

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Hur hälso- och sjukvården kan utvecklas för att möta nya behov

Margareta Kristenson

Margareta Kristenson, professor emerita, överläkare i socialmedicin och folkhälsovetenskap, Linköpings universitet, Region Östergötland. E-post: margareta.kristenson@liu.se

Målet för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) är att utveckla sin verksamhet så att den bättre möter befolkningens behov. Som socialmedicinare, med lång erfarenhet av HFS arbete, är det spännande att notera att denna grundansats har ett tydligt socialmedicinskt perspektiv.

I båda fallen handlar det om att se människors hälsa och sjukdom i samspel med det omgivande samhället, liksom att se betydelsen av människors livsvillkor, levnadsvanor och psykosociala faktorer för utveckling av sjukdom och hälsa.

HFS arbetar för att utveckla verksamhetens kompetens att främja hälsa och förebygga sjukdom för att optimera hälsovinster för patienter, medarbetare och i befolkningen. Genom en hälso-orientering av verksamheten och en kultur som har sitt fokus på hälsoresultat vill HFS skapa en effektivare hälso- och sjukvård och ett mer hållbart samhälle. I detta arbete är socialmedicinen och socialmedicinaren central.

The aim of Health Promoting Health services is to develop its services to better meet health needs in the population. Being a specialist in social medicine with long experiences from HPH it is interesting to note that this concept is grounded in a perspective of social medicine. In both cases it is important to understand the interconnectedness between people's health and the society in which they live, to see the importance of life conditions, health behaviours and psychosocial factors for the development of health and disease.

HPH works by developing skills and competences in health promotion and disease prevention, to optimise health gain for patients, coworkers and in the population served. By a health orientation and a culture focusing on health outcomes, HPH aims to create a more effective health care and a more sustainable society. In this work specialists in social medicine are important actors.

Inledning

Tänkarna om den hälsofrämjande sjukvården började utvecklas på 1980-talet och grundades i oro över det tilltagande gapet mellan behov av insatser för att behandla sjukdom och resurser för att möta dessa. Dessa behov handlade om samma saker som vi nu diskuterar som nya problem. De handlade om en åldrande befolkning, ett ändrat sjukdomspanorama med fler individer med kronisk sjukdom, ny kunskap och teknik, att allt större del av vårdinsatserna är ”reparativa”, om nya krav från brukarna och allt med strama ekonomiska ramar. Under senare tid har listan kompletterats med ökad psykisk ohälsa och ny insikt om ojämlik hälsa och vård.

WHO:s Ottawadeklaration 1986 blev en startpunkt för dessa tankar och efterföljande initiativ. I denna deklaration beskrivs bland annat behovet av en hälsoinriktad samhällspolitik och som en del i detta ”en hälsoorienterad hälso- och sjukvård med fokus på hälsoresultat” (1). Dåvarande WHO chef Halldan Mahler beskrev behovet av att ”riva sjukhusens väggar” för att bättre möta samhällets behov av kompetenser och insatser. Detta innefattade att utveckla sjukvården med en helhetssyn på hälsa och sjukdom, att förebygga sjukdom och främja hälsa hos patienter, medarbetare och i befolkningen samt, genom en hälso-orientering, skapa en effektivare hälso- och sjukvård.

Intressant är att Sverige, redan 1983, i sin ”nya” hälso och sjukvårdslag beskriver exakt samma behov och ambition (2). Vi fick då en *Hälso- och sjukvårdslag*, med

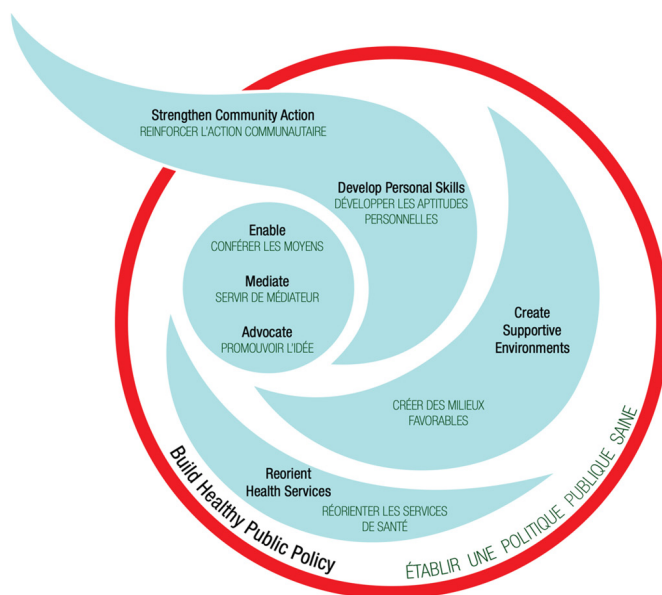


Bild 1. Ottawamifestet WHO 1986

helt nya texter kring ”Patienten i centrum”, krav på kvalitet samt, inte minst, uppdraget för hälso och sjukvården att också arbeta för att förbygga sjukdom. Förarbetena till denna lag är synnerligen välformulerade och högst relevanta också idag.

Men, över tid har prefixet ”hälsa” tenderat att glömmas bort och oftast används begreppet ”vård” (nära vård, jämlik vård). Argumentet från ledande beslutsfattare har varit att hälsan är en självklar del i vården, men så är inte fallet. Huvuddiskussionen i politiska diskussioner gäller sjukvård respektive folkhälsa. Och det finns en föreställning, hos många, att dessa är oförenliga dvs att sjukvården inte skall eller kan ägna sig åt hälsa, och att folkhälsoarbetet inte ska blanda in medicinsk kunskap.

Det viktiga i konceptet hälsofrämjande hälso och sjukvård är att båda dessa fält har allt att vinna genom en synergistisk samverkan. Effekten av sjukvårdens medicinska insatser optimeras om de kombineras med hälsofrämjande insatser såsom stärkande vårdmöten som ger tillit och hopp liksom av pre-habitering inför operation genom tobaksfrihet och fysisk aktivitet. Och folkhälsoarbetet handlar till stor del om att förhindra förtida sjukdom och död. Då är kunskap om sjukdomars orsaker viktigt.

WHO:s Europakontor initierade 1992 pilotprojekt Health Promoting Hospitals. Tio sjukhus i Europa fick i uppdrag att testa detta koncept i verkligheten. Dåvarande Regionsjukhuset i Linköpings (RiL) var en av deltagarna, det enda från Norden. Jag arbetade då på Enheten för förebyggande medicin vid RiL och blev projektledare (3). Efter pilotperioden uppmuntrades deltagarna att starta nationella nätverk i respektive land. Vi startade då det svenska nätverket för Hälsofrämjande sjukhus (HFS), med sekretariat i Linköping (4).

Den första tidens fokus på sjukhusen berodde på att primärvården, alltsedan Alma Ata deklARATIONEN, ansågs redan ha denna ansats (5). Så småningom blev det tydligt att också primärvården hade utvecklingsbehov varför namnet, och arbetet, ändrades till att omfatta all hälso- och sjukvård: hälsofrämjande hälso- och sjukvård. (Heath Promoting Hospitals and Health Services). Betydelsen av strukturer, ledning och styrning för att åstadkomma en hälsofrämjande hälso- och sjukvård har under åren blivit allt tydligare vilket avspeglas i den uppdaterade definitionen från WHO 2020 (6-8):

HPH orient their governance, models, structures, processes and culture to optimize health gain of patients, staff and populations served and to support sustainable societies.

Denna ansats har konkretiserats i fyra perspektiv; patient- befolknings-, medarbetar- samt ledning- och styrningsperspektiv.

Patientperspektivet

Detta handlar om att skapa en mer holistisk och proaktiv vård, som inte enbart behandlar sjukdom utan också arbetar för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Dessa två insatser sammanblandas ofta men har olika grund.

Hälsofrämjande åtgärder innebär, enligt Socialstyrelsens termbank (9), att *stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande, genom att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga*.

Hälsofrämjande insatser handlar, i sin enklaste form, om det goda vårdmötet som stärker patientens tilltro till sin egen förmåga, som ger trygghet, stärker tillit och ger hopp och framtidstro (10). Detta är också kärnan i den personcentrerade vården. Omfattande forskning om psykosociala resurser och psykobiologiska skyddsmekanismer visar att detta har betydelse för hälsorelaterad livskvalitet och funktionsförmåga hos den som lever med kronisk sjukdom. Men det har också betydelse för motståndskraft, sjukdomsprognos och överlevnad (11-14).

Hälsofrämjande möten är viktiga i alla delar av vården; receptionistens vänliga bemötande är viktigt för den oroliga patienten, detsamma gäller det sekundsnabba leendet vid mötet i korridoren ”jag ser dig, kommer snart och då talas vi vid”, sjuksköterskans trygga samtal när hon lägger om såret eller när man som patient upplever att läkaren lyssnar och vill förstå. Denna form av möten är viktiga, inte minst i livets slutskede. Det behöver inte ta tid, utan handlar om hur man använder den tid man har (10). Men ibland är det nödvändigt att ta sig tid och lyssna efter vad som är patientens grundproblem. Det gäller till exempel patienter som söker för somatiska problem men där grundorsaken är ensamhet, oro över ekonomiska problem eller andra livsproblem (10).

Detta kräver att man kan kommunicera, med alla. Nästan varannan person lämnar vårdens möten utan att helt ha förstått. Andelen är högre, och svårigheterna mer uttalade, hos patienter med låg socioekonomisk status eller med annat modersmål än svenska (15). Hälsoinformation avser ”förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation”. Idag talar man alltmånga om den Hälsoinformerade organisationen, som utvecklar sin förmåga att ”kommunicera i tal och skrift så att alla kan förstå” (16). Ett hälsofrämjande möte kräver också normkritik, dvs att vi reflekterar över våra föreställningar och tankar och inte okritiskt utgår från det som är norm. Detta för att undvika omedveten diskriminering såsom av genus, kulturella skillnader eller ålder (17). En särskilt utsatt grupp är patienter med psykisk ohälsa/sjukdom, där symptom på somatisk sjukdom riskerar att undervärderas, och tolkas som ”psykogen”, vilket kan leda till underbehandling och förtida död.

Mötets förmåga att skapa tillit har också betydelsen för användning av vård. En av fem avstår från att söka tillgänglig vård trots att de anser sig ha behov (18). Detta kan till stor del förklaras av negativa erfarenheter från tidigare vård-

besök där förlust av tillit till systemet leder till att patienter undviker att söka hjälp trots att de har behov.

Den hälsofrämjande vårdmiljön är också viktig; den fysiska och psykosociala miljö som möter patienten påverkar tillit, trygghet och även läkeförmåga. En steril och kal inredning i en vårdmiljö där ingen har tid att se den oroliga patienten eller anhörige påverkar hälsan (19). En klassisk studie visade hur galloperade patienter som hade utsikt mot en park med träd hade mindre smärta och snabbare läkning än de som hade utsikt mot en vägg (20). Denna har inspirerat till forskning och utveckling kring vårdbyggnaders utformning inom- och utomhus som beskriver betydelsen av ljusinsläpp, färgval, ljudnivåer, konstverk, växter, möjlighet till avskildhet eller utevistelse (19).

Den andra dimensionen i patientperspektivet gäller sjukdomsförebyggande insatser. Förebyggande åtgärd är enligt socialstyrelsen

”att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem (primärprevention), samt... - förhindra återinsjuknande eller att latent sjukdomstillstånd utvecklas till kliniskt fastställt sjukdom (sekundärprevention).

En av de viktigaste förebyggande insatserna är att vårdgivaren, när det är relevant, efterfrågar och vid behov ger råd om tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet (21). Effekterna av förbättrade levnadsvanor kommer i vissa fall mycket snabbt; rökstopp inför operation minskar komplikationsrisken veckan därpå (22).

För att kunna hjälpa en individ att ändra vanor och beteenden är samtalet centralt. De metoder som rekommenderas i nationella riktlinjer utgår från ett motiverande samtal, där rådgivaren lyssnar, följer med i ambivalens och hjälper individen fatta ett överlagt beslut (21). Risken för stigmatisering när man lyfter känsliga frågor minskar om man tillämpar ett hälsofrämjande förhållningsätt, med fokus på respekt och empowerment.

Screening för tidig upptäckt av sjukdom såsom mammografi och cervixcancerscreening är en viktig och effektiv sekundärpreventiv insats. Men det finns stora skillnader i deltagande, med lägre deltagande särskilt hos invandrade kvinnor som nyligen kommit till Sverige. Doulor, kvinnor som kommer från samma kultur och traditioner, har visat sig mycket värdefulla i att stödja andra kvinnor vid förlossningar, men är också viktiga vid screening (23). Doulor som informerar om vad besöket gäller och följer med kvinnan till undersökningen, skapar trygghet både för kvinnan och hennes make och har ökat deltagandet i såväl cytologiscreening som vid mammografi (24).

Folk tandvården har varit en stor föregångare i det förebyggande arbetet. Under 1960 talet insåg man att prevention var enda möjligheten att hantera kariesepidemin hos barn eftersom det var omöjligt ”att borra ikapp”. Den framgångsrika ansatsen kombinerade förebyggande insatser vid tandläkarbesöket med samhällsinsatser; fluorsköljningar i skolan, kampanjer och upplysning

i pedagogiskt format; tandborstning, tandtroll och lördagsgodis. Effekten av detta har varit dramatisk, och kariesfrekvensen i landet har minskat drastiskt till idag kariesfrihet i många grupper. Men, med fortsatt stora skillnader mellan socioekonomiska grupper och boendeyråden. Därför återkommer nu fluor-sköljningen i utsatta områden.

Befolkningsperspektivet

Detta innebär att hälso- och sjukvården utifrån sin kunskap om hälsa och sjukdom bidrar i förebyggande och hälsofrämjande insatser på befolkningsnivå, i samarbete med övriga aktörer i lokalsamhället. Denna ansats beskrevs elegant i propositionen till den första *hälso- och sjukvårdslagen* i Sverige som kom 1983: (fram till dess hette lagen *Sjukvårdslag*).

Landstingskommunerna ges ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. De åläggs sålunda förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom insatser riktade mot såväl människorna som miljön. Genom sin livsföring, goda levnadsvanor kan människor inte bara undgå eller begränsa sjukdomar och skador utan även öka sitt eget välbefinnande. För detta krävs bl.a. upplysning och information. Människornas hälsa påverkas också av samhällets miljöutformning. Landstingskommunerna skall därför ta till vara, sammanställa, bearbeta och utnyttja den information som finns inom hälso- och sjukvården om risker i människornas livsmiljö. Hälso- och sjukvården skall i framtiden mera aktivt medverka i samhällsplaneringen och på så sätt bidra till en bättre livsmiljö för befolkningen (2).

Detta innebar att primärvården i slutet av 1980-talet hade ett ansvar för folkhälsan i sitt geografiska upptagningsområde. Det var då självklart att man som primärvårdschef tog fram ett underlag om hälsosituationen i området, att distriktssköterskorna gick ut i skolorna och talade om smittskydd, att man bjöd in grupper av ungdomar att tala om hur kroppen fungerar. Detta uppdrag försvann med husläkarreformen. Men, från 1 juli 2021 har detta återkommit. Primärvårdens grunduppdrag fick då en ny definition som förtydligar att primärvården ska svara för behovet av förebyggande arbete och rehabilitering i sitt område. Detta innefattar att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar (25).

Sedan 1/1 2020 har primärvården i Östergötland ett utökat områdesansvar; att i samverkan med andra aktörer i närområdet verka för god och jämlik hälsa hos patienter och befolkning. Samma höst påbörjades ett arbete med Områdesprofiler som ett stöd för primärvårdens områdesansvar. Syftet med verktyget är att ge en bild av livsvillkoren i området, hur människorna som bor i områ-

det mår samt att identifiera utvecklingsområden och samverkanspartner. För varje område finns fakta om ekonomisk standard, utbildningsnivå, arbetslöshet, trångboddhet och andel barn i ekonomisk utsatthet. Därtill finns, på grupp-nivå uppgifter om levnadsvanor, trygghet, tillit, socialt stöd, självskattad hälsa och sjukdom. Dessa data, som kan presenteras uppdelade på kön, ålder, inkomst och utbildning, finns tillgängliga digitalt på kommun-, kommun-dels- och VC nivåer. Områdesprofilerna är mycket uppskattade av både vårdcentralchefer och kommunala tjänstemän och upplevs som viktiga för att skapa lokal kunskap om hälsoläge och hälsorisker som grund för insatser genom samverkan med andra aktörer i lokalsamhället. Skillnader i hälsa utifrån socioekonomisk status i boendområdet blir mycket tydligt, och inspirerar till insatser (26).

Vi har i Sverige, sedan länge, en etablerad och framgångsrik uppsökande verksamhet för blivande mödrar och barn i form av MVC och BVC. Målet är att tidigt identifiera avvikelser och riskindivider, samt att utveckla hälsofrämjande insatser för barnet och dess familj, såsom att stärka föräldraskapet. Insatserna riktas till alla, med möjlighet att intensifiera och anpassa efter behov, dvs det Mikael Marmot kallar "proportionell universalism" (27). Vi har också sedan länge skolhälsovård, ungdomshälsovård och, för vissa, företagshälsovård, men i övrigt har det inte funnits uppsökande insatser för vuxna. Idag finns detta.

Den svenska modellen Riktade hälsosamtal utvecklades på 1980-talet, i två delar av landet; i Habo (dåvarande Skaraborgs län) och i Norsjö, Västerbotten. Modellens grund är, analogt folktandvårdens kariesarbete, att kombinera individ och samhällsinsats. Och, analogt MVC och BVC, inbjuds alla i befolkningen i vissa åldersgrupper (ofta 40, 50, 60, 70 år). Deltagarna besvarar frågeformulär avseende levnadsvanor, psykosocial situation samt ärftlighet för hjärtkärlsjukdom och undersöks på sin vårdcentral avseende blodtryck, blodfetter och body mass index (BMI). Nyupptäckt högt blodtryck eller diabetes hänvisas direkt till respektive VC läkare. Resultaten avseende riskfaktorer illustreras i en Hälsokurva (eller stjärna). Baserat på denna sker ett samtal med en hälsosköterska, utbildad i motiverande samtalsteknik, där deltagaren ges möjlighet att reflektera över sin situation, utifrån sin egen hälsokurva och vid behov starta förändringar i sina levnadsvanor. En viktig del i denna svenska modell är att det samtidigt, genom samverkan med olika aktörer i lokalsamhället, sker strukturella insatser som underlättar goda levnadsvanor till exempel cykelbanor (28). Denna svenska modell skiljer sig i flera avseenden från så kallade "allmänna hälsokontroller", som genomförts i en rad länder, och som granskningar av Cochrane visat inte ha effekt. Dessa hälsokontroller innefattar oftast en rad undersökningar såsom lung-röntgen och är en screening med syfte att tidigt upptäcka sjukdom eller ge lugnande besked. De studier som Cochrane granskat innehåller enbart i enstaka fall råd om levnadsvanor. En utvärdering av den svenska modellen 2022 visar däremot

stora effekter i form av minskad förtida död och insjuknade i hjärtinfarkt, liksom positiva effekter på blodtryck och blodfetter (29).

Ofrivillig ensamhet är vanligt, framförallt hos unga och äldre. Ofta uppstår onda cirklar av tillbakadragande, där den som är ofrivilligt ensam uppfattar att hen förtjänar detta, blir extra känslig för bemötande och inte vågar ta social kontakt. I Storbritannien har man sett att ungefär 30% av besöken i primärvården, som ofta gällde smärta eller sömnsvårigheter, hade ofrivillig ensamhet som grund (30). Modellen Social förskrivning ”Social prescribing”, utvecklades då för att hjälpa dessa individer att finna former för gemenskap och sociala sammanhang. Hälsolotsen (Linkworker), ofta en kurator eller psykolog med kontakter också utanför VC kan, vid samtal, hjälpa till att identifiera vad som skulle vara möjligt och intressant att göra, men kan därtill stötta genom att följa med de första gångerna. En viktig komponent i modellen är skapa ett nätverk av samarbete mellan olika aktörer i primärvård, kommunal service (ex socialtjänst) och civil sektor. Målgrupp är, utöver personer med ofrivillig ensamhet, de som behöver stöd att hantera och leva med kronisk sjukdom liksom socialt utsatta med risk för psykisk ohälsa (31).

Medarbetarperspektivet

Det är utmanande att den verksamhet som har hälsa som sitt huvuduppdrag tillhör de som leder ligan vad gäller arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Detta är ett skäl till att den hälsofrämjande hälso- och sjukvården vill arbeta för att utveckla hälso- och sjukvården till att vara en förebild för en god arbetsmiljö och en hälsofrämjande arbetsplats.

Detta arbete har idag en mycket solid forskningsbas. En central modell inom forskningen för god hälsa i arbetslivet är den om balansen mellan krav och kontroll. Kontroll innefattar i denna modell två delar, den ena gäller inflytande och beslutsnivå ”decision latitude”. Den andra delen kallas ”Intellectual discretion” och handlar om i vad mån arbetet är omväxlande, om det kräver påhittighet och om det finns möjligheter att utvecklas och lära nytt (32). Den andra av de etablerade modellerna i detta område kallas ”Effort-Reward modellen”. Den beskriver också en balans, denna gång mellan ansträngningen och den belöning man får eller uppfattar. Belöningen kan vara i form av lön men också erkänsla, prestige och utvecklingsmöjligheter i arbetet. Till Effort-Reward modellens externa del finns därtill en intern dimension kallad ”Overcommitment”. Den senare beskriver betydelsen av individens egna krav på sin prestation som ibland kan vara större än de yttre kraven. Särskilt utmanande blir situationen när höga inre krav att lösa problem kombineras med en arbetssituation där detta visar sig svårt eller omöjligt (33). Båda modellerna har visats beskriva viktiga bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom.

Tillsammans beskriver de att vi människor vill utvecklas, utmanas och lära nytt, men också att detta måste ske i balans med de resurser vi har där och då. Medarbetarnas delaktighet i verksamhetens utveckling är därför viktig, inte bara för att skapa en bra verksamhet utan också grundläggande för en god arbetsmiljö (34).

Styr- och ledningsperspektivet

Den hälsofrämjande hälso- och sjukvården vill använda hälsoorientering, med fokus på vunnen hälsa för patienter, medarbetare och befolkning, som strategi för en effektivare verksamhet. Skillnaden är stor mellan ekonomisk vinst och vunnen hälsa (hälsovinst), och de har helt olika drivkrafter. Public health management och privata vårdgivare med vinstkrav har tydligt illustrerat detta.

I WHO:s nya definition av HPH beskrivs hur denna hälsoorientering behöver genomsyra inte bara ledning och styrning utan avse en verksamhetskultur vars explicita mål är en optimerad hälsa för patienterna, för medarbetarna och för den befolkning man är satt att tjäna (8);

”HPH orient their governance, models, structures, processes and culture to optimize health gain of patients, staff and populations served and to support sustainable societies.”

Vi ser idag stora sociala skillnader i både tillgång till och konsumtion av vård. Geografiska skillnader i sjuklighet och behov av vård behöver matchas med utbud och förutsättningar till vård, dvs en behovsbaserad resursfördelning. Denna kräver att beslutsfattare får adekvata underlag avseende sjukdomsbördans fördelning i befolkningen. Denna behöver vara nedbrutet på lokal kommunalnivå som synliggör skillnader som annars döljs i medelvärden (35).

WHO definitionen ovan beskriver också betydelsen av en verksamhetskultur som fokuserar på att optimera hälsovinst. Denna form av kulturförändring kan inte enbart lösas genom styrdokument, utan kräver ett visionärt ledarskap.

Att styra har visats sig svårt. Man får ofta det man efterfrågar, och när ekonomin styr mot processer och aktiviteter får man något annat än om man styr mot vårdresultat och hälsa. Det finns flera etablerade styrmodeller kring produktions-, ekonomi- och målstyrning, samt inom dessa olika former av ersättnings-system, DRG, kapitering, besöksersättning och målrelaterad ersättning. Kapitering (listningsersättning) kan vara viktad efter socioekonomi och demografiska faktorer liksom efter sjuklighet.

De klokaste inom området beskriver att det idag inte finns någon optimal styrmodell, såväl kapitering som andra modeller har sina nackdelar. Men, vi vet vad som är skadligt. Att inte anpassa budget efter befolkningens behov omöjliggör jämlik vård, och att ersätta på antal aktiviteter riskerar att fokus lig-

ger på dessa, inte på dess resultat. En risk som ökar kraftigt om ägaren önskar vinstuttag. Detta särskilt vid en oreglerad marknad. För patienterna har möjlighet till fritt vårdval funnits länge. Med lagen om valfrihetssystem (LOV) fick vårdgivarna helt fri etableringsrätt, oavsett vårdbehov, finansierat av allmänna medel (36,37).

Ett begrepp som kommit allt mer under senare år är Värdebaserad vård. Forskningen i detta ökar exponentiellt, kanske eftersom ansatsen är attraktiv då den avser att styra insatserna mot bästa möjliga hälsa för patienterna (38). Försök att tillämpa detta i praktiken har visat sig problemfyllt. Att sätta ekonomiska styrmedel på resultaten i form av hälsa är vanskligt eftersom vi människor kan lockas att slipa våra data för att få en budget i balans; och kanske ”missar” att dokumentera dåliga resultat.

Ett möjligt sätt att lösa detta är att skapa rambudgetar, anpassade till behoven, inom vilka verksamheterna har uppdrag att själva kvalitetsgranska och utveckla sina verksamheter utifrån egna data, och med kvalitetsbokslut. Detta ska inte kopplas till ekonomisk belöning utan till prestige och yrkesstolthet. Kraften i detta ser vi i hur arbetet med nationella kvalitetsregister och dess öppna jämförelser lett till förbättringar i så många avseenden.

Hälsoorientering, dvs att styra mot hälsoresultat, kräver att vi kan mäta hälsa. Idag kan vi mäta patienternas självskattade hälsa och hälsorelaterade livskvalitet. Validerade mått såsom SF-36 (RAND-36) och EQ-5D inkluderas idag i nästan alla kvalitetsregister (39). För att underlätta dess användning, också i klinisk vardag, för förbättringsarbete och verksamhetsuppföljning, har nu SKR tagit fram en plattform där en rad väl testade valida mått finns tillgängliga tillsammans med en infrastruktur för dess användande (40). Genom detta finns nu möjligheten att succesivt utveckla en hälso-orienterad hälso- och sjukvård.

Utvecklingen över tid

Det svenska HFS-nätverket som startade 1994 växte snabbt och omfattade efter 10 år hela landet. Först i form av sjukhus, därefter i form av regioner. Det internationella HPH nätverket har nu drygt 600 medlemmar (organisationer), i alla världsdelar. De flesta finns fortfarande i Europa men allt fler medlemmar finns i Asien där Taiwan och Japan driver stora och framgångsrika nätverk. Grundtankarna i WHO konceptet hälsofrämjande hälso och sjukvård, liksom dess fyra perspektiv integrerades i Sveriges första Nationella Folkhälsomål 2002 där Målområde 6 var ”Ett mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” (41). I de nya Nationella Folkhälsomålet, som antogs av Sveriges riksdag 2017, är detta Målområde 8 ”En jämlik och hälsofrämjande hälso-och sjukvård” (42).

Det är intressant att vi använder en tautologi; den *hälsofrämjande hälso-och sjukvården*. Detta tycks vara nödvändigt för att synliggöra hälsoprefixet i hälso och

sjukvårdslagen som nu funnits i 40 år.

Målet om en hälsofrämjande hälso och sjukvård finns idag tydligt beskrivna i nationella dokument och målbeskrivningar och i alla regioners styrdokument. Det är inte liktydigt med att det idag finns en kultur av hälso-orientering överallt. Förändring tar tid. Som framgår av denna text har utvecklingen av en hälso-orientering framförallt skett inom patientperspektivet, kanske för att det ligger närmast de som arbetar i hälso och sjukvården. Detsamma gäller hälsoprefixet i den nya hälso och sjukvårdslagen från 1983 som huvudsakligen fått genomslag vad gäller patienten i centrum och säker vård, medan delen om befolkningsinsatser under lång period varit förvunnen från agendan. I många verksamheter arbetar ledning och styrning separat från HR avdelningarna, dvs med begränsad medverkan i utvecklingsarbete av verksamheternas medarbetare, med fortsatt höga sjuktal. Svårast är kanske att utveckla en hälsoorienterad ledning och styrning, möjligen eftersom detta tenderar bli politiserat och värdestyrt till skillnad från övrig verksamhet där vi har kravet att vara evidensbaserade.

Men, nu finns möjligheterna för ett större genomslag, eftersom forskningen ”kommit fatt” visionerna. Tankarna kring den hälsofrämjande hälso och sjukvården, med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser var på 1990 talet i första hand visioner, och evidensen var svag. Idag har vi vetenskapligt stöd för att dessa insatser har effekt. Vi kan följa dem, från samhälls- och systemnivå till cellbiologisk nivå, och vi har också forskning som visar att det är möjligt att förändra.

Det är därför viktigt med ledare, inom hälso- och sjukvården, som har denna kunskap och som kan driva fortsatt kunskapsutveckling och förmedling kring hur man kan förebygga sjukdom och främja hälsa hos patienter, medarbetare och i befolkningen. Detta gäller inte minst hur man genom hälso-orientering, dvs genom att styra verksamheten mot vunnen hälsa, kan skapa en mänskligare, effektivare och mer hållbar hälso- och sjukvård. I detta arbete är socialmedicinaren central.

Referenser

- 1) World Health Organisation, editor. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- 2) Sveriges riksdag, Proposition 1981/82: 97”om hälso- och sjukvårdslag, m.m.
- 3) Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K, editors. Pathways to a health promoting hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993–1997. Hamburg: Health Promotion Publications, 1998.
- 4) Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HSF) <http://www.natverket-hfs.se>
- 5) Declaration of Alma-Ata, adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- 6) International Network of Health Promoting Hospitals, eds. The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Vienna, 1991
- 7) International Network of Health Promoting Hospitals, editor. The Vienna recommendations on health promoting hospitals. Vienna, 1997
- 8) The International network of health promoting hospitals and health services (HPH) <http://www.hphnet.org/>
- 9) <http://termbank.socialstyrelsen.se/>

- 10) Herlofson, J, Maripuu, S. och Kristenson, M. (2017). Det goda mötet som stärker patienternas motståndskraft och hälsa. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 94(2) 116–125.
- 11) Kristenson M, Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom. I: Hertting A och Kristenson M, red. *Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund:
- 12) Orwelius, L., Kristenson, M., Fredrikson, M., Walther, S. och Sjöberg, F. (2017). Hopelessness: Independent associations with health-related quality of life and short-term mortality after critical illness: A prospective, multicentre trial. *Crit Care*, Apr 28;41:58–63.
- 13) Kristenson, M., Lundberg J. och Garvin, P. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med*, 58(8): 1 511–1 522. (2011).
- 14) McEwen, B.S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res*, 886 (1–2):
- 15) Sørensen K, Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K et al Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, Dec; 25 (6):1 053–8.
- 16) Nouri, S.S. och Rudd, R.E. (2015). Health literacy in the “oral exchange”: an important element of patient-provider communication. *Patient Educ Couns*, May;98 (5)
- 17) Dahlborg E, Tengelin E, Andersson T, Castillo, IA et al. *Jämlik vård : normmedvetna perspektiv – Ad Libris2022*
- 18) Ojämna villkor för hälsa och vård. *Jämlikhetsperspektiv på hälso-och sjukvården*. Socialstyrelsen 2011.
- 19) Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224: 420–21.
- 20) Wijk, H. och Nidin, S. *Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande*. Socialmedicinsk tidskrift 2/2017, kap 5
- 21) Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen 2018.
- 22) Tonnesen, H., Nielsen, P., Lauritzen, J., och Møller, A (2009). Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth*, 102:297–306.
- 23) Doula & kulturtolk: www.doulakulturtolk.se/forskning/jamstall.nu:
- 24) Ta med en vän – ett projekt för att öka cellprovstagningen i nordöstra Göteborg. Slutrapport. Västra Götalandsregionen (2016)
- 25) Proposition från Socialdepartementet Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform 2019:20/164
- 26) Områdesprofiler | Nära vård (regionostergotland.se)
- 27). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO: Geneva. World Health Organization (2010)
- 28) Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS): www.hfsnatverket.se/ Riktade hälsosamtal
- 29) Kristenson et al. Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. NPO Levnadsvanor 2022
- 30) Thelander K, Kristenson K. Sociala relationer och hälsa, teori och praktik. Studentlitteratur 2022.
- 31) Social prescribing: addressing societies holistic health-care need, *Lancet Editorial* Vol 42, Dec 2021
- 32) Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., et al. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. Aug.
- 33) Siegrist J, Li , Int J Environ Res Public Health 2016 Apr 19;13(4):432.Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model.
- 34) Strömberg M, Dellve L, Eriksson A, Hälsofrämjande arbetsmiljö – en framgångsfaktor för god vård. *Socialmedicinsk tidskrift* 2/2017, sid 177–185.
- 35) Burström B, Burström K, Nilsson G, Tomson G, Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review, *Int J Equity Health*2017 Jan 28;16:29.
- 36) Dahlgren G. När sjukvården blev en marknad. Effekter och alternativ. Stockholm, Premiss, 2018
- 37) Isaksson M, Boström B, Kristenson M, Dahlgren G. Vinstdriven vård är inte behovsbaserad. Debatt-artikel, *Läkartidningen*, 2022, 0110.
- 38) Teisberg E, Wallace, S, O’Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med* 2020 May;95(5):682-685.
- 39) Nilsson, E, Orwelius, L. och Kristenson, M. (2016). Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. *Journal of Internal medicine*, 279 (2), s. 141–153.
- 40) Nationell formulärsamling | Nationell patientenkät | SKR (patientenkät.se).
- 41) Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan.
- 42) Proposition och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik Prop. 2017/18:249.