssystemen.

En förutsättning är även ett utökat samarbete mellan hälso- och sjukvården, universitetet, skolan, folkrörelserna och facken, betonade Jan Lisspers.

Hur mäter vi hälsovinst?

Preben Bendtsen, docent, Linköping, och verksam inom nätverkets sekretariat, gav en översikt över området hälsovinstmätning.

Hälsovinst är en mätbar förbättring av hälsotillståndet. I sjukvårdsverksamhet är det viktigt att mäta förbättrad hälsa i relation till sjukvårdens insatser.

Preben B.:

– Traditionellt består sjukvårdens resultatmätt av produktionsmätt. Ett syfte med hälsovinstmätning är att komma vidare, till resultatmätt, dvs; Vad blev hälsoeffekten för patienten? Nu finns det tillförlitliga instrument för att fånga patientens svar på den frågan.

– Självrapporterad hälsa via sådana instrument har betydelse ur flera perspektiv, menade Preben B.:

- * för att utvärdera medicinska och psykologiska interventioner,
- * för att screena populationer i avsikt att identifiera högriskgrupper och riskfaktorer,
- * för prediktion av sjukdomsbeteende, förtidspensionering och nyttjande av vårdssystemet,
- * för prediktion av sjukdom och dödlighet

Gemensamt för hälsomätningens instrument är att individens självskattade hälsa ges en ökad tyngd både i utvärdering och planering av insatser.



Preben Bendtsen, samordnare av nätverkets hälsovinstmätningar

Vikten av hälsovinstmätning

Hälsovinstmätning bedrivs inom nätverket Hälsöfrämjande Sjukhus som ett gemensamt utvecklingsarbete. Preben B. gav två exempel där mätning av hälsorelaterad livskvalitet har gett och ger viktig kunskap:

* Studie 1987 beträffande behandling av bröstcancer där fann man att kontinuerlig kemoterapi istället för intermitterande gav en bättre överlevnad och hälsorelaterad livskvalitet.

* I en åldrande befolkning uppkommer fler och fler hälsoproblem som man inte kan bota, men där målet är att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten.

Historik

Preben B. summerade utvecklingen av instrument för självrapporterad hälsa sedan 40-talet. Ett viktigt steg togs 1967 då Priestman och Baum konstruerade den s.k. VAS-skalan för självskattning av smärta. Senare instrument har alltmer kommit att innefatta psykologiska aspekter.

Exempel på instrument är SIP (Sickness Impact Profile), NHP (Nottingham Health Profile) och SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) och SF 36 (Short Form 36).

SF 36 väldokumenterat

SF 36 är det mest använda instrumentet i de flesta länder sedan 10 års tid och fångar fysisk hälsa, fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social rollfunktion, mental rollfunktion och mental hälsa, berättade Preben B.

– Man ska vara försiktig vid tolkning av resultat, både på grupp och individnivå. I patientkontakter ska resultatet redovisas för patienten, som underlag för samtal.

– Värdet för läkaren är att SF 36 ger information som tidigare ej var känd. Det ger också ökad delaktighet och ökad tillfredsställelse med vården. I ett längre perspektiv bidrar hälsovinstmätning till att tydliggöra hälsoeffekter av vårdens insatser, menade Preben B..

Erfarenheter från Umeå Sjukvård: Hur få igång och underhålla processen i det Hälsofrämjande sjukhuset?

Under temat **Ledning och process** medverkade deltagare från Umeå Sjukvård och belyste på olika sätt hur man arbetar. Efter några inledande ord av William Thorburn tog Lars Weinehall upp stafett-pinnen.



Lars Weinehall, docent
Folkhälsovetenskap, Umeå universitet

Lars Weinehall inledde med beskriva hur man drivit en process som till stora delar varit parallell med processen kring målområde 6, och arbetet kring Underlagsrapport nr 15 till Nationella Folkhälsokommittén. Den underlagsrapporten kom fram till det viktiga i utmaningen att:

- se sjukdomsperspektiv och hälso-perspektiv som en del i samma helhet
- inte lägga prevention i en särskild fil utanför systemet utan som en del i hela värdkedjan, och det tredje
- att utveckla tjugohundratalets metod för individuell prevention.

Arbetet omvandlades och togs tillvara av Nationella Folkhälsokommittén i förslag till tre delmål: effektivare sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, arbetet för befolkningsinriktade insatser samt utveckling av metoder och strategier.

Målområdet blev sedan en del i folkhälso-propositionen och i riksdagsbeslutet. – Jag tror det är viktigt att det blev ett eget målområdet, eftersom hälso- och sjukvården är en del i folkhälsans infrastruktur.

Därefter har det fortgått ett arbete kring indikatorer, med utgångspunkt från frågorna:

- Görs det nåt?
- Händer det nåt?

Hälsoorientering som strategi

Lena Sjöquist Andersson, processledare, tog vid och berättade om förankringsprocessen.

– Förberedelse och förankring i ledningen är avgörande för att lyckas. Vi fick en halv dag med ledningen. Johannes Vang medverkande. Nätverket framstod som något intressant att vara med i. Arbetet skulle bedrivas med ett tydligt organisationsperspektiv. Arbetet med hälsoorientering måste utvecklas av alla i en organisation. Målsättningen var att hälsoorientering skulle vara en viktig del i den övriga organisationsutvecklingen.



Lena Sjöquist Andersson, processledare
Umeå

Testa i småstegsmetodik

Steg ett handlade alltså om information, förankring och kunskaps-spridning (att skapa förutsättningar och verktyg). Som ett nästa steg påbörjades lokal utveckling utifrån varje verksamhets förutsättningar. Frågan behöver ställas:

– Jaha, det här med hälsoorientering som vi nu ska jobba med; vad kan det betyda för oss i vår verksamhet?

Användande av småstegsmetodik, gör nåt – utvärdera - gör nåt mer - utvärdera är ett viktig och välfungerande arbetsätt. Begreppet empowerment var centralt.

Man tillsatte en styrgrupp med kompetenser inom de tre områdena patienthälsa, medarbetarhälsa och befolkningshälsa. Kompetens inom beteendemedicin, inom lungkliniken och primärvården var också viktiga att lyfta in i styrgruppen.

Tydlig instruktion

William Thorburn, chefläkare Umeå sjukvård tog vid och informerade om styrgruppens viktiga roll och inriktning.

– Det är oerhört viktigt att en sådan här styrgrupp får ett tydligt uppdrag. Det här resulterade framför allt i en instruktion, undertecknad av dåvarande sjukvårdsdirektören Ann-Christin Sundberg.

William T. angav några viktiga punkter i denna instruktion:

- * Styrgruppen verkar genom omvärldsbevakning, egen kunskapsutveckling, intern information och utbildning
- * Styrgruppen ansvarar för att projekt och arbetsgrupper bildas vid behov
- * Styrgruppen upprättar årligen förslag till verksamhetsplan och budget som fastställs av sjukvårdsledningen

Styrgruppens sammansättning regleras också i denna instruktion. Sammanträden hålls 6 - 10 ggr/år. Verksamheten fastställs genom årlig upprättad verksamhetsplan och budget som sedan fastställs av sjukvårdsdirektören.

– Detta är en oerhört viktig del. Om man inte har några pengar för styrgruppens arbete och resor då visar man inte heller att det här är viktigt. Egen budget som är realistisk ser jag som ett sätt för ledningen att legitimera detta arbete.



William Thorburn, chefläkare, Umeå sjukvård

Rapportering och förmedling av kunskap ingår också i styrgruppens uppdrag, liksom samverkan med och deltagande i det svenska nätverket Hälsofrämjande Sjukhus.

– För att bli ännu mer konkreta skrev vi en verksamhetsplan med syfte, mål och aktiviteter.

Erfarenheter från Umeå, forts: Patientempowerment och hälsofrämjande

– Vi har i trettio år sagt till människor hur dom ska göra, och sen upptäckt att dom inte gör som vi säger!

Det kanske är så att människor inte gör det som andra säger åt dom att göra, utan det som dom kommer fram till själva är bra för dom.

Eller också, om man inte klarar av att göra det som är bra, ändå göra det man klarar av i den livssituation man befinner sig.



Bernt Lindahl, verksamhetschef,
Beteendemedicin, Umeå

Med dessa ord inledde Bernt Lindahl, verksamhetschef Beteendemedicin, sitt anförande.

– Vårt arbete går ut på att stödja livsstilsförändringar för att främja hälsa och minska risken för sjukdom. Men vi ska veta att en persons livsstil beror på många olika faktorer i den individens liv. Vi måste, för att använda Sören Kirkegaards ordval, möta personen där den är, för att kunna hjälpa henne/honom.

Stresskällor kan vara inom arbete och/eller familj. Det handlar om förmåga att hantera den stress man utsätts för.

– Det är svårt att hitta en sund och bra livsstil om man dels är utsatt för en mängd stresskällor och dels saknar förmåga att hantera sin stress.

”The Art of Empowerment”

– Jag ser här empowerment ur ett patientperspektiv vilket innebär att få patienten att ta makten över sitt eget liv och sin egen hälsa.

Bernt L. refererade till ett utvecklingsarbete som pågätt i USA under tjugo års

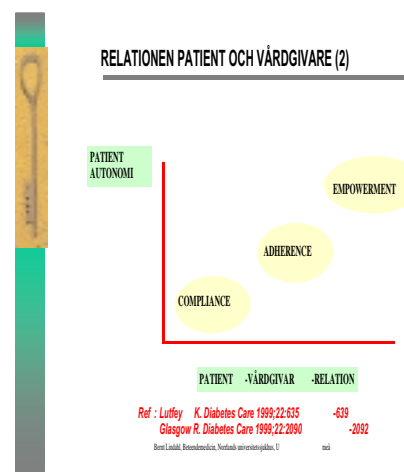
tid, vid Michigan University. En källa för detta arbete är Bob Andersons och Martha Funells bok ”The Art of Empowerment” som redovisar empowerment som metodik inom diabetesvård.

– Vi förväxlar ofta inom hälso- och sjukvården patienter med akutsjukdom och patienter med kronisk sjukdom, särskilt där livsstil spelar stor roll. Vid akut sjukdom, exv. benbrott, då sitter ortopedkirurgen inne med hela expertisen, vet hur behandlingen ska utföras och även är den som utför behandlingen.

Vid exv. typ 2-diabetes, fortsatte Bernt L. är det tvärtom så att övervägande delen av behandlingen ligger i patientens händer, i form av hur patienten handskas med sitt liv och sin livssituation.

Relation patient - vårdgivare

Med stöd av denna bild åskådliggjorde Bernt L. olika sätt att se på relationen patient - vårdgivare.



– Det gamla begreppet ”compliance” innebär att patienten lyder det vi säger, och det vet vi att det gör dom inte. Det nyare begreppet ”adherence”, att man s.a.s. lägger sig an till det som läkaren/vårdgivaren säger, är något bättre. Men det bästa är att man kan få en aktiv utveckling där patienten själv tar ansvaret, dvs empowerment.

Målet blir ”informerat beslut”

Enligt detta förhållningssätt blir målet att patienten fattar ett informerat beslut.

– Jag hade rätt svårt för detta i början, berättade Bernt L..

– Mitt mål var ju att patienten skulle

förändra beteende, genom att anamma min syn på detta med hälsosamt beteende. Numer har jag kommit fram till att det högsta målet man kan sätta är att var och en, på goda grunder, får bestämma sig för hur den vill handskas med sitt eget liv.

De flesta kommer att handskas rätt bra med sina liv om de vet:

- vad de behöver göra
- hur de ska göra detta, samt
- får förutsättningar för att genomföra detta i sina egna liv, summerade Bernt L..

Tydlig ansvarsfördelning

Ansvarsfördelningen vårdgivare - patient är central i detta förhållningssätt.

– Många gånger tar vi på oss ansvaret för att patienter ska genomföra förändringar i sina egna liv. Då känner vi oss frustrerade och tycker att vi har misslyckats. Och det lägger vi över på patienten i form av skuld känslor och moraliserande.

– Istället handlar det om att vi är patientens rådgivare. Så istället för att ta ansvaret för patienten så ska vårdgivaren vara ansvarig för patienten, menade Bernt L.

VALFRIHET OCH EGET ANSVAR



Frihet att välja och villighet att ta eget ansvar är två sidor av samma mynt?

Just därför att vi är fria att välja vad vi skall göra, så känner vi oss ansvariga för konsekvenserna av våra beslut.

Reference : Anderson B., Funnell M. The Art of Empowerment .
American Diabetes Association 2000.
Bernt Lindahl, Beteendemedicin, Verksamhetschef, Umeå

Frihet att välja och villighet att ta eget ansvar är tätt förknippade med varandra, menade Bernt L.

– Detta är också förbundet med möjlighet till en process där individen, utifrån sina egna erfarenheter, får reflektera, komma till insikt, testa förändringar som grund för ny erfarenhet.

Bernt avslutade med ett synsätt som tydliggör detta arbetssätt:

”Öppna frågor leder människan framåt på livets resa, medan givna svar stoppar denna utveckling.”

Tiden och hälsa

Anförande av Nisse Simonsson, kirurg, Östersunds sjukhus

"Human health and biology can only be understood through the eyes of evolution." (ung.: Människans hälsa och biologi kan bara förstås utifrån evolutionen.) Så inledde Nisse Simonsson sitt föredrag *Tiden och hälsan*.

Han berättade om immunologen Susanna Ehdin, som menar att vi själva styr vår hälsa. "Allt det vi känner, tänker och gör påverkar vår hälsa. Hälsan är inget statiskt eller stillastående. Hälsan kan hela tiden påverkas. Det är aldrig försent, men det kräver en viljeansträngning, för ingen annan kan göra det åt dig."

En frisk befolkning är den som inte blir sjuk i första hand och som slipper behandlas med heroiska insatser av en högteknologisk medicinsk insats. Skiftet från att lägga vikten vid vad, som orsakar sjukdom och behandla den går alltmer över i att studera vad som leder till hälsa och hur man behåller den. Man går från *Patogenes* till *Salutogenes*. Nisse talade vidare om hjärnans uppgift som inte är att i första hand tänka rationellt utan att se till att kropp och själ i samråd ser till att vi är friska.

Våra tankar påverkar cellerna

Varje händelse och tanke påverkar hela kroppen ut i varje cell och hjärnans struktur är framförallt till för att lära sig att undvika skada. Våra hjärnor har sett exakt lika ut sedan 50 000 år tillbaka och är skapta för att klara fysiska hot såsom vildjur och annat, och inte som idag mer inbillade och virtuella hot (en arg chef). Hjärnan har inte förmågan att skilja mellan fantasi och verklighet. Vidare har vi varit jägare och samlare i sort sett hela vår utveckling och 99.99% av vårt genetiska arv bildades före jordbruket för ca 10 000 år sedan, endast 10 generationer har levt i industrialismen..."You cant beat the genes".

En studie från Harvard Medical School 1996 visade att 65 % av alla cancerfall beror på vår livsstil med fel mat, rökning, övervikt och ett stillasittande liv. När det gäller motion så menar *Professor Björn Folkow* vid Göteborgs Universitet som



Nisse Simonsson, kirurg, Östersunds sjukhus

studerar hjärta, kärnl och stress, att folk måste röra sig mer, vi är byggda för ett jakt- och samlarliv. Promenad 30-40 min dagligen räcker för de flesta. Motion har stor betydelse både som profylax och vid behandling av stress. Vidare påverkar motionen så att nivåer av serotonin och dopamin höjs och stresshormoner förbränns. Detta gör att motion är bra vid depression eftersom det höjer serotonin lika bra som t ex. Cipramil och borde vara en del av behandlingen vid stress- och depressionstillstånd.

Felaktig kosthållning

Om man övergår till vad vi äter så råder det stor vetenskaplig enighet om att närmare 90 % av de sjukdomar som nu dominerar uppstår ur ett felaktigt kosthåll. Diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter och även cancer kan till mycket stor del hänföras till vår helt felaktiga kosthållning. Som ett exempel kan man titta på en folkgruppen Tobrianderna där deras 90-åringar har full syn och hörsel. Gruppen har lågt BMI (18-20) och är mycket friska vilket kan härröras till att dom rör sig mycket, äter lite och sover gott.

Att vi i väst världen lever längre och friskare nu beror endast marginellt på läkekonsten. De stora förändringarna beror på renare vatten, renare mat, regelbundnare mat. Ohälsan beror på att vi rör oss för lite, har för god tillgång på sött och fett, tobak och alkohol. Enligt

forskaren Ornstein så finns den framtida hälsan hos befolkningen inte att hämta i läkekonsten. Endast marginella vinster är att vänta till enorma kostnader.

Leva frisk elva år längre

En studie i Bosten USA som lyfter fram medicinens faror, visade att 36 % av dem som vårdades på sjukhus låg där för biverkningar av felaktiga mediciner. Studier har också visat på postoperativa komplikationer, resistenta bakterier, överdiagnostik och sjukdomsframkallande ordinationer och pga medicinering så fick 9 % av patienterna mycket allvarliga komplikationer och 2 % ledde till patienternas död. Så man kan anta att den framtida hälsan inte finns att hämta i vår moderna läkekonst. En annan studie som Nisse presenterade var där 7000 personer följdes i 7 år. Man kontrollerade livsstil samt vilka höll sig friska och vilka blev sjuka? Skillnaden låg i framförallt ganska enkla fakta. Inte röka, dricka lite alkohol, motionera, äta frukost, hålla normalvikt, äta regelbundet och sova tillräckligt. Den som följer detta lever frisk 11 år längre.

Biologiskt , genetiskt har vi inte hunnit anpassa oss till det bara 1000 år gamla totala skiftet av föda, motion och liv. Det vi äter är till 90% helt annorlunda än vad vi är skapta för. Slutligen lyfte Nisse Simonsson fram humor och skratt som förlösande mot stress och att de också stärker immunförsvaret. Så det är nog sant som ordspråket säger , att ett gott skratt förlänger livet...

Livsstilsläkemedel - Läkemedelsförmånsnämndens huvudvärk?

Anförande av Mikael Hoffmann, läkemedelschef landstinget Östergötland.

Vi befinner oss idag i ett läge där var 20:e person i Sverige skulle kunna behandlas med specifika läkemedel som var för sig har god bevisad effekt och god kostnadseffektivitet. Sammantaget blir dock de ekonomiska konsekvenserna stora. Detta samtidigt som vi i Sverige inte satsar mycket på alternativen till läkemedelsbehandling som exempelvis ökad fysisk aktivitet vid övervikt istället för ordination av läkemedlet Xenical.

Läkarförbundet har de senaste åren omvärderat sina ställningstaganden kring läkemedel för att tydligare än tidigare utgå från patientperspektivet, framhåller Mikael Hoffman, specialist i infektionssjukdomar och överläkare i klinisk farmakologi. Utifrån sitt arbete som läkemedelschef i landstinget i Östergötland, medlem i Läkarförbundets läkemedelsråd och suppleant i Läkemedelsförmånsnämnden föreläser Mikael Hoffmann om livsstilsläkemedel och Läkemedelsförmånsnämndens (LFN) verksamhet.

Länge obegränsade subventioner

– Registrering av läkemedel och beslut om subventionering sker i två skilda steg. Vi ska komma ihåg att andra länder i EU sedan länge begränsar sina subventioner, berättade Mikael H.

– Här i Sverige har det dock funnits en total frihet avseende subventionering av läkemedel fram till 30 september 2002 då Läkemedelsförmånsnämnden inrättades. Samtliga registrerade läkemedel, med några få undantag, har tidigare subventionerats vid förskrivning på recept.

Efter 1 år av arbete i LFN har de flesta nya läkemedel godkänts för subvention. Läkemedel får subvention för sina godkända indikationer om de kan visa att de är tillräckligt kostnadseffektiva.

– När medel mot depression får benämningen lyckopiller måste man kalla det för en olycklig, för att inte säga direkt missvisande, benämning, menade Mikael.

– På samma sätt som vi talar om den preventiva paradoxen, när vi genom att leva längre också kräver mera vård och

omsorg de sista åren, så kan vi tala om den farmakologiska paradoxen. I båda fallen leder målet med behandlingen - bättre hälsa - till ett behov av mer resurser på sikt genom en åldrande befolkning med större behov av omsorg och omvårdnad.

Mikael diskuterade vidare ekonomiansvar för läkemedelsbudget.

– Läkemedelsmarknaden fungerar i grunden på ett positivt sätt men till de negativa sidorna räknas brist på transparens, läkarnas avsaknad av kostnadsansvar samt en fri reklammarknad. Hade sjukvården sett likadan ut idag om vi hade infört läkemedelsbudget redan för tjugo år sedan? Nej, andra processer sätts igång när man tydliggör kostnader.



Mikael Hoffmann, läkemedelschef, Östergötland

Vilka är effekterna för patienterna?

– Jo, när läkare skriver ut ett läkemedel så får patienten en etikett i pappan som talar om för patienten att han är sjuk men också att nödvändiga åtgärder är vidtagna. Detta kan leda till att det blir svårare att motivera andra åtgärder och kanske ännu viktigare åtgärder som t ex förändrad livsstil. Här måste kommunikationen mellan patient och läkare förbättras.

En annan viktig fråga, fortsatte Mikael, är om läkarna ska vara patienternas eller samhällets företrädare. Här bör det utifrån läkarnas roll finnas en balans mellan den patient läkaren möter och alla de patienter som inte fått tid eller inte ens mäktat söka vård. Det är mycket enklare att blunda för alla andras behov och bara göra det bästa för dem som sitter framför en.

– Vi ska skilja mellan ”fri förskrivningsrätt” och ”fri rabatteringsrätt”. Den senare har försvunnit genom inrättandet av LFN och överföringen av kostnadsansvaret till landstinget. Kvar finns den fria förskrivningsrätten!

Vilka krav ställer vi på läkemedelsföretagen?

– I relationen mellan sjukvården och läkemedelsindustrin kan man konstatera att sjukvården inte ställer särskilt höga krav på läkemedelsindustrin. Arbetsgivaren står genom lönekostnader och delar av resor och uppehälle för stora delar av kostnaderna för läkemedelsindustrins utbildning och marknadsföring. Men tacket får läkemedelsföretagen.

– Här behöver vi en debatt om vem som egentligen ska betala vad och vilken behållning parterna får ut av utbytet.

Prioriteringar återstår

– Vad gäller läkemedelsförbrukningen kvarstår ännu mycket av prioriteringsarbetet, betonade Mikael.

– Prissättningsmekanismerna har gjort att vi på sätt och vis sitter i samma båt som tredje världen. Nya verksamma medel mot tropisksjukdomar tas inte fram för tredje världens befolkning och intresset för att ta fram nya antibiotika här hos oss minskar när det betalar sig bättre att ta fram läkemedel som behandlar många under lång tid för välfärdssjukdomar.

– Det är inte hållbart i längden att uppföljningar av användningen av läkemedel samt deras effekter i vardagens sjukvård är så fåtaliga. Samtidigt kan inte evidens, nytta och kostnad ensamma utgöra basen för beslutsfattande i. Vi måste även väga in våra egna gemensamma värderingar kring vilken typ av vård vi vill ha när vi gör bedömningar kring värdet av behandlingar.

Mikael Hoffmann avslutar med några sammanfattande punkter:

– om man tydliggör kostnaden för läkemedel så påverkas även förhållningssätten

– när individen är värdestyrd och samhället är värdestyrt, då kan även sjukvården vara värdestyrd!

– planera samhället hälsosamt, exempelvis så att man måste röra sig och inte åka bil!

Ny medlem I:

Sundsvall/Härnösands sjukhus

Ny medlem i nätverket Hälsofrämjande Sjukhus är Sundsvall/Härnösands sjukhus! De hälsas varmt välkomna och vi är glada åt att få presentera de tankar och den verksamhet som man vill bidra med. Främja Hälsa har fått tillfälle att ställa några frågor till processledarna Inger Persson och Carina Rhodin Nilsson.

Hur länge har diskussionerna om medlemskap i HFS-nätverket förts hos er?

Diskussionerna om medlemskap i HFS började på allvar hösten 2001 i samband med att Johannes Vang och Margareta Kristenson inbjöds till vårt sjukhus för att berätta om vad ett medlemskap i nätverket innebär. Inom Härnösand - Medelpads hälso- och sjukvårdsförvaltning finns sedan lång tid ett intresse för hälsofrämjande arbete, främst då inom primärvården. Det som har saknats är en bredare implementering av hälsofrämjande arbete inom vården.

Vad hoppas ni och vad vill ni få ut av medlemskapet?

Att möjliggöra ett förändrat synsätt inom den slutna vården. Att den slutna vården förutom att behandla sjukdom när den uppstått även skall engagera sig i det hälsofrämjande arbetet. Inom den slutna vården finns så mycket kunskap och kreativitet som bättre skulle kunna tillvaras för hälsofrämjande insatser.

Ett vidgat perspektiv från sjukdomsorientering till hälsoorientering på alla nivåer i vården.

Att få ta del av nätverkets kunskaper och erfarenheter med ett hälsofrämjande arbetssätt. Att kunna samarbeta med andra sjukvårdsorganisationer kring gemensamma frågor och intressområden.

Har ni idéer om hur hälsofrämjande arbete kan utvecklas vidare?

Att genom nya arbetsmetoder och lokal mobilisering samarbeta med andra intressenter i samhället, ex apotek, kommunen, försäkringskassan m.fl., som vill och har som uppdrag att arbeta med hälsofrågor.

Genom nya samarbetspartner kunna få kontakt med grupper i samhället som vi annars har svårt att nå med gängse arbetssätt. Målet att få en mer jämlik hälsa kanske då kan bli möjligt.



Carina Rhodin Nilsson, processledare, Per Nilsson, t.f. sjukhusdirektör, samt Inger Persson, processledare

Projekt I, hälsovinster för patienter:

Smärtlindring vid akut och cancerrelaterad smärta

Arbetet utgår från anestesi och onkologkliniken samt konsultläkare i palliativ vård. Inom kliniker där smärtproblematik finns utbildades i början av året (smärtombud), en läkare med ersättare, samt en sjuksköterska med ersättare. Utbildningen omfattades av en tre dagars skraddarsydd smärtutbildning med externa och interna föreläsare. Fortsättningsvis planeras regelbundna träffar för smärtombuden.

Kontaktpersoner:

*Karin Mellberg, anestesi-kliniken
Anna-Lena Pettersson, onkologen*

Projekt II, hälsovinster för medarbetare: Ett verktyg för att öka ditt hälsomedvetande

Friskvård innebär både fysiskt och psykiskt välbefinnande och utgår från den enskilda individens önskemål. Projektet erbjuder en 12 timmars kurs om "God hälsa för dig som är 50+". Här ingår såväl föreläsningar som fysisk aktivitet.

Kontaktperson:

Ulla Hellman, orkopedan

Projekt III, Kunskapsöverföring till samhället:

Livsstilscentrum

Livsstilscentrum är en framtida mötesplats för alla som önskar ändra livsstil, främja och bibehålla hälsa. Visionen är att hit kan de komma som vill söka hjälp till självhjälp innan symtom

eller sjukdom visat sig. Detta skall vara ett samarbetsprojekt mellan olika intressenter och yrkes-kategorier, såsom vårdpersonal, beteendevetare och frivillia organisationer m.fl.

I arbetet ingår även ett samverkansprojekt mellan Apoteket, landstinget och kommunen för att starta ett "Hälsotorg" på apoteket Gripen. För att kunna utvärdera dessa projekt används sedvanliga utvärderingsmetoder samt hälsoenkäten SF -36 som är ett tillförlitligt instrument med bred användning i hälso- och sjukvården.

SF -36 är ett vetenskapligt utprovat instrument för att mäta självrapporterad fysisk och psykisk hälsa.

Kontaktperson:

Ing-Marie Östman, FoU-enheten



Fr. v.: Ulla Hellman, friskvårdsledare, Ing-Marie Östman, FoU-enheten samt Lena Claesson, FoU-enheten.

Ny medlem II:

Lasarettet Trelleborg

Lasarettet Trelleborg är nybliven medlem i nätverket och lyfter fram när-sjukhusets betydelse och möjligheter som hälso-främjande sjukhus. Därmed förstärker man en inriktning man har arbetat med under flera år. Varmt välkomna!



Annika Thunander, processledare,
Lasarettet Trelleborg

Vi gläder oss i Trelleborg över att vi nu fått vårt "kontrakt" med Nätverket för Hälsofrämjande sjukhus.

Redan för fyra år sedan bestämde vi oss för att utveckla Lasarettet Trelleborg som ett närsjukhus. Utöver detta skulle vi erbjuda elektiv verksamhet med tillhörande servicefunktioner. Men, det var sjukhusets roll i närsjukvården som vi ville lyfta fram d.v.s. att svara för förebyggande insatser, diagnostik, vård och rehabilitering samt medverka i det hälsofrämjande arbetet.

Verksamhetsidé för lasarettet Trelleborg:

- ✓ Att vara ett hälsofrämjande sjukhus.
- ✓ Att om ohälsa uppstår tillhandahålla, för vårdsökande, rätt kompetens på rätt vårdnivå.
- ✓ Att minska risken för återinsjuknande genom förebyggande åtgärder, t.ex. specialistsjuksköterskemottagningar.

Hos barn, äldre och patienter med kroniska sjukdomstillstånd uppstår akuta vårdbehov. Detta kräver aktivt stöd och

medverkan från sjukhuset, ofta i nära samverkan med primärvård och kommun. Lasarettet Trelleborg vill särskilt sätta fokus på och utveckla dessa uppgifter. Hälsofrämjande aktiviteter är således inget nytt för oss. Vi har dessutom deltagit i det regionala nätverket i Skåne för hälsofrämjande sjukhus. Vi tycker att våra projekt också väl ansluter till verksamhetsidén – att genom sekundärprevention höja livskvaliteten, förstärka motivation för egenvård hos kvinnor med hjärt-kärlsjukdom, att skapa förutsättningar för ett bättre bemötande av barn och familjer med neuropsykiatrisk problematik samt att skapa förutsättningar inom lasarettet till en stödjande rökfri miljö.

Vi hoppas att medlemskapet ska hjälpa oss att ännu bättre lyfta fram en bredare målsättning vad gäller det hälsofrämjande arbetet. En bättre hälsa för befolkningen leder till minskat vårdbehov.

Annika Thunander
Processledare
Lasarettet Trelleborg

Projekt I, hälsovinst för patienter: *Hjärter dam*

Projektets syfte är att förstärka motivation för egenvård hos kvinnor med hjärt-kärlsjukdom.

Kvinnor erbjuds delta i ett rehabiliteringsprogram i grupp. Gruppen får ledning av ett team bestående av kran-skärlssjuksköterska, kurator, dietist, sjukgymnast och läkare. Samtal förs om den uppkomna livssituationen som är ny för kvinnan med hjärtkärl-sjukdomen och hur den påverkar vardagslivet.

Krisbearbetning, kunskap om livsstilens betydelse, mat, fysisk aktivitet, tobak, stress, medicinering, by pass-operation. Gruppen möts med ledning av hälso- och sjukvården sju gånger. Därefter förväntas gruppen själv ansvara för fortsatta träffar och eller deltagande i befintliga aktiviteter som har betydelse för livsstilen, t.ex. Korpen, Viktväktare m. fl.

Enkätuppföljning om bestående livsstilsförändringar, nätverk och hälsotillstånd för deltagare i samtliga genomförda "Hjärter Dam"-grupper planeras våren 2004 samt hösten 2005.

I det fortsatta arbetet övervägs om SF 36 kan användas för långtidsuppföljning.

Projektledare: Margareth Svensson

Projekt II, hälsovinst för medarbetare: *Rökfritt lasarett i Trelleborg*

Projektets syfte är att skapa förutsättningar inom lasarettet för en stödjande rökfri miljö och att medarbetarna skall till 90 % vara rökfria under arbetstid senast 2005 12 31. Medarbetarna skall vara trovärdiga budbärare av hälsobudskapet. Tobaksfrihet är viktigt för en positiv hälsoutveckling.

Genom systematisk information ska ges. Målsättning och genomförande ska förankras hos medarbetarna. Mötesarenor för dialog som ger delaktighet och medinflytande för medarbetarna ska skapas. Föreläsningar och utbildning för medarbetarna ska erbjudas, liksom stöd för rökavvänjning till de som önskar hjälp. Företagshälsan ansvarar för rökavvänjningsstödet. Befintliga rökrum ska avvecklas och tobaksbruket under arbetstid ska begränsas. Erbjudna avskilda rökplatser som kräver ombyte av kläder för att minimera tobakslukt på arbetsplatsen. Erbjudna friskvård för medarbetarna.

Projektledare: Annika Thunander

Projekt III, kunskapsöverföring till samhället: *Barn och ungdomars psykosociala hälsa*

Syftet är att skapa förutsättningar för ett bättre bemötande av barn och familjer med neuropsykiatrisk problematik, bidra till ökad kompetens inom skolan och socialtjänsten och att förebygga komplikationer hos barnet och familjen.

Projektet har sin influens i en väletablerad metod utarbetad av Charles E. Cunningham, fil. dr. och professor vid Chedoke Child and Family Center i Hamilton, Canada. Grundtanken är att via en föräldragrupp på 20-25 personer på ett "icke mästrand" sätt lyfta fram individens och gruppens egna resurser och gemensamma potential för att lösa olika, på förhand givna problem.

Dessa presenteras via inspelade korta videoavsnitt, där barn betar sig bra och föräldrarna gör olika misstag. Genom diskussion, rollspel och hemuppgifter med stigande svårighetsgrad på problemen tillägnar sig föräldrarna strategier för att lösa och förebygga olika problem

Projektsamordnare: Lena Persson

Parallella seminarier, några exempel på ämnen

Under Östersundskonferensen hölls ett stort antal parallella seminarier. Dessa finns sammanfattade på nätverkets hemsida, under "Konferenser". Här återges kortfattat några exempel på projekt.

Katarina Ossiannilsson presenterade ett projekt från universitetssjukhuset MAS, Malmö. Sätt sydvästra Skåne i rörelse, fysisk aktivitet hos befolkningen.

Fysisk aktivitet är ett klart behandlingsalternativ till läkemedel. En del av projektet är utvecklingen av Fysiotek dvs. att i stället för att få "piller" få fysisk aktivitet utskrivna på recept.

Mirja Eriksson och Anette Persson från akutmottagningen på Östersunds sjukhus presenterade den trafikskaderegistrering som görs i samarbete med vägverket. Tidigare skadestatistik bygger bara på polisrapporter.

Jan Bergström och Ambjörn Sandler presenterade Östersunds sjukhus ledarutvecklingsprogram som för närvarande omfattar ca. 70st avdelnings chefer. Deltagarna är med i utformningen av programmet och de innefattar självinsikt, chefs situation, konflikter och konflikt-hantering (försöka ge redskap), FIRO teorin (gör kontroll under resans gång, skaffa ett tydligt utgångsläge och tveka inte att ingripa), stress samt umgänge och nätverk.

Anna Bernholm från barnavdelningen vid Östersunds sjukhus berättade om Basse-stiftelsen. Det är befolkningen som stöttar med pengar till Basse-stiftelsen. Man strävar efter att få en trevlig och hemlik innemiljö, bl.a. har man en vägg målad med troll så att barnen kan ligga och titta och fantisera vilket lett till att barnen blir lugnare.

Brita Larsson från Hässleholm berättade om deras trädgård som gör att många patienter känner sig värdefulla eftersom växterna i trädgården behöver dem för att överleva. (Exv. när de vattnar blommor). Patienter och anhöriga kan tillsammans glädjas åt trädgården bl.a. genom att sitta där och fika.

Sara Krång, sjuksköterska på Dialysmottagningen, Mora lasarett föreläste om H-märkt, vilket bygger på Antonovskys friskfaktorer:

- * att ha överblick
- * att se sammanhangen
- * att ha delaktighet, medinflytande och gemenskap

H-märkt är ett enkelt sätt att regelbundet mäta personalens hälsa och skapa stimulans och förståelse. Resultatet hittills från Mora lasarett är mycket positivt. Läs mera på hemsidan www.h-markt.nu.

Jytte Aaen berättar om Enaeringsriktigt Sygehus. Ett nytt, strukturerat program för genomförande av nutrition- och kostpolitik för patienter och personal, vid sygehus Vendsyssel, Danmark. Närings-tillförsel är en del av den behandling som sjukhuset ger, det är ett ledarsvar att denna nutrition är relevant för den enskilda patienten. Det är nätverksgruppens ambition att sjukhusen arbetar för ett näringsriktigt sjukhus, vilket innebär systematisk screening av alla patienter, med ordination av nutrition, individuellt komponerad samt uppföljning och dokumentation, monitorering av insatsen samt samarbete med primärsektorn/primärvård och kommun. Definitionen används som mål och vägledning under processen mot det nutritionriktiga sjukhuset, och kan även användas i sjukhusets kvalitetsarbete.

Rolf Stenvall från Skellefteå lasarett berättade om deras arbete för ett rökfritt sjukhus. En del patienter har vittnat om att rökningen varit ett sätt att hantera oro och ångest. Man har nu lyckats hitta andra vägar att hantera detta.

Göran Boëthius informerade om att Folkhälsoinstitutet under kommande året erbjuder ekonomiska resurser att söka för ökad kompetens hos primärvårdens personal i arbetet att bedriva avvänjning, motivationsarbete samt utbildning.

BaLi -modellen

Vid Tärnaby Sjukstuga pågår ett projekt riktat till personer med övervikt/fetma. Detta presenterades under konferensen av Linda Nederberg, genom en posterutställning.

Kärnan i projektet är att ett hundratal personer med övervikt erbjuds behandling i 3 grupper under ett års tid. Därefter träffas man i studiecirkelform utanför sjukvården under 1,5 år, under ledning av "mini-coacher" som har utbildats av sjukstugan, bland de 100 deltagarna.

Målet är att utarbeta en modell som ger primärvården möjlighet att möta det ökande vårdbehovet kring övervikt/fetma. Modellen utgår från balansbegreppet. På så vis söks orsaken till övervikten genom ett vidare och mer långsiktigt perspektiv. Målet är att arbeta mot rimliga viktmål, viktminskning på 5 - 10 %, och/eller vikt-



Linda Nederberg, projektledare

stabilisering, vilket ger hälsoeffekter. Behandlingen bygger på Antonovskys KASAM-begrepp.

Läs mer på:
www.glesbygdsmedicin.info/3natLN.htm

Från redaktionen

Ett intensivt verksamhetsår går mot sitt slut. Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus sammanfattar sin verksamhet vid presidie-möte den 3 december, samtidigt som verksamhetsplaneringen för år 2004 är i full gång. Ett område vi återkommer till är indikatorer, ett utvecklingsarbete som pågår både i vårt nätverk, inom nationella Mål för folkhälsan samt inom WHO-Europe. Men innan dess vill vi önska våra läsare en riktigt

**God Jul och
ett Gott Nytt År**

Mats Hellstrand Margareta Kristenson

Denna publikation har beteckning:
ISSN 1402 - 4187